

فصل اول : چارچوب کلی پژوهش

- ۱-۱ مقدمه
 - ۱-۲ بیان مسأله پژوهش
 - ۱-۳ اهمیت نظری و عملی پژوهش ÷
 - ۱-۴ اهداف پژوهش
 - ۱-۵ سئوال ها و فرضیه های پژوهش
 - ۱-۶ متغیرهای پژوهش
 - ۱-۷ تعریف متغیرها واصطلاحات
- افسردگی
- بهنجار
- سبک حل مساله

۱- مقدمه

بسیاری از انسان ها قادر به حل مساله و برطرف کردن ، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس نمی باشند و معمولاً از مقابله های ناکارآمد، ناسازگار و مضری استفاده می کنند که باعث بروز استرس های بیشتری می گردد که اثرات آنها وخیم تر و عظیم تر از استرس اولیه است.

افراد افسرده نسبت به آینده دید انعطاف پذیری ندارند. آنها احتمالاً بیشتر از افراد غیر افسرده آینده خود را منفی می بینند و به نظرشان احتمال دستیابی به تجارب خوشایند کمتر است به همین دلیل افراد افسرده به جای تلاش برای دستیابی به موفقیت های با ارزش در آینده تمام نیروی خود را صرف اجتناب از موقعیت های ناخوشایند موجود می کنند (ورتهایم^۱ ، ۱۹۸۳).

افراد افسرده احساس غمگینی می کنند چون مشکلات خود را پایدار^۲ ، کلی^۳ و درونی^۴ تلقی می کنند (هایمبرگ ، ورمیلیا، دوج^۵ ، بیگر . و پارلو ۱۹۸۷؛ پترسون و سلیگمن ، ۱۹۸۷؛ رپس^۶ ، پترسون ، رینمارد، ابرامسون^۷ و سلیگمن^۸ ۱۹۸۲؛ سویینی^۹ و همکاران ۱۹۸۶) :

پایداری : افراد افسرده رویدادهای منفی زندگی شان را همیشگی و پایدار تلقی می کنند، یعنی تغییر دادن آنها را بعید می دانند. افراد غیر افسرده تجارب منفی را به عنوان موانع موقتی که زیاد هم طول نمی کشد در نظر می گیرند.

1 - Werlheim

2 - Stable

3 - global

4 - internal

5 - Dodge

6 - RaPs

7 - Abramson

8 - seligman

9 - sweeng

کلی نگری : افراد افسرده غرق در مشکلات خود می شوند و آنها را به همه چیز تعمیم می دهند. افراد غیر افسرده می توانند مسایل را از خود دور کنند . آنها قادرند بین رویدادهای منفی و مثبت زندگی خود تعامل ایجاد کنند.

درونی بودن : افراد افسرده خودشان را مسئول مشکلات خود می دانند. غیر افسرده ها مسئولیت چیزهایی را که می توانند تغییر دهند می پذیرند اما خود را مسئول کامل نبودن خود نمی دانند.

به نظر جروم فرانک (۱۹۷۳) یکی از بهترین کارهایی که روان درمانگرها می توانند برای مراجعان خود انجام دهند کمک به آنها برای غلبه بر یأس و ناامیدی شان است . در هر مقطع معینی از زمان ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند و حدس زده می شود دکه حدود ۷۵ درصد بیماران بستری در بیمارستان های روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند (فنل^۱ ۱۹۸۹).

در مورد اختلال افسردگی اساسی ، مطالعات کلی در ممالک مختلف انجام شده است که میزان شیوع آن را در زنان دو برابر مردان نشان می دهد. دلیل چنین اختلافی ممکن است استرسهای متفاوت ، زایمان ، درماندگی آموخته شده^۲ و اثرات هورمونی باشد (کاپلان^۳ و سادوک^۴ ، ۱۹۸۸).

افسردگی در مفهوم بالینی پنج یا بیش از پنج مورد از موارد زیر را در بر می گیرد :

- خلق افسرده
- کاهش بارز علاقه یا احساس لذت در اکثر فعالیت ها
- کاهش قابل ملاحظه وزن یا افزایش وزن

1. Fennell

2 Learned helplessness

Kaplan

Sadock

- بی خوابی^۱ یا پرخوابی^۲
- تحریک یا کندی روانی حرکتی
- خستگی یا فقدان انرژی
- احساس بی ارزشی یا احساس گناه بیجا
- کاهش توانایی تمرکز یا بلا تصمیمی^۳
- افکار تکرار شونده مرگ یا فکر خودکشی .

(DSM-IV , ۱۹۹۴/ به نقل از فرایدنبرگ^۴).

مطالعات اخیر در حوزه افسردگی حاکی از وجود چندین عنصر متفاوت در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی است. یک عنصر شناختی فعال در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی در ادبیات به نام نگرانی^۵ یا افکار مزاحم منفی^۶ ذکر شده است.

تعدادی از مطالعات نشان داده اند که نگرانی قویاً با افسردگی ارتباط دارد (می یر^۷ و همکاران ۱۹۹۰؛ متزگر^۸ و همکاران , ۱۹۹۰) هنگامی که افکار منفی ناخواسته به خودآگاهی فرد می آیند فشارزا و ناراحت کننده هستند. آنها تردیدهایی در مورد ارزش خویشتن^۹ , دلواپسی هایی^{۱۰} در مورد آینده یا توهمات در

insomnia

Hypersomnia

indeciveness

Frydenberg

worry

Negative intrusive thoughts

Meyer

Metzger

Self- worth

Concerns

مورد گذشته تشکیل می دهند. چنین افکاری حس سلامت فرد را تحلیل می برند و خلق منفی را افزایش می دهند. خوشبختانه به نظر می رسد که اکثر مردم قادر هستند که چنین افکار ناخواسته ای را با افکار مطلوبتری جانشین نمایند. اما به نظر می رسد که همه افراد قادر به چنین کنترل ذهنی نیستند، به گونه ای که تعدادی از افراد برای یک دوره طولانی دچار افسردگی می شوند و افکار منفی نافذ^۱ و پایداری را تجربه می کنند و ممکن است افسردگی آنها ناشی از شکست ویژه در توانایی شان برای کنترل افکار منفی باشد (ونزولاف^۲، وگنر^۳ و روپر^۴، ۱۹۸۸). از سوی دیگر وجود افکار منفی ممکن است با با توانایی فرد در ایجاد راه حل های سودمند برای حل مشکلاتش تداخل کند (نولن - هوکسما^۵، پارکر^۶ و لارسون^۷، ۱۹۹۴).

۱-۲ بیان مسأله پژوهش

افراد با وقایع تنش زای زندگی، ناکامی ها و ناامیدی ها روبرو می شوند؛ بعضی افراد قادرند از تجربه های ناخوشایند زندگی استفاده کنند، در حالی که دیگران در افسردگی خود باقی می مانند؛ کسانی که خود را از افسردگی نجات می دهند واجد نوعی تفکر زیر بنایی هستند بنحویکه از تدابیر و راهبردهای موثرتری سود می جویند. تعدادی از پژوهشگران عوامل مشترکی را در افرادی که به احتمال زیاد افسرده می شوند و هم چنین نوع مداخله آنان در حل مسائل و مشکلات زندگیشان را شناسایی کرده اند و دریافته اند که از طریق

Pervasive

Wenzlaff

Wegner

Ropper

Nolen- Hoeksema

Parker

Larson

سنجش همبستگی بین پاسخ های رویارویی ترجیح داده شده افراد افسرده و مقایسه راه حل های آنان با افراد غیر افسرده می توان راهبردهای مؤثر مقابله با افسردگی را شناسایی کرد.

هم چنین افرادی که مهارت مسأله گشای خوبی دارند در مقایسه با افرادی که فاقد این مهارت هستند کمتر احتمال دارد افسرده شوند. عدم توانایی در اتخاذ تصمیم یکی از مشخصات عمده افراد افسرده است این ناتوانی را می توان نوعی بی کفایتی در استفاده از مهارت های موثر در تصمیم گیری یا حل مسأله به شمار آورد. دزوریلا و گلفرید^۱ (۱۹۷۱) حل مسأله را بعنوان فرایندی رفتاری شناختی تعریف کرده اند که می تواند انواعی از پاسخ های متناوب بالقوه سودمند را جهت مقابله با موقعیت های دشوار در اختیار افراد قرار دهد. بدین جهت از اهداف آموزش به مراجعان در مهارت های حل مسأله این می باشد که یک راهبرد جهت سازگاری کلی در اختیار آنان قرار دهد.

بررسی نزو^۲ و پری^۳ (۱۹۸۹) نشان داد که حل مسأله یک رویکرد درمانی شناختی - رفتاری است که در درمان افسردگی موثر و مفید می باشد. افراد افسرده بر اساس مدل های شناختی دارای ساختارها و فرایندهای شناختی افسردگی را می باشند (مبینی ۱۳۷۲).

تفکر افسردگی زای بیماران , آنها را از حل مسائل باز می دارد, هدف اصلی درمان پیدا کردن راه حل هایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری است نه اینکه صرفاً به بیمار کمک شود, دارای تفکر منطقی گردد . لذا درمان شناختی - رفتاری را می توان نوعی حل مسأله در نظر گرفت که هدف

کوتاه مدت آن تسکین نشانه های افسردگی و هدف دراز مدت آن استفاده از راهبردهای حل مسائل برای حل مشکلات زندگی و کاهش برهه های افسردگی در آینده است فنل (۱۹۸۹).

لذا با مطالعه دقیق و بررسی علمی سبک های حل مسأله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد غیر افسرده می توان سبک های مقابله ای متفاوت را شناسایی و ارزیابی کرد ، و هم چنین پی برد که فرایندهای حل مسأله در راهبردهای مقابله ای چگونه در ساخت های شناختی افسردگی نقش داشته تا درمانگران آگاهی و توانایی بیشتری در خصوص این فرآیند ، چگونگی کنترل و کاهش آن کسب نمایند.

۳-۱ اهمیت نظری و عملی پژوهش

به لحاظ ماهیت پیچیده و تغییر یابنده جامعه ما ، مردم پیوسته خود را رویاروی با مشکلات متنوع می یابند . بسته به پیچیدگی موقعیت و پیامدهای این مشکلات مقابله ها ممکن است ، مهم و یا قابل توجه نباشد. انسان ها از نظر نحوه کنترل و تحمل مشکلات به رغم میزان دشواری آن با هم متفاوتند. بسیاری از مسائل را ، که از نظر بالینی رفتار نابهنجار یا آشفتگی هیجانی خوانده می شود، می توان به مثابه رفتار غیر کارآمد همراه با پیامدهای منفی آن از جمله اضطراب ، افسردگی و ایجاد مشکلات ثانوی دانست . در این راستا ، رویکرد حل مسأله می تواند در حکم ابزار مهمی برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آن ها مورد استفاده قرار گیرد. حل مسأله بر یک فرایند رفتاری شناختی یا آشکار دلالت دارد که: (۱) پاسخ های بالقوه موثر برای موقعیت مشکل را فراهم می کند و (۲) احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از بیان پاسخ های متعدد، افزایش می دهد.

رابط سبک حل مساله با درمان بر این فرض استوار است که سبک حل مساله نوعی تفکر زیر بنایی است که فرد در خصوص مشکلات و موقعیت های استرس زا اتخاذ می کند و ناتوانی در شناخت و ارزیابی صحیح

از مشکلات موجب ناکارآمدی تلاش فرد در حل مساله بطور موثر می گردد بنحویکه پیامدهای آن در ایجاد و ابقا اختلالات عاطفی در مطالعات روان شناختی بتازگی مطرح شده است بطوریکه بوروبوک (۱۹۹۵) بر لزوم بکارگیری روش های شناختی رفتاری از جمله تصمیم درمانی جهت تداوم بهبودی و کنترل افسردگی تاکید می کند. طبق نظریه شناختی افسردگی ، هسته مرکزی افسردگی اختلال شناختی است و تغییرات عاطفی و جسمی و سایر خصوصیات افسردگی نتیجه اختلالات شناختی است (کاپلان - سادوک ۲۰۰۳).

اهمیت عوامل شناختی در افسردگی و سایر اختلالات روانی آنقدر مهم است که پک ، (۱۹۷۶) ، می گوید : شناخت های منفی در ذات افسردگی است نه علامت یا نتیجه آن . افراد افسرده خود را ناتوان و درمانده می کنند. زیرا محیط خود را ناخوشایند می یابند ، نسبت به آینده دید انعطاف پذیری ندارند و به نظرشان احتمال دستیابی به تجارب خوشایند کمتر است (آندرسون ، ۱۹۹۰ ؛ پیرنسی ، هولت و گرینبرگ ، ۱۹۸۷) . افراد افسرده چون مشکلات خود را پایدار ^۱ ، کلی ^۲ و درونی ^۳ تلقی می کنند به جای تلاش برای دستیابی به موفقیت در حل مسائل تمام نیروی خود را صرف اجتناب از موقعیت های ناخوشایند موجود می کنند (کلینکه ، ترجمه : محمد خانی ، ۱۳۸۲) . طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) افسردگی تک قطبی سومین رتبه را بین کل بیماری ها دارد. به طوریکه پیش از ۱۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می برند و حدود یک میلیون خودکشی موفق هر سال در جهان وجود دارد. شیوع افسردگی اساسی در جمعیت به طور کل بین ۳ تا ۱۰ درصد است و در افرادی که دچار بیماری های مزمن هستند این میزان بیشتر است (امین اسماعیلی ، ۱۳۸۳) . سنگینی بار اقتصادی این بیماری بر جامعه و خانواده ها و کاهش کارآیی و ناتوانی در تحصیل و شغل یابی و حفظ شغل برای افراد مبتلا به افسردگی ،

Stable

global

³ internal

ضرورت انجام پژوهش های متعددی را در این زمینه می طلبد به خصوص در جامعه ما به دلیل ویژگی های خاص هم چون جمعیت جوان و تحصیل کرده ، مشکلات اشتغال ، مهاجرت و پی آمدهای آن ، تغییرات سریع فرهنگی همراه با رشد روز افزون آسیب هایی مانند: اعتیاد ، طلاق ، فرار جوانان از خانه ، ترک تحصیل رفتارهای پر خطر و غیر ایمن و دیگر آسیب های روانی ، اجتماعی که وجود دارند.

شواهد علمی پژوهشگران بین سبک حل مسأله با درماندگی و سطح استرس ارتباط پیوسته ای یافته اند که پیش بینی کننده خودکشی در دانشجویان دانشگاه است. هم چنین نتایج دو مطالعه سبک حل مسأله کسیدی و لانگ (۱۹۶۶) شواهدی را فراهم ساخت مبنی بر اینکه سبک حل مسأله متغیر بسیار مهمی در تفسیر بیماری روانی و درک فرایند استرس است.

این پژوهش به منظور استفاده از نظریه ها و یافته ها منتج از مطالعات پژوهشگران تلاش دارد مدل های نظری و کاربردی سبک های حل مسأله را در میان دانشجویان کشور بررسی نموده و احتمالاً موجب توسعه و گسترش آن شود و در این راستا نسبت به رفع نقایص یا پیشنهاد وجهی بدیل کمک کننده باشد.

۴-۱ اهداف پژوهش

توانایی های روانی - اجتماعی فرد را قادر می سازد تا در ارتباط با سایر انسان ها ، جامعه ، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و سلامت روانی خود را تأمین کند .

نظریه های آسیب شناسی روانی افسردگی بیشتر بر محتوای^۱ شناخته و باورها و نگرش ها متمرکز بوده اند و کمتر به فرم^۲ شناخت در افسردگی و دیگر اختلالات بالینی توجه کرده اند از این لحاظ نظریات دقیق و مبسوطی را ارائه کرده اند (الیس ، ۱۹۶۲ ، بک ۱۹۶۷) . به لحاظ اینکه حل مسأله فرایندی شناختی - رفتاری

¹ Content

² Form

است که به واسطه آن فرد راه های موثر سازگاری با موقعیت های مشکل زا را کشف می کند. یکی از اهداف این پژوهش بررسی سبک های مقابله ای دانشجویان در مقابل مشکلات و مسائل است. از طرف دیگر بر اساس مدل های شناختی چنین فرض می شود که شناخت افراد افسرده دارای عناصری منفی است که از ساختارها و فرایندهای شناختی ، افسردگی را ناشی می شوند. و اصطلاح آسیب پذیری شناختی^۱ جهت توصیف شیوه تفکری به کار می رود که بعضی افراد را بیشتر در معرض واکنش نشان دادن به محیطشان با رفتار خلق افسرده می کند (بلک بورن و اسمایت ، ۱۹۸۵) .

بررسی نزو (۱۹۸۶) نشان داد که حل مسأله درمانی موجب کاهش افسردگی و هم زمان با افزایش اعتماد و توانایی فرد در حل مشکلات واتخاذ یک جهت یابی کنترل درونی می شود. هم چنین فنل (۱۹۸۹) رفتار درمانی شناختی را نوعی حل مسأله در نظر گرفت و بیان کرد ، مراجعان با تعدادی مشکل و از آن جمله خود افسردگی به درمانگر مراجعه می کنند ، تفکرافسردگی را آنها را از حل مشکلاتشان باز می دارد. بنابراین پرداختن به افکار خودآیند^۲ منفی وسیله ای است برای رسیدن به هدف و نه خود هدف ، هدف درمان عبارت از پیدا کردن راه حل هایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری و بررسی شیوه های حل مساله راهی جهت دست یابی به ساخت های شناختی افراد افسرده می باشد .

افراد در همه مراحل زندگی خود می بایستی نسبت به تصمیم های موثر برای حل مشکلات زندگی که مبتنی بر ارزیابی های صحیح از مسائل باشد اقدام نمایند؛ و جوانان در خطیر ترین مراحل زندگی خود قرار دارند لذا ؛ فهم و آگاهی در نحوه به کار گیری عوامل سبک حل مساله دانشجویان افسرده از اهداف این پژوهش قرار گرفته است تا قابلیت در توضیح رابطه فرایند و ارزیابی استرس و چگونگی پاسخ بیماران افسرده به مشکلات توسعه یابد. این امر احتمالاً می تواند درمانگران را قادر سازد تا در توصیف و تصحیح شیوه های

¹ Cognitive Vulnerability

² automatic

روش حل مسأله و تصمیم گیری افراد افسرده مطابق روش نظریه تصمیم درمانی و الگوی حل مسأله دزرویلا و گلد فرید (۱۹۹۴) موفق تر عمل بنمایند.

سئوال ها و فرضیه های پژوهش

این پژوهش با توجه به شواهد و مطالعاتی که مورد بررسی قرار می دهد، با بیان طیفی از یافته های نظری و تجربی ارزشمند پژوهشگران درباره نحوه مقابله افراد با مشکلات و با تاکید بر اهداف پژوهش، تلاش خود را بر پاسخ دادن به پرسش های ذیل معطوف نموده است.

سئوال های پژوهش

الف - آیا دانشجویان افسرده سبک متفاوتی در حل مساله دارند؟

ب - آیا عامل جنسیت در سبک حل مساله دانشجویان افسرده دخالت دارد؟

فرضیه های اصلی پژوهش

۱ - سبک حل مساله دانشجویان افسرده متفاوت از دانشجویان بهنجار است .

۲ - سبک حل مساله دانشجویان دختر افسرده متفاوت از دانشجویان پسر افسرده است.

فرضیه های فرعی

۱ - احساس درماندگی دانشجویان افسرده در حل مساله بیشتر از دانشجویان بهنجار است.

۲ - منبع کنترل دانشجویان افسرده در حل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

۳ - اعتماد بنفس دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.

۴ - تنوع و تعدد راه حل های دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.

۵ - سبک گرایش - اجتناب دانشجویان افسرده در حل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

۱-۶ متغیرهای پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی سبک حل مساله دانشجویان افسرده و بهنجار دانشگاه علوم پزشکی تهران می پردازد. بنابراین متغیرهای پژوهش عبارتند از :

متغیر مستقل : افسردگی

متغیر مستقل دوم : جنس

متغیر وابسته : سبک حل مساله

متغیر کنترل : سن

۱-۷ تعریف متغیرها و اصطلاحات

تعریف نظری و عملیاتی افسردگی:

انجمن روانپزشکی امریکا (۱۹۹۴) اظهار می دارد که افراد دچار افسردگی بالینی به مدت ۲ هفته یا بیشتر علائم زیر را تجربه می کنند:

- تغییر در اشتها: آنها یا کم اشتها می شوند و وزن از دست می دهند یا برعکس.
- بی خوابی یا خوابی بیش از حد معمول .
- کاهش انرژی و احساس خستگی .
- از دست دادن علاقه و احساس لذت نسبت به فعالیت های لذتبخش گذشته .
- احساس بی ارزشی ، خود سرزنشی یا گناه زیاد .
- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز.

در این پژوهش ، افسردگی افزون بر نشانه های بالینی آن عبارت خواهد بود از میزان نمره یا کمیتی است که دانشجو از پاسخ هایش به آزمون ۲۱ سوالی افسردگی بک ، (≥ 18 نمره بک) کسب می کند که شاخص عددی برای اندازه گیری میزان و شدت افسردگی آزمودنی خواهد بود.

تعریف نظری و عملیاتی افسردگی

بهنجار عبارت است از عدم ابتلاء به اختلالات روانی بر اساس سابقه اخذ شده از پرسشنامه های اطلاعات کلی و نمره آزمون (۹ ≤ نمره بک) شاخص عددی برای بهنجار بودن آزمودنی قرار گرفته است.

تعاریف نظری و عملیاتی سبک حل مساله

سبک حل مساله وسیله ای مفید برای مقابله با مشکلات موقعیتی است و بصورت فرایندی رفتاری تعریف شده است که بصورت رفتاری یا شناختی انواع پاسخ های بالقوه موثر به موقعیت مشکل آفرین را ارائه می کند و احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از میان این راه حل های مختلف افزایش می دهد (هاگا و همکاران ۱۹۹۵).

حل مساله فرایندی شناختی - رفتاری است که افراد بواسطه آن راهبردهای موثر برای مقابله با موقعیت مساله زا را در زندگی، شناسایی و کشف می کنند (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶). سبک حل مساله، فرایندی شناختی - رفتاری است که فرد برای شناسایی و کشف موثر راه های سازگاری با موقعیت های دشواری که در جریان زندگی روزمره با آنها روبرو می شود، به کار می برد. بر اساس این تعریف، حل مساله یک فرایند سازگاری هوشیارانه، منطقی و هدفمند است که می تواند، توانمندی های شخص را برای برخورد موثر با دامنه گسترده ای از موقعیت های پرفشار روانی به کار گیرد (دزوریلا و نزو، ۱۹۸۲).

شیوه حل مساله فرایندی رفتاری است، خواه آشکار باشد و خواه شناختی، که (۱) انواع پاسخ های بالقوه موثر به موقعیت شکل آفرین را ارائه می کند و (۲) احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از میان این راه حل ها افزایش می دهد (دیویسون و گلدفرید، ۱۹۷۶).

/

تعریف عملیاتی سبک حل مساله : میزان نمره یا کمیتی که دانشجوی پاسخ هایش به مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ کسب می کند که شاخص عددی برای اندازه گیری سبک های کارآمد و ناکارآمد و اجتنابی آزمودنی خواهد بود.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه پژوهش

مقدمه: در فصل دوم به ادبیات و پیشینه مطالعاتی در زمینه های نظری و عملی متغیرهای پژوهش و عوامل مداخله گر پرداخته می شود.

رشد مطالعات درباره نقش واسطه ای و ارزیابی و سبک شناختی در سال های اخیر موجب گسترش، توسعه دانش و کاربرد این نقش در عرصه سلامت روان گردیده است. یکی از برجسته ترین پژوهش ها در این زمینه نظریه سبک اسنادی سلیگمن و تیزدیل (۱۹۸۷) است، که بعنوان نظریه درماندگی افسردگی توسط آلوی و همکاران (۱۹۸۸) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این نظریه در ابتدا برای فهم و درمان افسردگی مطرح شد؛ اما بخاطر کاربرد زیاد آن در توضیح فرایند استرس توسعه و گسترش فراوان یافته است. یکی از جنبه های ارزیابی شناختی تاکید بر کاربرد بسیار وسیع الگوی سبک حل مسأله در مورد فرایند استرس و مقابله می باشد، که در ادبیات روان شناسی پیشنهاد شده است (نزو، نزو و پری ۱۹۸۹، کسیدی و لانگ ۱۹۹۶). شواهدی که از بررسی های همه جانبه سبک حل مساله به دست آمده ثابت گردید، که این ساخت یک مفهوم واحد نیست و متغیرهایی همچون **سبک اسنادی، واکنش های عاطفی، درماندگی، اعتماد بنفس، منبع کنترل، سبک گرایش - اجتناب، ابداع و خلاقیت** در آن دخیل می باشند. این عوامل که مشترکاً در سبک حل مساله و فرایند استرس مداخله می کنند بعنوان **واکنش های مقابله ای** نامیده شده اند. برای نمونه دیکسون، هینرو اندرسون (۱۹۹۱) رابطه ای بین سبک حل مساله با درماندگی و سطح استرس وارده پیدا نموده اند، که پیش بینی کننده خودکشی در دانشجویان دانشگاه است. نزو (۱۹۸۷) سبک حل مساله را بعنوان فرایندی شناختی - رفتاری معرفی می کند که توسط آن افراد راهبردهای موثری برای مقابله با مشکلات زندگی شناسایی و کشف می کنند. سبک حل مساله بعنوان متغیر مهم در ایجاد و ابقا اختلالات عاطفی در روان شناسی به تازگی مطرح شده است. بنا به

مطالعات کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) طبیعت سازه سبک حل مساله که با تاکید بر نظریه سبک اسنادی افسردگی ابداع گردیده چند عاملی است ، و می تواند به طور گسترده ای در مورد فرایند استرس به کار رود.

لذا در فصل دوم ، ادبیات و پیشینه متغیرهای پژوهش در دو بخش مورد مطالعه قرار می گیرد: بخش اول ، به نظریه های شناختی - رفتاری افسردگی ، ساختار سبک حل مساله ، ماهیت و فرایند استرس و مقابله پرداخته می شود و در بخش دوم ، ارتباط متغیرهای پژوهش با یکدیگر مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

علامه افسردگی و سبک های آن

برای درک اصطلاح بالینی افسردگی انجمن روان پزشکی امریکا (۱۹۹۴) اظهار می دارد که افراد دچار

افسردگی بالینی به مدت ۲ هفته یا بیشتر علامت زیر را تجربه می کنند:

♦ تغییر در اشتها، آنها یا کم اشتها می شوند و وزن را از دست می دهند و یا پراشتها می شوند و وزنشان زیاد می شود.

♦ بی خوابی یا خواب بیش از حد معمول .

♦ کاهش انرژی و احساس خستگی .

♦ از دست دادن علاقه و احساس لذت نسبت به فعالیتهای لذت بخش گذشته.

♦ احساس بی ارزشی ، خود سرزنشی یا گناه زیاد.

♦ کاهش توانایی تفکر یا تمرکز.

♦ افکار تکراری درباره مرگ ، افکار خودکشی .

افرادی که از افسردگی رنج می برند سبک های زیر در آن ها به صورت عادت در می آیند . آنها

باید یاد بگیرند به خاطر حفظ سلامت خود از این سبک ها دست بردارند (هدلاند و رود ، ۱۹۹۵).

وابستگی غیر واقع بینانه به دیگران^۱ : افراد افسرده عزت نفس خود را به شدت وابسته به تأیید دیگران

می دانند.

فقدان سیستم حمایت اجتماعی : افراد مستعد افسردگی بیشتر درونگرا و منزوی هستند . آنها از مهارت

های لازم برای حفظ روابط اجتماعی جهت حمایت خود استفاده نمی کنند.

¹ Unrealistic dependency

استرس در روابط نزدیک : احساس افسردگی اغلب هنگامی که در روابط بین فردی ناهمگنی وجود دارد افزایش می یابد.

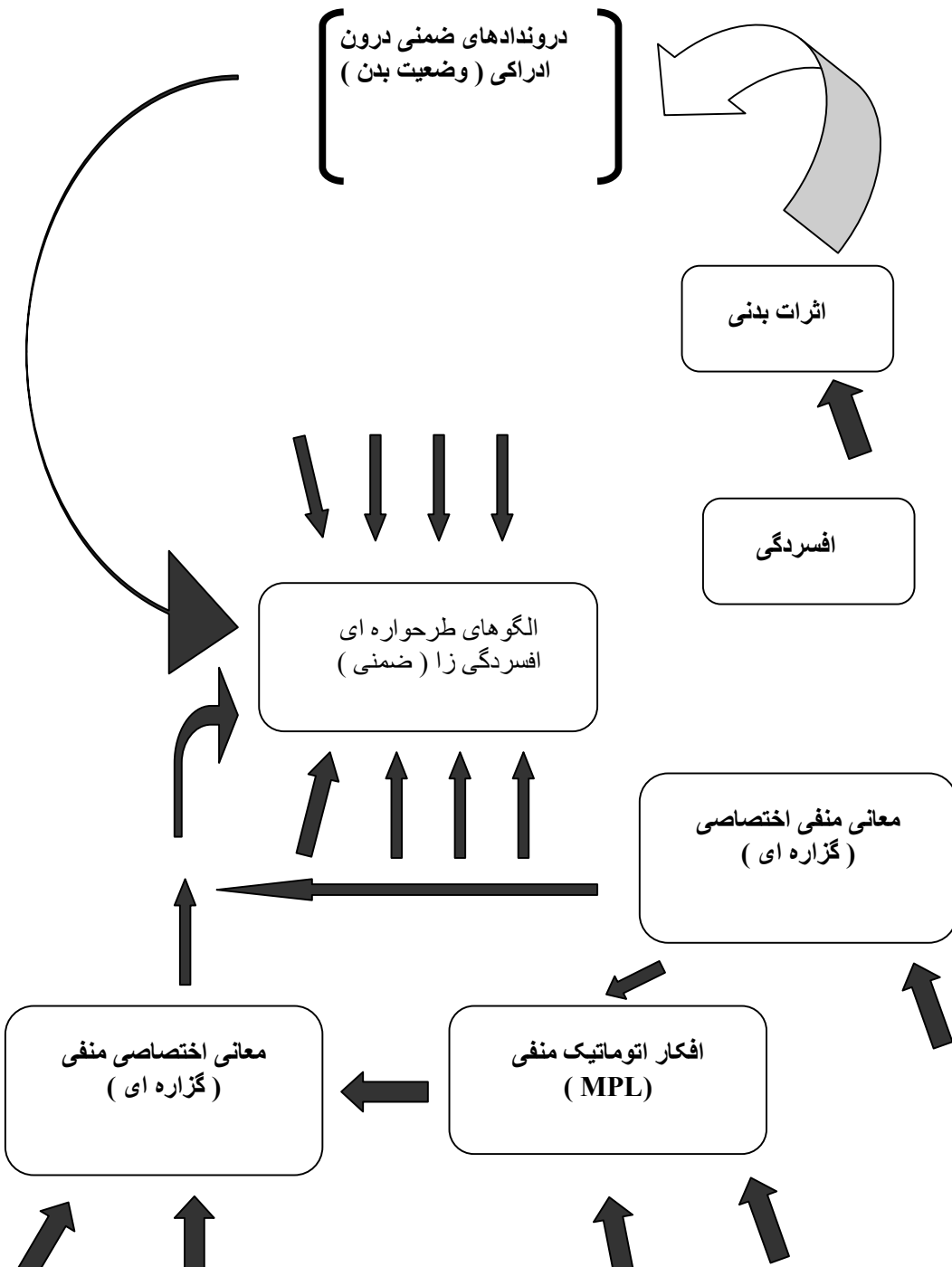
سبک تمرکز بر خود افسرده ساز : افراد افسرده ذهن خود را با افکار منفی مشغول می کنند آنها زمان زیادی را صرف یادآوری موارد منفی زندگی خود کرده و هرگز مهارت های رویارویی خود را به کار نمی برند.

آسیب پذیری کمال گرایانه : افراد افسرده اصرار دارند که کامل باشند و چون کامل نیستند خود را بی ارزش و زندگی شان را بیهوده تلقی می کنند.

کنترل بیرونی : افراد افسرده احساس می کنند که وقایع مهم زندگی شان خارج از کنترل آنها است.

الف - نظریه های شناختی افسردگی :

افسردگی از تغییرات نظام شناختی ناشی می شود ، فرد افسرده تحت تاثیر برخی از عوامل شناختی خود تجربه ها و آینده اش را با دید « منفی » نگاه می کند نگرش منفی در همه ابعاد وجود او مانند احساس ، تفکر و رفتارش دیده می شود ؛ با خود برخوردی منفی دارد به همین دلیل به تعیین هدف و پیگیری آن بی علاقه می شود و آینده را تیره و تار می بیند و احساس می کند انسانی حقیر . بی ارزش و از لحاظ اجتماعی به عنصری بدر نخور تبدیل شده است . تفکر منفی به سایر نشانه های افسردگی ، مانند ، اندوه ، رفتار انفعالی ، خودخوری ، بی نشاطی و میل به خودکشی ، کمک می کند؛ در نتیجه دایره بسته ای ایجاد می شود (تصویر ۱-۲) و تفکر منفی ، روحیه ناخوشایند و انگیزه های منفی یکدیگر را تقویت می کند (به نقل از قراچه داغی ، ترجمه ۱۳۸۲). در توجیه نظام شناختی افسردگی به نظریه های شناخته شده مرتبط با بنیادهای شناختی افسردگی پرداخته می شود.



تصویر ۱-۲: دور افسردگی: آماج درمان می تواند افکار اتوماتیک منفی و معانی اختصاصی منفی، وضعیت بدنی افسرده باشند. آماج غیر مستقیم مداخلات با پیکان های ضخیم نشان داده شده است. آماج اصلی، خود الگوی طرحواره ای می باشد که با حلقه ای از پیکان های

ضخیم احاطه شده است. برگرفته از تیزویل و برنارد، ۱۹۹۳

۱- نظریه بک و تحریف های شناختی

مفصل ترین و جامع ترین توجیه شناختی افسردگی توسط بک، در سال ۱۹۷۶ مطرح شده است (مهريار ، ۱۳۷۳). مدل شناختی بک (بک ، ۱۹۶۷ ، ۱۹۷۶) بطور طرحواره ای در تصویر ۲-۲ نشان داده شده است. در این مدل نظر برآن است که تجربه در افراد به تشکیل فرض ها درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرضها یا طرحواره ها ، خود، در سازمان بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می گیرند (فنل ، ۱۹۸۹).

نظریه افسردگی بک مشابه نظریه او درمورد اضطراب می باشد. حوادث منفی قبلی بنا به فرض، در شکل طرحواره هایی در حافظه رمز گذاری می گردند و به موقع وقوع حوادث مشابه ، فعال شده و تعبیر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت تأثیر خود قرار می دهند. طرحواره های افسردگی شامل اطلاعات گزاره ای (فرضیه های اساسی) هستند مبنی بر اینکه « خود» ناتوان ، دنیای بیرون پر از مشکلات ، و آینده ناامید کننده است. فعال شدن این طرحواره ها دارای دو اثر عمده است : نخست ، بخشی از این اطلاعات در شکل افکار منفی خودکار به صورت غیر ارادی وارد هشیاری می گردد از قبیل « هیچ کس مرا دوست ندارد» یا « امیدى به آینده نیست ». تأثیر دوم تفکر طرحواره ای آن طوری که بک می گوید ، به خطاهای منطقی که افراد افسرده در ارزیابی موقعیت مرتکب می شوند، مربوط می گردد : آنها بر اساس شواهد محدود و یا حتی متناقض استنباط های اختیاری به عمل می آورند، به جای توجه به کل موقعیت ، انتزاع های انتخابی از جزئیات می کنند ، یک حادثه بی اهمیت و مجزا را به همه موارد تعمیم می دهند، اهمیت حوادث را به شیوه ای غیر واقع گرایانه بیش از اندازه کوچک یا بزرگ می نمایند. ، حوادث را به شیوه ای نا مناسب شخصی کرده و آنها را در مقوله های افراطی و متضاد قطبی می کنند. بر طبق نظر بک محتوای ویژه افکار هشیار^۱ منجر

¹ conscious

به یک پاسخ هیجانی ویژه می شود (کراندل و چامبلس ، ۱۹۸۱)^۱ . همسو با این نقطه نظر وی اعتقاد دارد که مراجعان افسرده عقاید تحریف شده و منفی در مورد خودشان، نیلای پیرامون و آینده می سازند (فولکمن و لازاروس ، ۱۹۸۴) . بسیاری از مردم در فرایند اجتماعی شدن خود، مجموعه ای از نظرات یا نگرش هایی را پرورش می دهند، که در واقع غیر منطقی هستند، این فرضیات از آن جهت غیر منطقی هستند که مورد حمایت محیط قرار نمی گیرند؛ تحریف های شناختی خطاهای منطقی منظمی هستند که باعث بازنمایی های نادرستی از واقعیت ها می گردند (مبینی ، ۱۳۷۶) . این تحریف های شناختی شامل موارد زیر است :

۱. انتزاع انتخابی :^۲ شخص شواهد برجسته تر و تناقضات را نادیده می گیرد و در مورد یک رخداد بر اساس یک چیز جزئی منفی نتیجه می گیرد.
۲. استنباط دلبخواه^۳ : که در آن ارزیابی منفی در غیاب شواهد صورت می گیرد.
۳. تعمیم بیش از اندازه^۴ : یک نتیجه کلی منفی از تنها یک رخداد گرفته می شود و به طریقی غیر قابل قبول در موقعیت های غیر مشابه به کار برده می شود.
۴. بزرگتر جلوه دادن^۵ (بعضی وقت ها فاجعه آمیز جلوه دادن^۶ نامیده می شود) : که در آن اهمیت یک رخداد منفی بیش از حد برآورده می شود یا بزرگ جلوه داده می شود.
۵. تفکر همه یا هیچ^۷ : تمایل به فکر کردن به مطلق ها (هر چیزی یا خوب است یا بد و اغلب بد است) .

1 Grandell & chambless
2 Selective abstraction
3 arbitrary inferences
4 Overgeneralization
5 magnification
6 catastrofication
7 all – or – none thinking

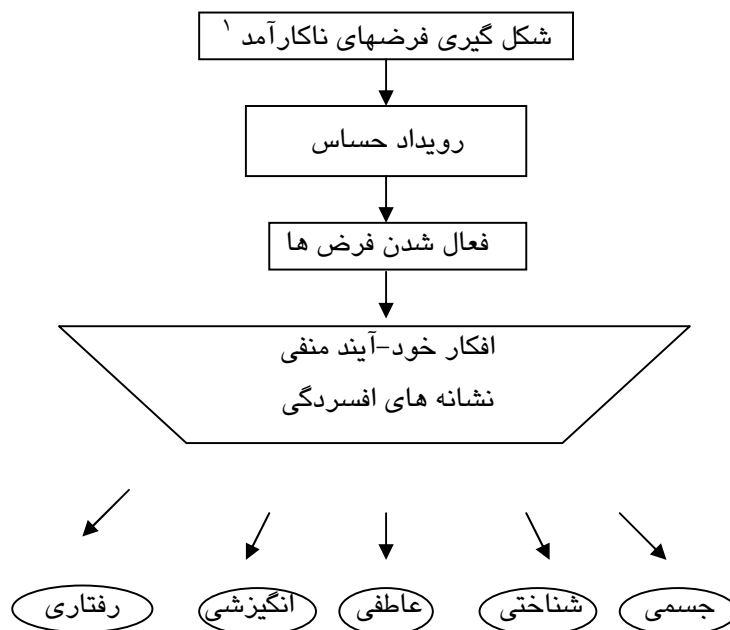
افکار خودکار و خطاهای منظم منطقی منجر به ارزیابی های منفی خود، دنیا و آینده شده و محتوای هشیاری آگاه فرد تیره و خود - ملامتگر^۱ می گردد . در نتیجه خلق شخص افسرده تر می گردد. زمانی که شخص دچار افسردگی خفیف است ، افکار منفی با درجاتی از عینیت ارزیابی می گردد، اما در افسردگی های شدید بیماران احساس می کنند که کنترل خود را بر فرآیندهای فکری شان از دست داده اند ، ذهن آنها جولانگاه افکار خودکار منفی می گردد و شروع به پردازش طرحواره ای اطلاعات جدید می نماید. (بروین ۱۹۸۹).

در حالی که نظریه های اضطراب به اکتساب اطلاعات جدید درباره موقعیت های خطرناک تأکید می کنند ، نظریه های افسردگی مکرراً به مفهوم . « خود پنداره » به عنوان نظامی از دانش یا باورها در مورد خود شخص توجه می کنند. به عنوان مثال در نظریه شناختی - اجتماعی اوتلی^۲ و بولتون (۱۹۸۵) در مورد افسردگی، فرض بر این است که حوادث معینی از زندگی بدین دلیل فشارزا قلمداد می شوند، که برای « خود « فرد تهدید کننده هستند، در موقعیت هایی که « خود » در نقش یک سری از نقش ها هویت می یابد . یک نقش « از قبیل « مادر خوب » یا یک « نان آور » هویت ویژه ای را فراهم می کند و با اهداف ، نقشه ها ، و انتظارات شخصی ارتباط برقرار می کند(ص ۱۳۷۷). اوتلی و بولتون پیشنهاد می کنند که شروع افسردگی به ارتباط بین انتظارهای نقش شخصی و تصدیق این انتظارات توسط کسانی که نقش مهمی را در این روابط بازی می کنند، بستگی دارد. فقدان یکی از اینها ، یا هر موقعیت دیگری که جلوی ایفای نقش مهم برای هویت فرد را بگیرد، ایجاد افسردگی می کند. از سوی دیگر ، آسیب پذیری از دیدگاه آنها به عنوان فقدان نقش های مکمل یا بالقوه ای است که در موارد مربوط به یک فقدان بواسطه آنها می توان اهداف خود تعریفی را دنبال نمود.

¹ self - critical

² oatley

/



تصویر ۲-۲ - مدل شناختی افسردگی (به نقل از فنل)

¹ dysfunctional

۲ - فرضیه اسنادی درماندگی آموخته شده

سلیگمن^۱ (۱۹۷۵) درماندگی را حالتی روانی دانسته که در شرایط کنترل ناپذیر ایجاد می شود شرایطی که در آن پیامد حاصل از واقعه مستقل از پاسخ های موجود است. او در توضیح مصونیت در برابر درماندگی می گوید: در صورتی که فرد قبل از قرار گرفتن در موقعیت درماندگی تجربه کنترل پذیر داشته باشد اثرات درماندگی در امر کاهش می یابد. آبرامسون^۲، سلیگمن و تیسدیل^۳ (۱۹۷۸). فرضیه درماندگی در انسان را با در نظر گرفتن چهار چوب اسنادی مورد تجدید نظر قرار دادند. آنها فرض کردند، اسنادهای عمومی، پایدار و درونی درباره علل رویدادهای منفی در تعمیم و مزمن بودن درماندگی و ایجاد نقایص شناختی و هیجانی تاثیر دارند. آبرامسون و همکاران (۱۹۷۸) اشاره کردند، که فرضیه درماندگی در چهار چوب اسنادی بهتر می تواند اثرات مصونیت و درمان را توضیح دهد.

سلیگمن (۱۹۸۱) طی یک مقاله خلاصه ای از مدل اصلاح شده اسنادی را ارائه نمود. طبق اظهارات وی در این مدل جدید برای وقوع افسردگی چهار فرض کافی است (ویلیامز^۴، ۱۹۹۲):

۱. فرد انتظار دارد که احتمالاً یک حالت آزارنده^۵ شدید پس از پیش آمدها رخ دهد(یا یک

حالت دلخواه پیش آمدها غیر ممکن است)

۲. فرد در مقابل این حالات آزارنده خود را بی دفاع تصور می کند.

۳. فرد سبک اسنادی غیر انطباقی^۶ دارد بطوریکه رویدادهای منفی را به علل درونی، پایدار

کلی و رویدادهای مثبت را به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی نسبت می دهد.

¹ Seligman

² Abramson

³ Teasdale

⁴ Williams

⁵ aversive

⁶ maladaptive attributional

۴. هر قدر احتمال پیش آمدن ، حالت آزارنده و احساس کنترل ناپذیری آن شدیدتر باشد، همانقدر

شدت نارسایی های انگیزشی و شناختی بیشتر خواهد بود. به بیان دیگر هر اندازه اهمیت

رویداد کنترل ناپذیر برای فرد بیشتر باشد، بهمان میزان شدت نابسامانی عاطفی و کاهش

عزت نفس در فرد ، بیشتر خواهد بود.

به دلایلی مبهم اغلب پژوهشهای بعدی روی فرض سوم تکیه کردند، به این معنی که اصرار دارند سبک

اسنادی غیر انطباقی فرد را برای واکنش افسردگی وار در مقابل وقوع رویداد های آزارنده یا عدم وقوع

رویدادهای مثبت آماده می کند (مبینی ، ۱۳۷۶) .

افراد افسرده از روی عادت پیامدهای منفی را به علل درونی ، پایدار و کلی نسبت می دهند و رویدادهای

مثبت را به علل بیرونی ، ناپایدار و اختصاصی . به عبارت دیگر به دنبال شکست، بیمار افسرده خود را

سرزنش می کند و چنین می انگارد ، که علت شکست ، عمومی و مستمر است؛ و نیز به دنبال موفقیت ،

اهمیتی برای آن قائل نیست؛ زیرا می پندارد این موفقیت هیچ تاثیر مثبتی در آینده اش ندارد. ماهیت و نوع

اسناد برای تجربه آزارنده خاص طبیعت افسردگی را تعیین می کند. اسناد درونی تعیین می کند که عزت

نفس فرد تحت تاثیر قرار گرفته است. اسناد پایدار مزمن بودن افسردگی و اسناد کلی عمومیت احساسات

افسردگی را تعیین می کند و نیز شدت افسردگی نه تنها به وسیله آزارنده بودن رویداد بلکه توسط

اسنادهای شخص نسبت به آن تعیین می شود. در یکی از تجدید نظرهای اخیر از این مدل چنین فرض می

شود که سبک اسنادی نه علت لازم و نه علت کافی افسردگی ، بلکه یک علت مؤثر یا عامل خطر ابتلاء به

افسردگی در کنار بسیاری دیگر از عوامل قرار دارد (مبینی ، ۱۳۷۶).

۳- نظریه ناامیدی^۱ افسردگی

آلوی و ابرامسون (۱۹۸۸) نظریه درماندگی آموخته شده را به شکل جدیدتری مطرح کردند که در آن ناامیدی به جای درماندگی بعنوان عامل اصلی در بروز افسردگی تبیین شده است. (مبینی ۱۳۷۶).

در نظریه ناامیدی افسردگی علل بر طبق روابط ترتیبی آنها در ارتباط با شروع علائم بیماری از همدیگر تفکیک می شوند. علل دور از وقوع و علل نزدیک به وقوع، علل دور از وقوع^۲ که در ردیف سبب شناختی افسردگی جلوتر عمل می کنند، در این نقطه از ترتیب علی هیچ تظاهری از علائم افسردگی دیده نمی شود. از طرف دیگر علل نزدیک به وقوع^۳ که نسبتاً دیرتر عمل کرده و کمی قبل یا همراه علائم این بیماری رخ می دهند. نظریه ناامیدی افسردگی صریحاً تأکید می کند ، که افسردگی یک اختلال ناهمگون است و علاوه بر ناامیدی عوامل دیگر نیز از عوامل کافی برای وقوع افسردگی هستند.

در پیدایش اولین علائم افسردگی از لحاظ مفهومی بین عوامل لازم^۴ ، کافی^۵ و جانبی^۶ وجوه تمایزی وجود دارد. از نقطه نظر سبب شناختی علل لازم به آن دسته از عوامل اطلاق می شود، که برای پیدایش مجموعه ای از علائم افسردگی باید موجودباشند، علل کافی مجموعه ای از عوامل آسیب شناختی است ، که در صورت موجودیت خود بروز علائم افسردگی را امکان پذیر می سازند و بالاخره علل جانبی به دسته دیگری از عوامل سبب شناختی اطلاق می شوند که احتمال پیدایش علائم را افزایش می دهند و از این رو برای بروز علائم نه کافی هستند و نه لازم (آلوی و ابرامسون ، ۱۹۸۸) [۶].

¹ hopelessness theory

² proximal

³ distal

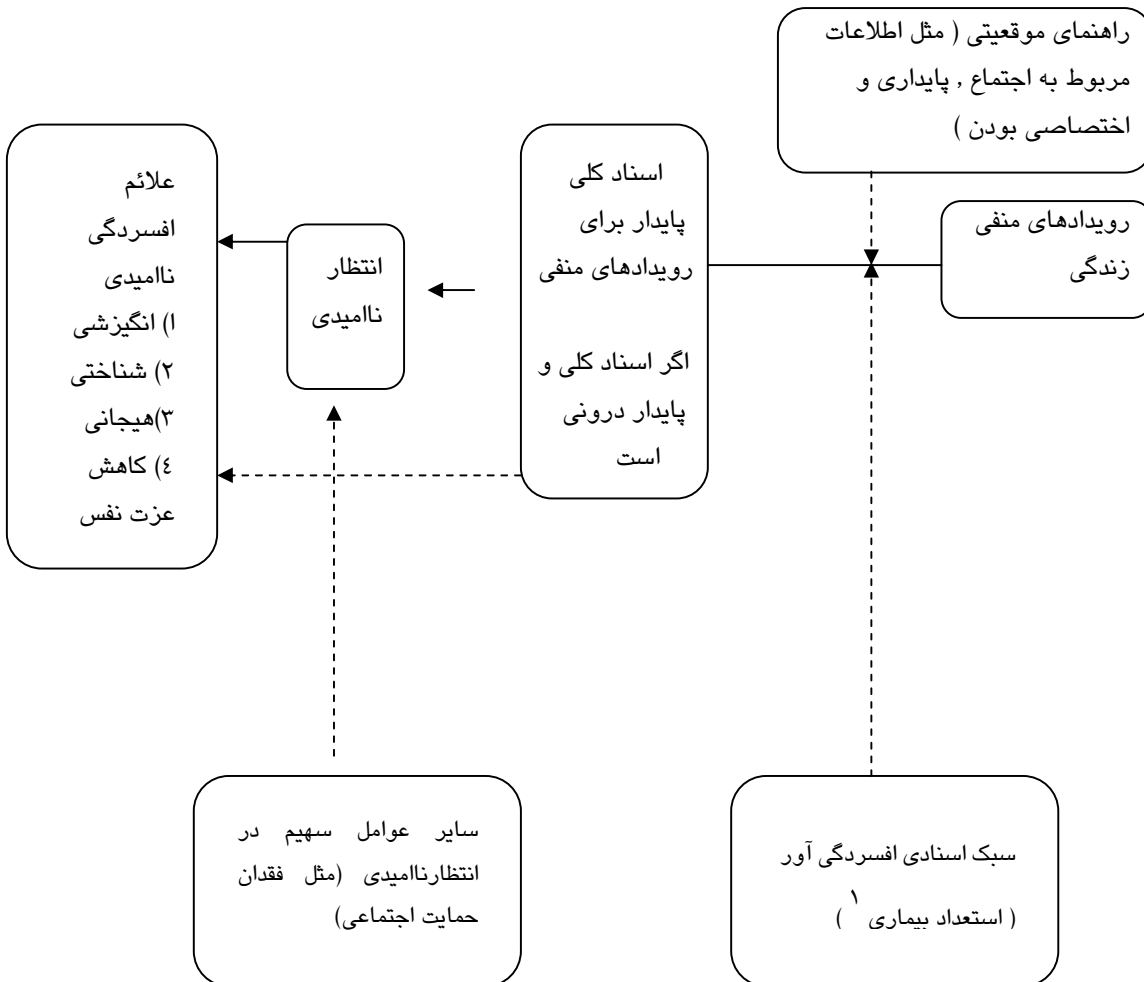
⁴ necessary

⁵ contributory

⁶ Sufficient

خلاصه این نظر در تصویر ۳-۲ آمده است. یکی از برتری های عمده نظریه ناامیدی در مقایسه با نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن این است، که این مدل نه تنها برای افسردگی یک علت کافی نزدیک به وقوع ذکر می کند، بلکه در یک زنجیره علی ترتیبی از حوادث فرض می شود که در نهایت به علت کافی نزدیک به وقوع می انجامد. چنانچه در تصویر ۳-۲ دیده می شود زنجیره علی مفروض با وقوع رویدادهای منفی (یا عدم وقوع رویدادهای مثبت زندگی) شروع می شود و با ایجاد علائم افسردگی (مخصوصاً افسردگی ناامیدی) پایان می پذیرد. در نظریه ناامیدی دو بعد اسنادی برای فهم این موضوع، که چطور ممکن است رویدادهای منفی زندگی در پدید آمدن احساس ناامیدی سهم داشته باشد عبارتند از : « بعد پایدار - ناپایدار » و « کلی - اختصاصی » ؛ درجه اهمیتی که افراد برای رویدادهای منفی قائل می شوند از عوامل جانبی احساس ناامیدی محسوب می گردد (آلوی و همکاران ، ۱۹۸۸).

/



تصویر ۳-۲- زنجیره علی معین در نظریه ناامیدی افسردگی - علل کافی - علل جانبی (مبینی، ۱۳۷۶).

1.situational

۴ - نظریه سبک تمرکز بر خود افسرده ساز

هنگامی سبک تمرکز بر خود افسرده ساز ریشه می گیرد ، که افراد افسرده در مقایسه با افراد عادی برای شکست های خود بیشتر از اسنادهای گرایشی^۱ (علی درونی) و برای موفقیت هایشان بیشتر از اسنادهای موقعیتی^۲ (علی بیرونی) استفاده می کنند. این سبک می تواند افکار خودکار (اتوماتیک) منفی ، اضطراب ، بی خوابی ، تمرکز ضعیف ، خشم ، خستگی و کندی روانی - حرکتی را تبیین کند؛ هم چنین سبک تمرکز بر خود افسردگی ساز موجب انگیزش در نگهداری خودپنداره منفی می شود که در آن افکار ، احساسات ، ارزش های شخصی و توانایی های مثبت ، اضطراب برانگیز می باشند. لذا تمرکز بر خود ممکن است مستعد کننده افسردگی ، نگهدارنده افسردگی یا پیامد افسردگی باشد (پیرجنسکی و گرین برگ ، ۱۹۸۷) [۶]. به طور خلاصه در سبک تکرار غیر ارادی خود گردان چنین فرض شده است ، که افسردگی به دنبال از دست دادن منبع مهم ارزش شخصی و عزت نفس رخ می دهد و این زمانی است که فرد در « چرخه خودگردان » که در آن هیچ پاسخی برای کاستن از تضاد بین حالت واقعی موجود و حالت مطلوب وجود ندارد ، گرفتار می آید ؛ در نتیجه فرد گرفتار یک الگوی مداوم توجه تمرکز یافته بر خود می شود (دوال و ویکلند^۳ ، ۱۹۷۲ به نقل از پیرجنسکی و گرین برگ ، ۱۹۸۷).

تحقیقات و مطالعات بسیار دیگری به تبیین اثرات شناختی زیان آور ناشی از تأثیر توجه متمرکز بر خود در افسردگی پرداخته اند. این مطالعات نشان می دهند ، که توجه متمرکز بر خود، خودانگاره فرد را فعال می کند و بدین ترتیب تأثیر آن را روی فرآیندهای شناختی متعدد افزایش می دهد. به این ترتیب چنین شرایطی قابلیت دسترسی و پردازش اطلاعات مربوط به خود را تسهیل می کند. بر حسب اینکه خودانگاره افراد

¹ disposition

² Situation

تصویر ۲-۲: دور افسردگی : آماج درمان می تواند افکار اتوماتیک منفی و معانی اختصاصی منفی ، وضعیت بدنی افسرده باشند. آماج غیر مستقیم مداخلات با پیکان های ضخیم نشان داده شده است. آماج اصلی ، خود الگوی طرحواره ای می باشد که با حلقه ای از پیکان های

ضخیم احاطه شده است. برگرفته از تیزویل و برنارد ، ۱۹۹۳

افسرده نسبت به افراد غیر افسرده بیشتر منفی است. (بک ۱۹۶۷ ، کوپیر^۱ و دری^۲ ، ۱۹۸۲) فعال سازی زیاد خودانگاره افسردگی که از تمرکز مداوم بر خود ناشی می شود میزان منفی بودن افکار، ادراکات و خاطرات این افراد را افزایش می دهد (پیژچنسکی و همیلتون^۳ ، ۱۹۸۹). از سوی دیگر هماهنگ با این فرضیه تصور می شود که متمرکز ساختن توجه افراد افسرده به بیرون از خود فعالیت خودانگاره منفی را خنثی می کند و از شدت عاطفه منفی افسردگی می کاهد. مطالعه پیژچنسکی ، هولت^۴ و همکاران (۱۹۸۷) نشان داده است ، که بیرون آوردن افراد افسرده از حالت تمرکز بر خود ، بدبینی آنها را نسبت به رویدادهای آینده زندگی کاهش می دهد(مبینی ، ۱۳۷۶).

نتایج پژوهش مبینی (۱۳۷۲) نیز همسو با فرضیات مورد بحث است . او دریافت بیماران افسرده نسبت به افراد بهنجار غیر افسرده در حالت توجه متمرکز بر خود رویدادهای منفی بیشتری از زندگی شخصی را به یاد می آورند ، اما زمانی که توجه این افراد به بیرون از خود متمرکز شد، از شدت این سوگیری منفی حافظه کاسته شد، به نحوی که تفاوت معناداری در یادآوری رویدادهای زندگی در دو گروه مشاهده نشد.

توجه خود تمرکزی بعد از فقدان شئی که به عنوان منبع هویت و احترام – خود فرد بر آن سرمایه گذاری کرده است ، دورنی بودن اسنادها را برای فقدان افزایش می دهد فرد خود را سرزنش می کند و موجب افزایش عاطفه منفی و پیامدهای منفی می شود بنحوی که : پیامدهای منفی ، « تمرکز – خود» را تشدید می کند . تمرکز – خود تشدید شده ، عاطفه منفی را افزایش می دهد. آن باعث خود انتقادی و « خود – سرزنشی» و پیامدهای منفی بیشتر می شود که به یک سبک « تمرکز بر خود افسرده ساز»^۵ می انجامد، و در آن فرد ۱- عاطفه مثبت ناشی از پیامد مثبت را کوچک می کند ۲- اسنادهای درونی را برای پیامدهای

1 Kupier

2 Derry

3 Hamilton

4 Holt

5 Depressive self – focusing style

مثبت کاهش می دهد و برای پیامدهای منفی افزایش می دهد ۳- افزایش احترام به خود ناشی از پیامد مثبت را تخریب می کند و کاهش احترام - خود ناشی از نتایج منفی را تشویق می کند . ۴- افزایش انگیزش ناشی از پیامد منفی را بزرگ می کند. این فرایند موجب تشکیل خود پنداره منفی می شود، فقدان می تواند ثبات خود پنداره را از بین ببرد و چرخه خود سامان بخشی محافظت کننده را به راه اندازد . همانطور که فرد به محافظت از شیء از دست رفته می پردازد، عواطف منفی خود انتقادگر و خود بی ارزش کننده افزایش می یابد. فقط با صرف نظر کردن از شیء از دست رفته یا تقویت سایر منابع هویت و خود - ارزشمندی می توان این چرخه را بازداشت . این چرخه فزاینده رویدادها ، به خود پنداره منفی می انجامد و پیامد آن موجب حفظ افسردگی می شود. اولین محصول آن جلوگیری از رفتارهایی می باشد که به خود پنداره مثبت کمک می کند. خود پنداره منفی به نوبه خود یک تبیین محدود از جهان ایجاد می کند(بکر^۱ ۱۹۶۴, ۱۹۷۳ به نقل از سیزنسکی و گرین برگ , ۱۹۸۷) و جهان ترجیحاً غیر قابل پیش بینی و بد تلقی می شود. خودپنداره منفی ممکن است یک رویکرد مقابله ای با دنیا فراهم آورد ، که محافظه کارانه^۲ و انعطاف ناپذیر^۳ است . انگیزش خود پنداره نیز در اثر رنج^۴ طاقت فرسای ناشی از فقدان اولیه^۵ است , و آن مستقیماً ناشی از دل بستگی^۶ به شیئی به عنوان منبع هویت و احترام - خود می باشد . در اثر این پیوند^۷ میان خوشبینی اولیه , سرمایه گذاری نامحدود بر روی شیء و تباهی هیجانی ناشی از فقدان فرد از هر گونه توجه خوش بینانه معطوف به خود پرهیز می کند. امید خوش بینی و خود - پنداره منفی منبع اضطراب

1 Becker

2 Safe

3 Unassailable

4 Pain

5 initial loss

6 attachment

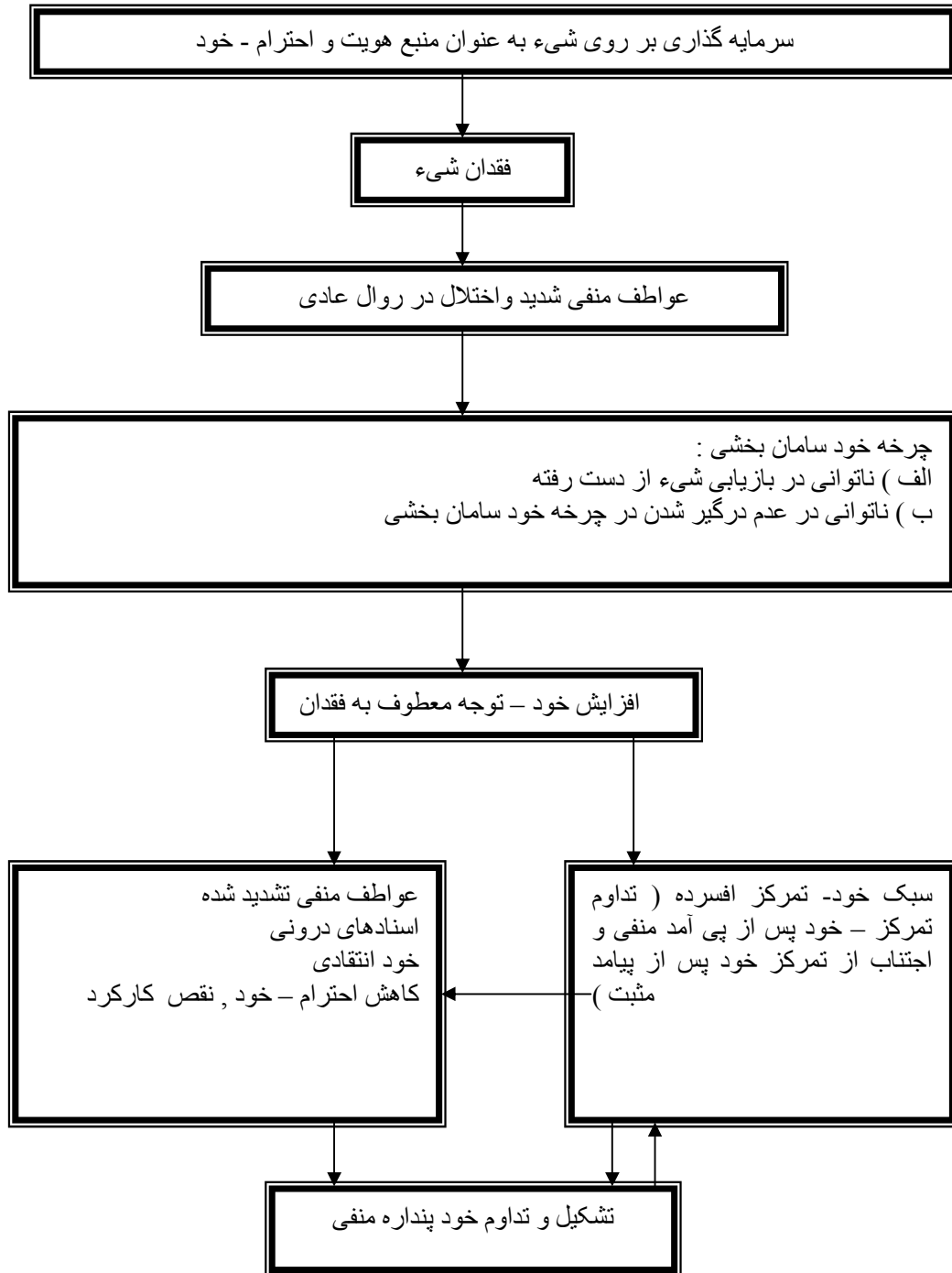
7 Contingency

/

می شوند . به خاطر این ترس از امید^۱ ، هر چیزی که بر لیاقت ، ارزشمندی با محبوبیت فرد دلالت ، آزارنده
می شود (سیزنسکی گرینبرگ ۱۹۸۷).

¹ Fear of hope

/



شکل ۲-۴ : نمایش طر حواره ای چرخه خود سامان بخشی محافظت کننده ؛ رشد و تداوم افسردگی بر گرفته از سیزنسکی و گرین برگ ۱۹۸۷

پیچسنکی (۱۹۸۷) اعتقاد دارد بر اساس چرخه خود سامان بخشی می توان به چند مورد « درمان » به صورت کلی اشاره کرد. مطابق این سبک لازم است شرایط ذیل فراهم گردد.

✱ فرد افسرده باید از چرخه گردان متمرکز بر شیء از دست رفته رهایی یابد.

✱ او باید به ترس خود درباره امید به یافتن و داشتن منابع ارزش خود فائق آید.

لازم است بیمار سبک تمرکز بر خود افسرده ساز را کنار بگذارد و به عملکرد خود گردان طبیعی بازگردد (مبینی، ۱۳۷۶).

۵- فرضیه پردازش شناختی مارتین^۱

به نظر مارتین (۱۹۸۵) بعد شخصیتی نوروزگرایی که آیزنک^۲ مطرح کرده زمینه ساز شناختی روز افسردگی را فراهم می نماید (مبینی، ۱۳۷۶). افراد نوروزگرا طبق نظر آیزنک چنین توصیف می شوند «..... فردی نگران، مضطرب، بدخلق و اغلب افسرده، خواب چنین فردی معمولاً مختل است و مبتلا به اختلالات متعدد روان تنی می باشد». او پیش از حد هیجان زده بوده و به هر نوع محرکی واکنش شدید نشان می دهد و پس از تحریکات هیجان برانگیز آرام می گردد (مبینی، ۱۳۷۶). افرادی که در مقیاس نوروزگرایی آیزنک نمره بالا کسب می کنند اطلاعات منفی مربوط به خود را بیشتر و اطلاعات مثبت مربوط به خود را کمتر یادآوری می کنند. این ویژگی به نظر مارتین افراد را پس از تجربه وقایع منفی زندگی در معرض ابتلاء به افسردگی مرضی قرار می دهد. فرضیه مارتین در واقع نوعی مدل آسیب پذیری شناختی است که تفاوت افراد را در چگونگی پردازش شناختی به نوروزگرایی شخصیت می داند. (تیسدیل و دنت^۳، ۱۹۸۷) [۶]. بر این اساس بیماران افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده در مقیاس نوروزگرایی مقیاس شخصیتی آیزنک

¹ Martin

² Eysenke

³ Dent

نمره بیشتری می آورند و اطلاعات منفی مربوط به خود را فعال تر از اطلاعات مثبت مربوط به خود پردازش می کنند (مبینی ، ۱۳۷۶) .

ب- نظریه های رفتاری در افسردگی

نظریه های رفتاری به شیوه هایی توجه دارد که بدان وسیله مردم رفتار خویش را برای رسیدن به اهداف بلند مدت اداره می کنند(مانند رفتارهای بهداشتی) مطابق این نظریه افراد افسرده در اداره رفتار خویش به سوی هدف های بلند مدت ناتوان هستند. بیمار افسرده احساس درماندگی و ناامیدی می کند و رفتار سازمان یافته به وسیله هدف های بلند مدت به احتمال زیاد به تدرج در او از بین می رود (مبینی ، ۱۳۷۶) . از نظریه های رفتاری ، نظریه های فرستر ، لونیسون ، کانفر و رهم مورد مطالعه قرار می گیرد.

۱- نظریه رفتاری تقویت مثبت فرستر

فرستر^۱ (۱۹۷۳ ، ۱۹۶۵) اولین روان شناس رفتار گرا بود، که توجه خود را به مطالعه افسردگی مبذول داشت و افسردگی را به صورت « درجه پایین رفتار کارآمد یک فرد» تعریف کرد. بنابراین نظر میزان پایین رفتار کارآمد ناشی از خللی در نظام جاری تقویت مثبت فرد است. به زبان رفتاری ، رفتار این شخص رو به زوال است و در واقع دیگر تقویت نشده است. بدون تقویت ، رفتار کارآمد به میزان کمتری رخ می دهد و بدین ترتیب دور تسلسلی آغاز می شود که در آن فرصت برای تقویت و تجدید چنین رفتاری کاهش می یابد . بدین معنی که تقویت کمتر به رفتار کارآمد کمتر منجر می شود و این خود باعث فرصت کمتری برای تقویت

¹ Forster

می شود و این دور همچنان ادامه خواهد یافت. اگر میزان تقویت مثبتی که شخص دریافت می کند تا حد معینی کاهش یابد، متعاقب آن افسردگی رخ خواهد داد (بکر، هایمبرگ^۱ و بلاک^۲، ۱۹۸۷).

بر اساس الگوی فرستر هر گونه خللی در نظام تقویت مثبت لاجرم منجر به افسردگی می شود، یعنی هر کس که واقعه ناخوشایندی در زندگی اش رخ می دهد می بایست دچار افسردگی گردد. البته قضیه دقیقاً به این صورت نیست، چون ارتباط بین افسردگی و رویدادهای سخت زندگی پیچیده است و به راحتی و بطور کامل قابل درک نیست (هامن^۳، مایول^۴، دمایو^۵، مارکز^۶، ۱۹۸۶) [۲].

فرمول بندی فرستر باعث شد تا مطالعه رفتاری افسردگی آغاز شود.

۲- نظریه رفتار بین فردی لونیسون

مهارت اجتماعی هر فرد را می توان بر اساس مشاهده توانایی او در جلب پیامدهای مثبت (و پرهیز از پیامدهای منفی) ارزشیابی نمود. مشاهدات مختلف نشان داده اند؛ که افراد دارای مهارت اجتماعی، فعال بوده و به سرعت عکس العمل نشان می دهند، در مقابل جنبه های ناخوش آیند رفتار دیگران زیاد حساس نیستند، هیچ فرصتی را برای عکس العمل نشان دادن از دست نمی دهند، روابط اجتماعی خود را به طور نسبتاً مساوی بین افراد متعدد تقسیم می کنند و با نشان دادن رفتارهای حاکی از تقویت مثبت، پاسخ های تقویت کننده مشابهی از دیگران دریافت می کنند. افراد افسرده، بر عکس، واکنش های اجتماعی کمتری از خود بروز می دهند، با عده معدودی ارتباط دارند و زمان بیشتری لازم دارند تا نسبت به محرکهای خارجی عکس العملی نشان دهند (مهریار، ۱۳۷۰).

¹Heimberg

²Bellack

³Hammen

⁴Mayol

⁵Demayo

⁶Markes

لویسنون نظریه فرستر را توسعه داد تا بر نقش فرآیندهای بین فردی تاکید کند (لویسنون ، ۱۹۷۵؛ لویسنون، یانگرن^۱ و گروسکاپ^۲، ۱۹۷۹)[۲]. لویسنون و همکاران او بویژه روی کمبودهای مهارتهای اجتماعی^۳ در افراد افسرده تاکید کرده اند.

بیماران افسرده مهارتهای اجتماعی ضعیفی دارند ، که موجب می شود میزان دریافت تقویت مثبت مشروط به پاسخ^۴ پایین آمده و میزان مواجهه با تجربه آزارنده (تنبیه) افزایش یابد. به عبارت دیگر افسردگی پاسخی به فقدان تقویت مثبت مشروط به پاسخ است. تقویت ناکافی در زمینه های مهم زندگی به ملال و دلتنگی ، نافعالی و تقلیل رفتار (پدیده های اولیه افسردگی) منجر می شود. سایر علائم افسردگی نظیر ضعف عزت نفس و ناامیدی بدنبال کاهش سطح فعالیت پدید می آیند.

۳ - نظریه رفتاری خود نظم بخشی کانفر

کانفر^۵ (۱۹۷۰) فرض کرده است : هنگامی که رفتار افراد در ایجاد اثرات مورد دلخواه از هم گسیخته و شکست می خورد ، یک فرایند خود نظم بخشی^۶ آغاز می شود. این فرایند دارای سه مرحله است، که ابتدا یک خود مشاهده گری^۷ است. افراد شروع به توجه بر رفتارشان کرده و سعی در سازمان دادن مجدد یا نظارت بر آن را دارند. دومین مرحله خود ارزشیابی^۸ است ، که در این مرحله آنها عملکرد واقعی خود را با یک هدف ذهنی یا سطحی مورد تمایلشان مقایسه کرده و سعی در تصحیح اختلاف دارند. مرحله نهایی، خود تقویتی^۹ است ، یعنی زمانی که افراد برای دستیابی به معیارهایشان به خودشان پاداش می دهند، به خاطر

1 youngern

2 Grosscup

3 Social skills

4 Response – contingent positive reinforcement

5 Kanfer

6 Self - regulation

7 Self - observation

8 Self - evaluation

9 Self - reinforcement

شکست هاخودشان را تنبیه می کنند. این مرحله می تواند به عنوان مرحله بررسی نتایج معین با ارزش مثبت یا منفی در نظر گرفته شود. رهم^۱ (۱۹۸۲) بر اساس ایده کانفر در مورد خود نظم بخشی یک مدل خودکنترلی^۲ از افسردگی طرح کرده است. او عنوان می کند که افراد افسرده ممکن است نقص هایی را در یک یا سه جزء فرایندشان نشان دهند. برای مثال ممکن است این خود نظارتی^۳ در حالی که نتایج مثبت را نادیده می گیرد، به مواردی از نتایج منفی که به دقت مورد توجه قرار گرفته سوگیری داشته و گزارش شود. خود ارزشیابی های این افراد به شکل منظم متأثر از تخمین پایین از عملکرد واقعی یا تعیین معیارهای عملکرد بسیار بالا باشد. افراد افسرده هم چنین ممکن است سطوح پائینی از خود پاداش دهی و یا سطوح بالایی از خود تنبیهی^۴ را نشان دهند، که به اعتقاد رهم (۱۹۹۳) می تواند علتی برای ترکیب های مشخص رفتاری باشد.

همانند کانفر، بندورا (۱۹۷۷) نیز اهمیت خود مشاهده گری یا خود نظارتی صحیح را مورد تاکید قرار می دهد. بندورا عنوان می کند که دو منبع عمده شناختی در مورد انگیزش وجود دارد که رفتار عمدی را تحت تاثیر قرار می دهد. اولین منبع، توانایی افراد در نگهداری تصویری از اهداف مطلوب است تا این که بتوانند تلاش هایشان را جهت دهند. منبع دوم، از واکنش های خود ارزشیابی افراد به عملکردهایشان ناشی می شود تعیین اهداف در غیاب این پسخوراند غیر ممکن است که منجر به بهبودهایی در عملکرد گردد (بروین، ۱۹۸۷).

¹ Rehm

² Self-control

³ Self-monitoring

⁴ Self-punishment

سبک حل مسأله :

افراد اغلب به این دلیل در مشکلی می مانند که سرسختانه تنها یک راه حل را برای مشکل خود به کار می برند، هنگامی که این راه حل عمل نمی کند آنها با تلاش بیشتر و با همان راه حل، کارشان را ادامه می دهند) واتز لاویک^۱، ویکلند^۲، و فیش^۳، (۱۹۷۴). رشد تحقیقات درباره نقش واسطه ای ارزیابی و سبک شناختی در سال های اخیر موجب گسترش و توسعه دانش و کاربرد این نقش در عرصه سلامت روان گردیده است. یکی از جنبه های ارزیابی شناختی که در ادبیات تحقیق مطرح شده است سبک حل مسأله است (هپنر و پیترسن^۴، ۱۹۸۲؛ نزو و پری^۵، ۱۹۸۹). [۱۴].

نزو (۱۹۸۷) سبک حل مسأله را بعنوان فرایندی شناختی - رفتاری تعریف می کند که افراد بواسطه آن راهبردهای موثری برای مقابله و کنار آمدن با موقعیت های مشکل زا در زندگی روزمره را شناسایی و کشف می کنند.

هاگا (۱۹۹۵) شیوه حل مساله را وسیله ای مفید برای مقابله با مشکلات موقعیتی تعریف می کند که به صورت فرایندی شناختی یا رفتاری، انواع پاسخ های بالقوه مؤثر را به موقعیت های مشکل آفرین ارائه می کند و احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از میان این راه حل های مختلف افزایش می دهد. (کسیدی و لانگ^۶، ۱۹۹۶). [۱۲۱].

1 Watzlawick

2 Wekland

3 Fisch

4 Heppner & Petersen

5 Nezo & Perri

6 Cassidy & long

نزو (۱۹۸۷) یک فرایند پنج مرحله ای را پیشنهاد می کند که اگر به نحو مؤثری به کار گرفته شود، فرد نسبت به استرسورهای بیرونی مقاومت بیشتری نشان می دهد و کمتر مستعد افسردگی خواهد شد (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

الف (موقعیت یابی مشکل ^۱ - تشخیص این که مشکل وجود دارد.

ب (تعریف و فرمول بندی مسأله ^۲ - ارزیابی حیطه مشکل و تعیین اهداف واقع گرانه.

ج (ایجاد راه حل های گوناگون ^۳ .

د (تصمیم گیری ^۴ - انتخاب راه حلّی برای اجرا.

و) اجرا و ارزیابی راه حل انتخاب شده ^۵ . نظارت و ارزیابی موفقیت های حاصله از انجام راه حل برگزیده شده و تقویت خود برای موفقیت ها.

بر طبق این نظر حل مسأله مقدماً یک فرایند مقابله ای آگاهانه ، منطقی ، پر تلاش و هدفمند است که می تواند توانایی فرد را برای مقابله سودمند با انواع وسیعی از مومفقت های استرس زا افزایش دهد (دزوریل و چانگ ^۶ ، ۱۹۹۵). الگوی سبک حل مسأله با تأکید بر نظریه سبک اسنادی افسردگی ابداع شده که می توان آن را به طور گسترده ای در مورد فرایند استرس نیز به کار برد. در تحقیقاتی که در ادبیات روان شناسی بر روی عنوان حل مسأله ، استرس و اختلالات عاطفی بین سال های ۱۹۹۱ - ۱۹۸۵ صورت گرفته است پیش از ۸۶ مطالعه متفاوت شناسایی گردید که در تحقیقات اولیه توجه بر مهارت های حل مسأله ^۷ با استفاده از یک چارچوب مشخص رفتاری تأکید بیشتری داشته است. هر چند در مطالعات اخیر تأکید از نگاه رفتاری به

1 Problem orientation

2 Problem definition and formulation

3 Generation of alternative solutions

4 decision making

5 Solution implementation and verification

6 Chang

7 Problem – solving skills

سوی فرایند شناختی با عنوان سبک های حل مسأله تغییر کرده است . با این حال در ادبیات روان شناسی بین مفاهیم مهارت های حل مسأله و سبک های حل مسأله توافق کاملی وجود ندارد. نزو (۱۹۸۹) از شواهدی که از بررسی های خود به دست آورده بود اظهار می دارد که سبک های حل مسأله یک مفهوم واحد نیست (نزو و دزوریلا , ۱۹۸۹) [۳۱] .

در تأیید این یافته مطالعات هپنرو و پترسون (۱۹۸۲) و هپنر ، کامپا و برونینگ (۱۹۸۷) نیز طبیعت چند بعدی ساخت حل مساله را شناسایی و تأیید کرده است . (کسیدی و لانگ , ۱۹۹۶) [۳۵] . همچنین از شواهدی که از تحقیقات به دست آمد، مشخص شد که سبک های حل مسأله و طیفی از سایر متغیرها از قبیل سبک اسنادی ، انگیزه پیشرفت ، منبع کنترل ، و واکنش های عاطفی در فرایند استرس مداخله دارند. مطالعات بیشتر نشان داد که بین این متغیرها تعامل وجود دارد. برای نمونه دیکسون ، هپنر و اندرسون (۱۹۹۱) رابطه بین سبک حل مسأله ، درماندگی و میزان استرس وارده را با میزان پیش بینی خودکشی دانشجویان دانشگاه در مطالعه خود به دست آوردند (کسیدی و لانگ , ۱۹۹۶) [۳۵] .

تعداد زیادی از مطالعات سودمندی مداخلات حل مسأله را در چندین حوزه تأیید می کنند. مثلاً دنهام^۱ و آلمدیا^۲ (۱۹۸۷) گزارش می کنند که ارتباطی عمیقی بین مداخلات مهارت های حل مسأله و سازگاری رفتاری در کودکان وجود دارد (کسیدی و لانگ , ۱۹۹۶) . دوبو^۳ و همکارانش (۱۹۹۱) در بررسی بر روی کودکان کودکان دریافتند، که تغییرات مثبت در مهارت های حل مسأله اجتماعی^۴ با تغییرات مثبت در شاخص های سازگاری در طی زمان ارتباط دارد. تیسدیل و لارنس^۵ (۱۹۸۶) در مرور ادبیات تحقیق نتیجه گرفتند که

¹ Denham

² Almedia

³ Dubow

⁴ Social problem - solving

⁵ Lawrence

این رویکرد در مورد کودکان ناسازگار ، نوجوانانی که اختلال هیجانی^۱ دارند و بیماران روانپزشکی بزرگسال موفق بوده است و حاکی از این است که مهارتهای حل مساله به طور کلی پیش بینی کننده سازگاری موفقیت آمیز در زندگی هستند (کسیدی و لانگ ، ۱۹۹۶) .

بررسی های همه جانبه گرد آوری شده توسط کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) برای دستیابی به توصیف کامل به جای مقایسه و هم چنین نقش یکپارچه کلیه متغیرها در یک ساخت ، طرح یک ساخت ، طرح یک مقیاس چند عاملی را موجب شد. این مطالعه دو هدف رادر نظر گرفت . ۱) جمع آوری ابعاد شناخته شده که عمدتاً در کارهای هینروپترسون (۱۹۸۲) ، هینرات ، ال (۱۹۸۷ - ۱۹۸۵) ، نزو (۱۹۸۹ و ۱۹۸۷) منعکس شده بود. ۲) تدوین مقیاس برای ارزیابی متغیر فوق. نتیجه این کار تهیه پرسشنامه سبک حل مسأله گردید که در تحقیقات بعدی برای توضیح و روشن ساختن نقش سبک های شناختی در ارزیابی و پاسخ به استرس به کار رفته است. (کسیدی و لانگ ، ۱۹۹۶) [۱۲۱].

لازاروس (۱۹۶۶) اهمیت مطالعه پاسخ به استرس و رشد یک چهارچوب تبدالی را در مطالعه نقش فرد در ارزیابی تهدید و مشکل همراه با استرسورها و مقابله فعال در مقابل آنها شناسایی کرد. بر طبق نظر لازاروس مقابله فرد، تلاش های شناختی و رفتاری جهت اداره تقاضاهای بیرونی یا درونی و تعارض های بین آنها است به نحوی که فرد میزان تقاضاها را بیشتر از منابع خود ارزیابی می کند. لذا تئوری مقابله، به فراتر از مفهوم خودکارآمدی و خودآگاهی^۲ می رود و بر ارزیابی شناختی بعنوان جزو ذاتی فرایند مقابله تاکید می کند (لازاروس ، ۱۹۹۱ : [۱۲۲] به نقل از فرایندبرگ) .

¹ emotionally disturbed

² Self - awareness

در ادبیات تحقیق یک تمایز مهم، تمایز بین مقابله مساله مدار^۱ با انواع دیگر مقابله است (فولکمن، ۱۹۸۴، فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵) [۱۱]. افرادی که از مقابله مساله مدار استفاده می کنند سبک های ویژه ای را رشد می دهند که عبارت از رفتارهایی است که برای کاهش یا حذف مشکل مورد بحث طرح ریزی شده اند. بنابراین مقابله مساله مدار وسیله سودمندی برای کاهش عواطف منفی مانند افسردگی، اضطراب و خشم است (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸) [۱۱]. بر عکس افرادی که از مقابله هیجان مدار استفاده می کنند تحت تاثیر عواطفشان قرار می گیرند. این افراد در مجموعه ای از رفتارها درگیر می شوند که در ابتدا جهت کاهش یا حذف این واکنشهای هیجانی منفی طرح ریزی می شوند، به جای اینکه مستقیماً مشکلاتی که این هیجانها منفی را ایجاد کرده اند هدف قرار دهند. چنین تلاشهایی جهت کاهش حالتیهای هیجانی غیر سودمند هستند و اغلب حتی منجر به عواطف منفی بیشتری می شوند (بلانک استین^۲ فلت^۳ و واتسون^۴، ۱۹۹۲).

ویندل^۵ و ویندل (۱۹۹۴) نیز در بررسی سبک حل مسأله نوجوانان دریافتند که سبک مقابله هیجان مدار پیش بینی کننده خلق افسرده است. در نظر گرفتن چندین احتمال ممکن است به توضیح ارتباط قوی بین مقابله هیجان مدار و نشانه های افسردگی کمک کند: اول اینکه هم مقابله هیجان مدار و هم خلق افسرده با ویژگی هایی مانند نشخوارکردن^۶ یا سرزنش خود^۷ مشخص می شوند. هم چنین ممکن است ارتباطشان تا حدی انعکاس ارتباط دو جانبه آنها با نوروگرایی کلی یا عاطفه منفی^۸ باشد. (کارور، شایر و وینتراب^۹، ۱۹۸۹؛ مک کیر^{۱۰} و کوستا^۱، ۱۹۸۶) [۵۵]. احتمال دوم این است که نوجوانانی که از مقابله هیجان مدار

1 problem - focused

2 Blankstein

3 Flett

4 Malcarne

5 Windle

6 rumination

7 self -blame

8 negative affect

9 Weintraub

10 McCare

استفاده می کنند ممکن است مستعد نشخوار در مورد استرسورها و عاطفه منفی همراه با این استرسورها باشند، که بدینوسیله وجود احساسات افسردگی را تشدید و طولانی می کند (نولن _ هوکسما ، ۱۹۹۱) [۵۵].

ساختار شناختی حل مسأله

در سال های اخیر پیگیریهای منظم در مورد ساختار شناختی که در حل مسئله درگیر است از طرف روان شناسان شناختی به عمل آمده است. در مدل های ارائه شده تأکید زیادی بر دانش موجود در ساختار حافظه و نیز بسیاری از شبکه های معنایی مربوط شده است. از جمله این مدل های می توان از مدل حافظه گرینو^۱ نام برد که پیوند مستقیم میان ساختار حافظه و حل مسئله را مطرح ساخت. بنابر دیدگاه وی حل مسئله ، اطلاعات ، تکنیک ها و ایده هائی را که می دانیم و از تجربه گذشته به خاطر می آوریم ، به بازی می گیرد. این تجارب قبلی «محتوی حافظه» را تشکیل می دهد ، با وجود این حل مسئله مبین شکل منجر به فردی از پذیرش حافظه است چرا که یک راه حل اغلب از طریق تشکیل شبکه های ربطی و نه از طریق ذهنی پیدا می شود . (سولسو ، ۱۹۷۹ ، ترجمه : ماهر . ۱۳۷۱) . مدل گرینو چهار چوبی فراهم می آورد که خود واجد یک سری مراحل می باشند ، مراحلی که به عنوان پایه و اساس برای تحلیل تکلیف است . این مدل تنها پاسخگوی مسائل خاصی است و در مقابل مسائل عام فاقد کفایت است. حل مسئله در این مدل ، متضمن دو مرحله اصلی است که ممکن است آنها همزمان رخ دهند یا در یک زمینه با هم همپوشی داشته باشند (ساراسون ، ۱۹ ، ترجمه : نجاریان ، ۱۳۷۵) .

مراحل حل مسئله در مدل حافظه گرینو :

¹ Costa

² GREENO)

الف - ساخت یک شبکه (درخت) ، شناختی که مسئله را باز می نماید.

ب _ شناخت مجموعه ای از مناسبات ربط دهنده بین شبکه مسئله و شبکه مطلوب یا راه حل (شکل عملیات

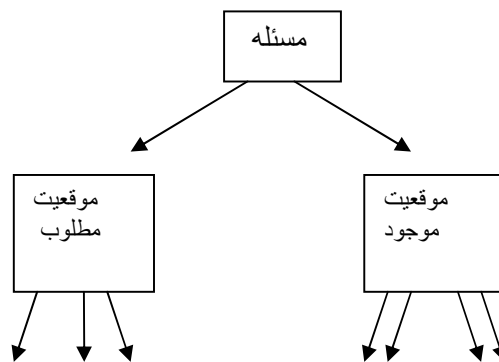
نخست (ساخت یک درخت شناسی) در حافظه رخ می دهد. این عملیات مشابه عملیات ریاضی است .

ساختاری که درحافظه شکل می گیرد در یک فهرست سازمان یافته از متغیرهاست.

عملیات مرحله دوم : ساخت فهرست سازمان یافته ای از ارتباطات بین متغیرهای مشخص و خصوصیات

مطلوب است که راه حلی برای مسئله ایجاد می کند ، این فرایند دوم با استفاده از اطلاعات حافظه معنایی

جهت تغییر ساختاری که در حافظه وجود دارد انجام می گیرد.



شکل ۵-۲: باز نمایی شناختی مسئله از یک ساخت شناسی گرینو ، ۱۹۷۳ ؛ به نقل از بهرامگیری (۱۳۸۰).

حرف اصلی و اساسی گرینو این است که آزمودنی باید به طریقی برای تبدیل وضعیت موجود یا متغیرهای

داده شده به وضعیت مطلوب یا متغیرهای ناشناخته راهی بیابد . مدل گرینو هنگامی جالبتر می شود که او

جعبه بازیابی اطلاعات مربوط را جدا می کند و میان مشکلاتی که متضمن انواع متفاوتی از بازیافت هستند

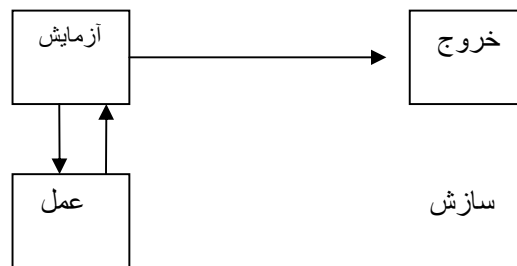
تمایز قائل می شود.

/

مسئله ای نظیر اینکه « پرستوها به کجا رفته اند » می تواند با بازیابی فرضیه های ذخیره شده ای مانند « پرستوها پرندگان مهاجر هستند » و « پرندگان مهاجر در زمستان به جنوب می روند » حل شود.

به طور خلاصه می توان گفت مدل گرینو یک چهار چوب مفهومی تدارک می بیند که در درک و فهم فرایندهای شناختی برای حل مسئله در زمینه پردازش اطلاعات بسیار مفید است.

میلر^۱ و همکاران (۱۹۶۰) هم یک برنامه تحلیل وسیله - هدف چند منظوره به نام TOTE - TEST (آزمایش - عمل - آزمایش - خروج) پیشنهاد کرده اند که برای حل مسئله قابل استفاده است. (سارمسون , ۱۹۶۰ , ترجمه : نجاریان , ۱۳۷۵).



شکل ۶-۲: واحد TOTE میلر و همکاران (۱۹۶۰ , به نقل از ساراسون , ۱۹ : ترجمه : نجاریان , ۱۳۷۵)

¹ Melare

حل مساله و مؤلفه های فراشناختی

حل مسئله به عنوان یک ضرورت اساسی به مهارت‌های ذهنی نیاز دارد. اما ورای این مهارت‌های ذهنی، موارد دیگری نیز وجود دارند. گاینه (۱۹۸۴؛ ترجمه: نجفی زند، ۱۳۷۳) این موارد را به شرح زیر بر شمرده است:

۱- فرایندهای تفکر که راهبردهای شناختی نامیده می‌شوند. راهبردهای شناختی استفاده از متون مناسب (مهارت‌های ذهنی) را در زمان و ترتیب درست، امکان‌پذیر می‌سازند.

۲- مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عناصری از اطلاعات کلاس مربوط به مسئله که به طور معنی‌دار با هم پیوند دارند به نظر می‌رسد نوع طرحواره‌ای که یادگیرنده را قادر می‌سازد تا افراد مساله را به شیوه معنی‌دار به مفاهیم کلی تر ربط دهند، آن نوع دانشی است که در حل بسیاری از مسائل مهم است (گاینه، ۱۹۸۴؛ ترجمه: نجمی زند، ۱۳۷۳).

تئوری شناخت اجتماعی پیشنهاد می‌کند برای این که احتمال عملکرد یادگیرندگان در خصوص استفاده از حل مسئله بالا رود آنها باید:

۱. استرس‌ورهایی را که با آنها برخورد می‌کنند تشخیص دهند (درک موقعیت).
۲. دانش و مهارت‌های لازم جهت اجرای مراحل فرایند حل مسئله را داشته باشند (توانایی رفتاری).
۳. باور کنند که استفاده از حل مسئله نتایج مفیدی دارد (نتایج انتظارات).
۴. ارزش بالای توالی‌های مورد انتظار حل مسئله را دریابند (نتایج پیش‌بینی‌ها).
۵. برای اجرای مراحل فرایند حل مسئله به استعدادشان اعتماد داشته باشند (خودباوری).

۶. به خودشان جهت استفاده از مهارتهای حل مسئله پاداش دهند (خویشتن داری).

(سولسو، ر.ل، ۱۹۷۹، ترجمه: ماهر، ۱۳۷۱).

در چند سال اخیر پژوهشگرانی نظیر شیگما تسا و کاتسومی^۱ (۱۹۹۳؛ به نقل از فلاول^۲، ۱۹۸۵) در آموزش ریاضی، به اهمیت مؤلفه های فراشناختی در حل مسئله پی برده اند. ایشان معتقدند آگاهی نسبت به اهمیت مؤلفه های شناختی و بالطبع تنظیم آنها نوعی و توانایی ذهنی است که از شناخت متمایز می گردد. این توانایی ذهنی فرا شناخت نام دارد و از مقاله نویسی حوزه علوم شناختی به شمار می رود. فلاول (۱۹۸۵) در تعریف فراشناخت می گوید فراشناخت هر گونه دانش یا فعالیت شناختی است که موضوع آن فعالیت شناختی باشد یا این که فعالیت شناختی را تنظیم نماید (فاول، ۱۹۸۵).

در واقع حل مسئله مهارت شناختی فوق العاده پیچیده ای است که در مقایسه با سایر فرایندهای شناختی نظیر زبان آموزی تشکیل مفهوم، مستلزم سطح بالاتری از پردازش اطلاعات است. این فرایند سبب می شود که توجه، ادراک، حافظه و سایر فرایندهای پردازش اطلاعات به شیوه ای هماهنگ برای دستیابی به هدف برانگیخته شوند. از این رو نهایت حل مسئله حتی در مورد تکالیف و مسائلی که ساختار روشن و تعریف شده ای دارند به عنوان یکی از پیچیده ترین شکل های رفتار آدمی تلقی می شود. (نیول و سایمون^۳، ۱۹۷۲).

حل مسئله / تصمیم گیری

حل مسئله سطح عمده ای از مهارت شناختی است و تفکری است که از مجموعه نگرش ها، رفتارها و مهارت هایی که می تواند آموخته شود تشکیل می شود. این بخش از مهارت های زندگی شامل دو فرایند حل

¹ Shigematsa and katsomi

² Flavell . J .

³ Neweland

مسئله است. ۱- فرایند خودکار یا اتوماتیک. ۲- فرایند ارزیابی کننده، فرایند خودکار مربوط به روشی می شود که افراد مسائل خودشان را از طریق راهبردهای تجربه شده در گذشته حل می کنند، فرایندهای ارزیابی کننده رسمی تر و شکل یافته تر است و شامل شناسایی مشکل، ارائه راه حل ها، ارزیابی راه حل ها، انتخاب ها و تعیین پیامدهای آن ها و در نهایت انتخاب یک روش مناسب به وسیله فرمول بندی یک طرح یا برنامه جهت حل مشکل می باشد (فرانکنچت و بلاک^۱، ۱۹۹۵، به نقل از پیکلسمیر، هوپر و دیگران). به نظر گازدا^۲ اگر چه اصطلاح حل مسئله و تصمیم گیری همراه با هم یک بُعد از مهارتهای زندگی را تشکیل می دهند اما بین آنها تمایز وجود دارد. اصطلاح حل مسئله در مورد اموری که دارای یک راه حل مناسب و مشخص هستند به کار می رود. اما اصطلاح تصمیم گیری بیشتر در مورد موقعیت هایی به کار می رود که با موضوعات و مسائلی که راه حل مشخص و مناسب ندارند، سر و کار دارند. (داردن و گازدا، ۱۹۹۶)^۳.

دزوریلا و گلدفرید^۴ (۱۹۹۸) پنج مرحله را برای فرایند حل مسئله تعیین نموده اند. ۱- تشخیص و درک کلی از مشکل. ۲- شناسایی مشکل. ۳- تولید راه حل های مختلف. ۴- تصمیم گیری. ۵- اثبات یا تأیید راه حل.

در اکثر روش های تصمیم گیری دو مرحله قابل تشخیص وجود دارد:

الف - بررسی کردن که شامل جمع آوری اطلاعات، تعیین ارزش ها، تعیین اهداف، ایجاد راه حل های مختلف و ارزیابی آن ها است.

¹ Frauenkencht & Black (1995)

² Kazoda

³ Durden & Gaoda (1996)

⁴ Diaurilla & Goldfried

ب _ انتخاب و به کارگیری یک راه حل مناسب که شامل فرایند انتخاب راه حل عملی ، به کارگیری و اقدام است.

(فریدمن ۱۹۸۹)^۱ معتقد است که در همه سبک های تصمیم گیری ، سطوح مشخصی از تفکر و تصمیم قابل مشاهده است. بنابراین دو مرحله در فرایند تصمیم گیری به صورت ابعادی با سطوح متفاوت از پایین به بالا مطرح می شوند.

❖ **تفکر سطح پایین** : فقدان تفکر و عدم توجه به مشکل است.

❖ **تفکر سطح متوسط** : تفکر سطحی درباره مشکل ، ارائه راه حل های متناوب و همچنین وابستگی منفعلانه به نظرات دیگران .

❖ **تفکر سطح بالا**: تفکر عمیق در جهت شناخت مشکل ، انتخاب چندین راه حل ، جهت ارائه راه حل نهایی و ارزیابی راه حل ها .

❖ **تصمیم گیری سطح پایین** : از بین راه حل ها ، انتخابی صورت نمی گیرد و به معنای فقدان تصمیم است .

❖ **تصمیم گیری سطح متوسط** : یک راه حل انتخاب می شود ، اما سطح پایینی از احساس مسئولیت و تعهد وجود دارد و به معنای عدم ثبات تصمیم است.

❖ **تصمیم گیری سطح بالا** : یک راه انتخاب می شود و در عین حال میزان بالایی از تعهد و مسئولیت در به کارگیری و انجام کامل و دقیق آن وجود دارد.

¹Friedman(1989)

پیشینه مقابله :

طی سالها « مقابله » دامنه ای از مضامین و مفاهیمی را کسب نموده که اغلب همتا با مفاهیمی چون تفوق^۱ ، سازگاری^۲ و دفاع^۳ بوده است بنابراین پژوهشگرانی که در این حوزه ها کار کرده اند از تعاریف های متفاوتی استفاده کرده اند . هان (۱۹۷۷) اظهار کرد که مقابله تلاشی است که فرد جهت حفظ واقعیت انجام می دهد هر چند این توصیف بیان کننده رفتاری آشکار است که به فرد اجازه می دهد تا احساس کنترل و موفقیت را در خود حفظ کند با این حال این دیدگاه خالی از اشکال نبود (رایس ، ۱۹۹۲) . به طور کلی ، قبل از دهه ۸۰ و رواج اصطلاح « مقابله » روان شناسان ، زیست شناسان و زیست روان شناسان اصطلاح « تعادل یابی^۴ » و « سازگاری^۵ » را برای انسان و سایر جانداران را که در مواقع اضطراری و به خطر افتادن زندگی و تحریک شدن نیازهای روانی / جسمانی تلاش می کردند که « سازوکارهای سازگار شدن^۵ » را بیابند به کار برده اند. به عنوان مثال می توان به سازو کارهای دفاعی « من » در نظریه فروید اشاره کرد که غالباً ناخودآگاه هستند. در این نظریه ، فرد در اثر کشمکش بین امیال درونی و مقررات بیرونی ، دچار اضطراب می شود و برای رهایی یا مقابله با این حالت درونی ناخوشایند، از سازو کارهای دفاعی مختلفی استفاده می کند که در اکثر موارد موجب سازگاری ، رشد و موفقیت می شود. (فرانکن ، ۱۹۹۸) .

البته اصطلاح « سازگاری » در این موارد، از لحاظ مفهومی ، کلی تر از اصلاح « مقابله » در نظریه های سلیه (۱۹۷۴) و لازاروس (۱۹۸۰) و نیز قدیمی تر است زیرا ، پژوهش در زمینه مقابله ، فقط به دهه ۸۰ بر می

1 mastery

2 Compus

3 defence

4 Homeostesis

5 Adjustment

گردد . ابتدا موس^۱ (۱۹۷۵) پیرلین و اسکولر^۲ (۱۹۷۸) و بعداً فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) به تحقیق پرداختند.

در سال ۱۹۸۰، فولکمن و لازاروس علاوه بر ارائه نظریه تبدیلی استرس ، به صورت گسترده و روشن به بررسی مقابله (شیوه ها ، منابع و سازو کارهای آن) پرداختند . در سال ۱۹۸۱ ، موس و بی لینگز^۳ ، برای اولین بار، دست به طبقه بندی شیوه های مقابله (با تاکید روی پاسخ های مقابله ای) زدند. در سال ۱۹۸۶ مات نی^۴ و همکارانش ، سبک های مقابله را به صورت منسجم و با استفاده از نظریه فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) طبقه بندی کردند. (رایس ، ۱۹۹۲).

نظریه مقابله

مهمترین رویکرد در زمینه مقابله ، نظریه تبدیلی استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۱) می باشد (کاوانا ، ۱۹۹۹). استرس ، فرایند تعامل فرد و محیط است. در واقع ، استرس یا عامل آن چندان مهم نیست ، بلکه ارزیابی و تفسیر فرد از آن اهمیت دارد. در صورتی که فرد آن را بالاتر از توان (و منابع) خود ارزیابی کند ، استرس رخ می دهد . اما بین عامل استرس و بروز پیامدهای آن ، لازاروس و معتقد است متغیرهایی مانند تجربه، روش ها و منابع مقابله بعلاوه ویژگی های شخصیتی دخالت می کند (رایس، ۱۹۹۲). فرد طی ارزیابی اولیه ، ثانویه و باز ارزیابی ، با استرس مقابله می کند. ارزیابی اولیه ، یک نوع ارزیابی مقدماتی از موقعیت است (طبقه بندی و سنجش موقعیت استرس زا) . ارزیابی ثانویه ، در واقع ، مهارت های مقابله و خواست های موقعیتی را می سنجند (به کارگیری فنون مقابله برای رویارویی با استرس) .

¹ Moos

² Pearlman and Schooler

³ Billings

⁴ Matheny

باز ارزیابی ، بر اساس پسخوراند ناشی از تبدلات فرد و محیط (فرد و استرس) در طی ارزیابی اولیه و ثانویه ، قرار دارد . (لازاروس ۱۹۹۱) .

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) در همین رویکرد دو روش مقابله را معرفی کردند :مقابله ابزاری و مقابله تسکین دهنده و به عبارت دقیقتر ، مقابله مسأله دار و مقابله هیجان مدار ، مقابله ابزاری (نظیر حل مسأله) مستقیماً متوجه منبع تهدید است . مقابله تسکین دهنده (نظیر آرام سازی) با هیجانان ناشی از منبع تهدید مقابله می کند (رایس ، ۱۹۹۲) .

مسأله مدار: روشی یا مجموعه روشهایی است که طی آن فرد به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند استرس ، سعی می کند بر عامل استرس تسلط یابد . مات نی و دیگران (۱۹۸۶) .چند روش مسأله مدار را مشخص کردند که شامل مهار استرس^۱ ، ساختار بندی^۲ و مهارت های اجتماعی^۳ می شود. مهار استرس ، شامل آگاه شدن از افزایش تنش و عوامل ایجاد کننده آن می باشد.

ساختار بندی ، شامل جمع آوری داده ها درباره عامل استرس ، پرس و جو در زمینه منابع (حمایتی) موجود و طراحی روش های استفاده از آنها ، می باشد. مهارت های اجتماعی ، شامل خود - ابرازی و صمیمیت ورزی^۴ (شریدان و رادماچر ، ۱۹۹۲) .

روش مقابله مسأله مدار موفق ، مستلزم استفاده بهینه از مؤلفه های شناختی عقلایی بودن ، انعطاف پذیری و دور اندیشی است . مقابله مؤثر مستلزم ارزیابی واقع بینانه و درست از عامل استرس منابع موجود می باشد. البته ، روش مقابله ای مسأله مدار، صرفاً متوجه عامل استرس نیست . غالباً این روش مستلزم

1 Stress Monitoring

2 Structuring

3 Social Skills

4 Intimacy

عملی است که فرد بتواند آن را به خوبی به انجام برساند. برای مثال، مطالعه قبل از امتحان. (شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲).

هیجان مدار: روش یا مجموعه روش هایی است که برای مهار واکنش های هیجانی مرتبط با عامل استرس به کار گرفته می شود. برای مثال، دانشجویی که در امتحان نمره پایین گرفته است، ممکن است برای کاهش تنش ناشی از آن، به جوک و یا بازی بپردازد. هر نوع روش مقابله ای می تواند برای کاهش هیجانات ناخوشایند به کار گرفته شود. روش مقابله ای هیجان مدار، غالباً شامل باز ارزیابی است. اگر مشکل حل نشود، یک راه مهار تنش این است که آنرا مجدداً ارزیابی کرد. برای این کار، فرد موقعیت خود را با سایر افراد مقایسه می کند و ممکن است به این نتیجه می رسد که شرایط او خیلی هم بد نبوده است (شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲).

روش مقابله هیجان مدار، ممکن است بیماری زا (ناسالم) به نظر برسد. زیرا این روش، گاهی اوقات شامل خود - فریبی^۱ و تحریف واقعیت^۲ است. با این وجود، همانطور که لازاروس (۱۹۸۳) متذکر شده است، اندکی خیالبافی برای سلامتی روانشناختی لازم است. البته، روش های سالمی برای مقابله با پریشانی هیجانی نظیر کار، ورزش، فنون آرام سازی، و شوخ طبعی^۳ وجود دارد (شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲؛ کاوانا، ۱۹۹۹؛ رایس، ۱۹۹۲).

اجتناب: به عقیده شریدان و رادماچر (۱۹۹۲) اجتناب (دوری عینی) از عامل استرس و انکار (دوری ذهنی) عامل استرس، جزو روش های مقابله ای هیجان مدار می باشد. اما از آنجا که روش مقابله ای اجتنابی (۱) مستقیماً به مهار، حذف یا کاهش هیجانات ناخوشایند ناشی از استرس نمی پردازد و (۲) خود این روش اشکال مختلف و متعددی دارد، شاید بهتر این باشد که عنوان یک شیوه مقابله ای جداگانه به حساب آورد. به

¹ Self - deception

² Reality Distortion

³ Humor

هر حال ، شیوه های روش های اجتناب (عینی و ذهنی) از عامل استرس ، زیاد است . مانند تلفن زدن به یک دوست (روی آوردن به اجتماع) ، خرید و خوردن تفریحی (روی آوردن به فعالیت ها) .

سبک های مقابله ، تعاریف ، طبقه بندی

الف : تعاریف : فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) یک تعریف بسیار جامع از مقابله (به عنوان بخشی از نظریه تبدیلی استرس) ارائه کرده اند. آنها « مقابله » را تمام تلاش های شناختی و رفتاری دانستند که برای کنترل ، کاهش یا تحمل خواست ها به کار گرفته می شوند. ای خواست ها^۱ می تواند درونی یا برونی باشد. خواست های درونی ، ممکن است پیامد ارزیابی های شناختی یا تعارض های عاطفی را منعکس سازد. علاوه بر این ، مقابله ، معمولاً ، به یک یا دو پیامد کمک می کند : مقابله یا درصد تغییر رابطه بین « فرد » و « محیط » است یا در صدد کاهش ناراحتی و پریشانی عاطفی . باز ارزیابی شناختی که معنای یک حادثه را اصلاح می کند، روشی است که طی آن فرد رابطه بین « فرد » و « محیط » است یا در صدد کاهش ناراحتی و پریشانی عاطفی . باز ارزیابی شناختی که معنای یک حادثه را اصلاح می کند ، روشی است که طی آن فرد رابطه بین « خود » و « محیط را تغییر دهد (رایس ، ۱۹۹۲) .

سه جنبه کلیدی در تعریف لازاروس وجود دارد.

- ۱ - مقابله به جای اینکه مقدمتاً ناشی از ویژگی های شخصیتی باشد وابسته به شرایط است .
- ۲ - راهبردهای مقابله به دلیل تلاش تعریف می شوند و مشخصاً چیزی را که افراد در تعامل با محیط به صورت هدفمند انجام می دهند را تبیین می کند. توجه متمرکز بر تلاش است که ممکن است از اعمال یا شناخت های رفتاری باشد.

¹ Demands

۳- مقابله بعنوان یک فرایند نگرینسته می شود که به مرور زمان در طی یک مواجهه ویژه تغییر می کند. قبل از شروع اقدام به مقابله موقعیت، پیامدها و ... منابع حمایتی در دسترس بررسی و ارزیابی مجدد (ثانویه) می شود. (کوهن ۱۹۸۰).^۱

بعد از آن، کنت مات نی و همکارانش (۱۹۸۶) نوشتجات روش های مقابله را بررسی کردند و توانستند تا حدودی تعریف لازاروس را بهبود بخشند. آنها « مقابله » را هر تلاش سالم یا ناسالم، آگاهانه یا ناآگاهانه می دانند که عوامل استرس را تضعیف، حذف یا از آن جلوگیری می کند یا اثرات آن را به شیوه ای با حداقل آسیب، تحمل پذیر می سازد (رایس، ۱۹۹۲).

طبقه بندی شیوه های مقابله :

بی لینگز و موس (۱۹۸۱) برای اولین بار، پاسخ های مقابله ای را بر اساس شیوه های مقابله^۲ دسته بندی کردند: فعال یا اجتناب. ضمناً با تمرکز روی « پاسخ » می توان آنها را بر اساس « مسأله مدار » یا « هیجان مدار » بودن تقسیم بندی کرد. این دوگانگی، مسأله مدار در مقابل هیجان مدار، با مطالعه باوم، فلمینگ و سینگر^۳ (۱۹۸۳) همخوان است. همچنین، این دوگانگی با مدل مقابله ابزاری در مقابل تسکین دهنده^۴ فولکمن و لازاروس مشابه است (رایس، ۱۹۹۲).

کمپاس، مالکارن^۵ و فونداکارو^۶ (۱۹۸۸) دریافتند که تعداد راهبردهای مسأله مدار مورد استفاده به طور منفی و راهبردهای هیجان مدار به طور مثبت با مشکلات هیجانی - رفتاری ارتباط داشتند. این ارتباط مثبت

¹ Cohen

² Method of Coping

³ Baum, F;e,omg and Singer

⁴ Instrumental Versus Palliative Coping

⁵ Malcarne

⁶ Fondacaro

بین مقابله هیجان مدار و درماندگی هیجانی مشابه چندین مطالعه است که در آزمودنی های افسرده بزرگسال صورت گرفته است (موس و همکاران ، ۱۹۸۷) . فراگیرترین تلاش برای طبقه بندی روش های مقابله ، توسط مات نی و همکارانش صورت گرفته است.

مات نی و دیگران (۱۹۸۶) پس از بررسی پژوهش های بسیاری در زمینه مقابله و فرا تحلیل^۱ آنها ، فرض کردند که مقابله را می توان ، اولاً ، بر حسب ماهیت تهاجمی یا پیش گیرندگی آن مورد بررسی قرار داد. مقابله تهاجمی^۲ ، زمانی رخ می دهد که عامل استرس ، واکنشی را برانگیزاند. این روش ، تلاشی است که عامل استرس را تضعیف می کند یا درهم می شکند .

بر اساس تحلیل مات نی ، مقابله پیش گیرنده شامل ۴ روش است : ۱ - اجتناب از عوامل استرس از طریق ایجاد تغییراتی در زندگی ۲ - جرح و تعدیل سطوح خواست ها ۳ - تغییر یا اصلاح الگوهای رفتاری کاهش دهنده استرس و ۴ - ایجاد منابع حمایتی (رایس ، ۱۹۹۲) . در طبقه مقابله تهاجمی ، مات نی و همکارانش ۵ طبقه کلی از رفتارها را نام بردند:

۱ - کنترل استرس و علائم^۳ ، قبل از به کار گرفتن سایر روش ها ، ضروری است . ۲ - منابع نظم دهنده که شامل سازماندهی و ساختار بندی می شود و برای تلاش مقابله ای مؤثر ، به درد می خورد . ۳ - حمله به استرس زاها^۴ ، شامل روش هایی است که درصدد حذف مستقیم استرس زاها می باشد. مانند استفاده از مهارتهای حل مسأله ، جستجوی اطلاعات ، مهارت های اجتماعی ، پاسخ های قاطعانه . ۴ - تحمل عوامل استرس ، زمانی که عوامل را نمی توان از طریق عمل مستقیم ، حذف کرد، بازسازی^۵ شناختی ، ممکن است ضرورت پیدا کند. بازسازی شناختی نیز در مواقعی که منابع موجود، محدود و خواست ها فراتر از توان

1 Meta - Analysis

2 Combative Coping

3 Monitoring Stressors and Symptoms

4 Arracking Stressors

5 Restructuring

فرد یا شدید باشد، مؤثر و مفید واقع می شود. ۵ - کاهش برانگیختگی که شامل کاهش تنش از طریق مراقبه^۱، آرام سازی^۲ و ... می باشد (رایس، ۱۹۹۲).

منابع حمایتی مقابله :

منابع حمایتی می تواند فردی، اجتماعی یا فیزیکی باشد. منابع فردی شامل ویژگی ها یا نگرش هایی می شود که در بسیاری موقعیت ها، کمک کننده می باشد. مانند عزت نفس، احساس کنترل و خود - کارآمدی^۳. منابع اجتماعی شامل روابط صمیمانه، شبکه های ارتباطی گسترده و حمایت اجتماعی می شود. مانند گروه دوستان، خانواده. منابع بدنی (فیزیکی) شامل سلامتی و توان جسمانی کافی برای رفع نیازها و انجام امور روزانه. همچنین شامل منابع عینی مانند وضعیت رفاهی - مسکونی مناسب مانند مسکن - درآمد مکفی، تحصیلات، شغل و ... می شود. (رایس، ۱۹۹۲؛ شریداران و رادماچر، ۱۹۹۲).

اهمیت منابع مقابله در این است که مانع ادراک عامل استرس به صورتی خطرناک و تهدید کننده می شود. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) معتقدند افرادی که بر این باورند هنگام مقابله با استرس منابع کمکی در اختیار دارند، نسبت به استرس، آسیب پذیری کمتری دارند تا کسانی که چنین فکر نمی کنند.

داردن و گازدا (۱۹۹۶)^۴ عقیده دارند اصول مربوط به حفظ سلامتی، داشتن احساس خوب، شور، شوق و علاقه برای زندگی به جای اینکه به عنوان هدف در نظر گرفته شود باید به عنوان یک فرایند برای حفظ سلامت جسمانی و روانی در زندگی سالم دیده شوند. بنابراین، آسیب پذیری فرد بر اساس ادراک استرس و آنهم به منابعی که در دسترس دارد، بستگی دارد.

¹ Meditation

² Relaxation

³ Self - efficacy

⁴ Durden & Gazofu (1996)

هر کدام از منابع مقابله می تواند از میزان آسیب زایی عوامل استرس بکاهد (فرانکن , ۱۹۹۸ ; برانون ^۱ , ۱۹۹۹). احساس دارا بودن منابع حمایتی توسط فرد به صورت ۲ الگوی مهم وجود دارد.

الف - الگوی تاثیر عمده ^۲ : که تاثیرات مثبت بر آسایش فرد در شرایط غیر استرس زا دارد مانند ازدواج و شبکه وسیعی از روابط که از آن به وجود می آید.

ب - الگوی سپر محافظ ^۳ : در این الگو منابع حمایتی عبارت از منابع بین فردی که از فرد در مقابل اثرات منفی استرس محافظت می کند و شامل سه نوع است : ابزاری , دانش و احترام . این سه نوع حمایت با هم ارتباط متقابل دارند. حمایت ابزاری , شامل کمک های نقدی و عینی می شود که مستقیماً به حل مشکل می انجامد یا آرامش فرد را تأمین می سازد , حمایت دانش , شامل ارائه داده ها , تدابیر و چاره هایی است درباره تشخیص مشکلات خود و نحوه مقابله با آنها . حمایت احترام عبارت است از اینکه فرد احساس کند ارزشمند و محترم می ماند فرد از طریق روابط نزدیک و صمیمانه حس احترام را به دست می آورد. در مجموع افراد فاقد منابع حمایتی علایم بیماری های روانی و جسمانی بیشتری نشان می دهند تا افراد با حمایت اجتماعی (ساترلند و کوپر , ۱۹۹۰ ; شریران و رادماچر , ۱۹۹۲ , . لپیا ۱۹۹۴).

¹ Brannon

² Main Effect Model

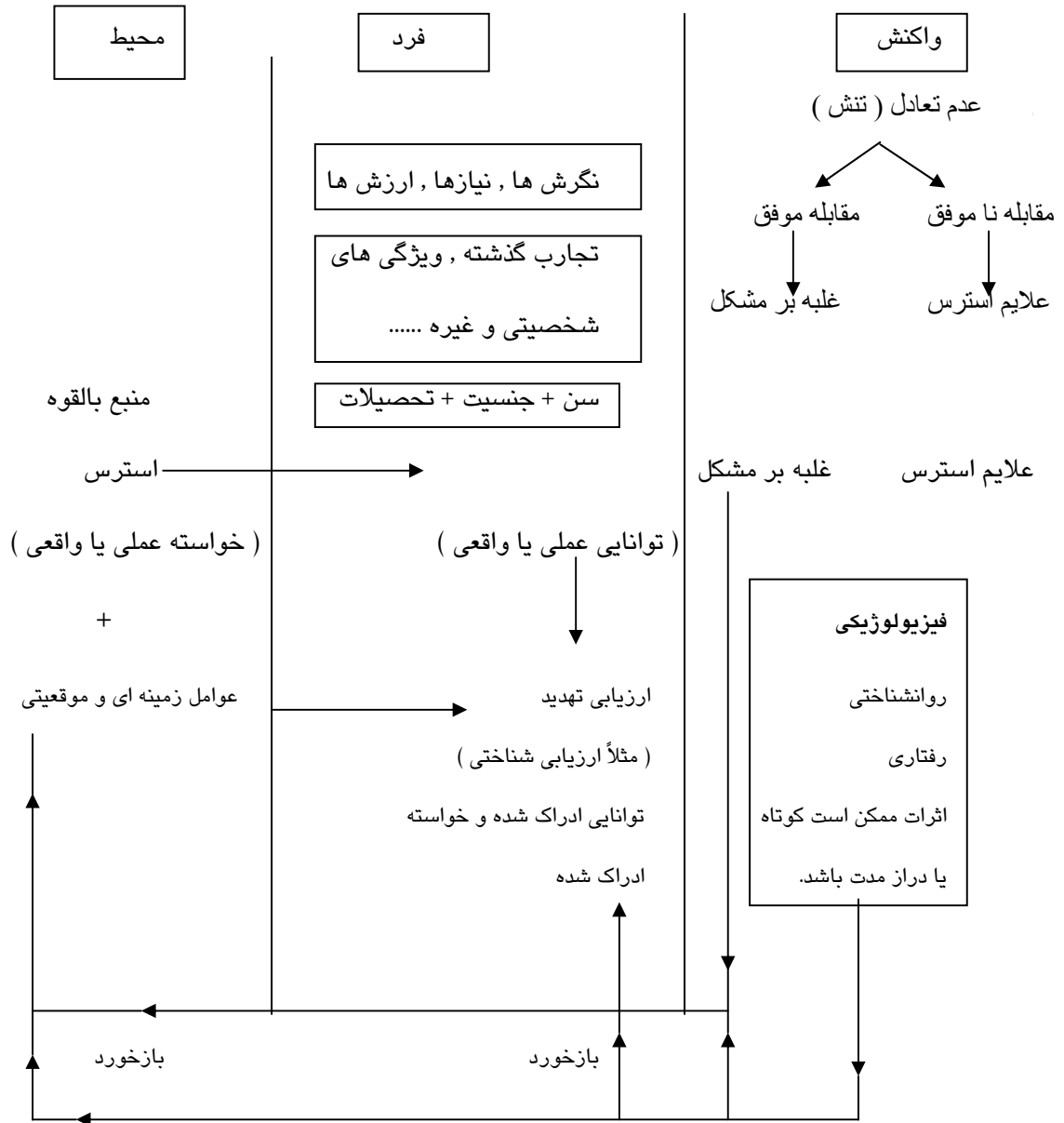
³ Buffering Model

ادراک استرس در الگوی تبدلی

دیدگاه های روان شناختی درباره استرس مانند ، روان پویایی ، یادگیری و شناختی متعدد است . الگوی تبدلی لازاروس^۱ و همکاران (۱۹۸۴) استرس را به عنوان یک محرک محیطی یا یک پاسخ نگاه نمی کند بلکه آن را حاصل تعامل فرد با محیط می داند . لذا تفسیر فرد از حادثه مهم تر از خود حادثه یا واکنش فرد می گردد. بدین لحاظ استرس رابطه بین فرد و « محیط » است که فرد آن را بالاتر از توانائی های خود یا خطری برای آسایش خود ارزیابی می کند. در این رویکرد، استرس به فرایند تبدلی فرد و محیط گفته می شود. این تعریف منابع حمایتی را نیز در نظر می گیرد. در اینجا ، ارزیابی فرد از موقعیت نقش تعیین کننده ای دارد؛ اگر موقعیت تهدید کننده ، چالش برانگیز و یا خطرناک ارزیابی شود، استرس به وجود می آید (کاوانا^۲ ، ۱۹۹۹) . فرایند تبادل بین شخص و محیط تعاملات منحصر به فرد است ، چون شامل منابعی که فرد در اختیار دارد مانند تجربه مقابله با موقعیت های قبلی مشابه ، آشنایی و دسترسی به اطلاعات لازم درباره حادثه ، وضعیت مالی و دیگر امکانات نیز می شود. بدیهی است ، این منابع از شخصی به شخص دیگر ، تنوع بسیار زیادی دارد و نقش عوامل و نیروهای زیست شناختی ، روان شناختی ، اجتماعی و فرهنگی و مراحل زندگی (مراحل رشد) را نشان می دهد . این تفاوت در « منابع » در فهم این نکته کاملاً مهم است که چرا بعضی افراد در مقابله با حوادث خیلی دشوار مشکلات کمتری را تجربه می کنند در حالیکه سایرین با مشکل روبرو می شوند.

¹ Transactional Model of stress

² Cavanaugh



تصویر ۷-۲: ادراک استرس در الگوی تبدلی (ساترلند و کوپر، ۱۹۹۰، ص ۱۸)

افسردگی / سبک حل مسأله

افرادی که مهارت حل مسأله دارند در مقایسه با افرادی که فاقد این مهارت هستند کمتر احتمال دارد افسرده شوند (نزو، کالمر^۱ و رونان^۲ ۱۹۸۶). در مقایسه پاسخ های افراد افسرده و غیر افسرده به پرسشنامه رویارویی با افسردگی^۳ یافته ها حاکی از آن بود، که افراد غیر افسرده تلاش فعالانه ای برای سرگرم شدن، طلب حمایت و مشارکت در حل مسأله در هنگام احساس افسردگی انجام می دهند و افراد افسرده تمایل به سرزنش خود و کناره گیری و انفعال داشته اند. (کلنیک^۴، استانسکی^۵ و میسون^۶ ۱۹۸۲). این بررسی نشان می دهد که افسردگی، نافعالی و خود سرزنشی یکدیگر را تقویت می کنند؛ همچنین نتایج مطالعات ریکسون هینر و آندرسون (۱۹۹۱) نشان داد افرادی که حل مسأله خود را بی فایده ارزیابی کردند به طور معناداری ناامیدی و افکار خودکشی بیشتری نسبت به افرادی که حل مسأله خود را سودمند دانسته اند، داشته است.

افراد افسرده دارای علایمی همچون کاهش انرژی، احساس خستگی و نافعالی در فعالیتهای روزمره زندگی می باشند محققین دریافته اند که کسانی که در حل مسأله مهارت دارند این حقیقت را می پذیرند که غلبه بر رویدادهای زندگی نیاز به تلاش شخصی دارد (باومگاردنر^۷، هینر و آرکین^۸، ۱۹۸۶).

¹ kalmer

² Ronan

³ Deperession Coping Questionanaire

⁴ Klenik

⁵ Staneski

⁶ Mason

⁷ Baumgardner

⁸ Arkin

الگوی سبک حل مساله با تاکید بر نظریه سبک اسنادی افسردگی ابداع شد که می توان آن را به طور گسترده ای در مورد فرایند استرس نیز به کار برد (تیسیدیل و لارنس^۱ (۱۹۸۶).

در سالهای اخیر تعداد فزاینده ای از محققان در حوزه های متفاوت روان شناسان شروع به مطالعه حل مساله کرده اند (دزوریللا، ۱۹۸۶؛ نزو، نزو و پری ۱۹۸۹؛ پون^۲، رابین^۳ و ویلسون^۴، ۱۹۸۹؛ سینوت^۵، ۱۹۸۹؛ استرنبرگ^۶ و وانگر^۷، ۱۹۸۶) [۳۱]. در حوزه بالینی و مشاوره محققان نقش توانایی حل مساله را در سازگاری روان شناختی و تعدیل رفتار مورد بررسی قرار می دهند (دزویلا، ۱۹۸۶؛ دزویلا و گلد فرید، ۱۹۷۱؛ نزو و دزوریللا، ۱۹۸۹؛ نزو و همکاران، ۱۹۸۹) [۳۱]. یکی از مستندترین یافته های تحقیقات این است، که توانایی حل مساله اجتماعی رابطه معکوس با افسردگی دارد. (هاگا و همکاران، ۱۹۹۵؛ نزو و دزوریللا، ۱۹۸۹) [۳۱]. یک توضیح برای این یافته این است که توانایی حل مساله اجتماعی در ارتباط بین رخدادهای استرس زا و درماندگی روان شناختی بعنوان یک تعدیلگر^۸ عمل می کند (نزو و دزوریللا، ۱۹۸۹) [۳۱].

در تائید این فرضیه در مطالعه ای که توسط نزو و همکارانش صورت گرفت (نزو، نزو، سرایداریان^۹، کالمار^{۱۰} و رونان، ۱۹۸۶، ۱۹۸۸) معلوم شد که ارتباط بین رخدادهای استرس زا و درماندگی روان شناختی برای افرادی با توانایی حل مساله بالاتر بطور معناداری ضعیف تر بود (کانت، دزوریللا، میدو-

¹ Lawrence

² Poon

³ Rubbin

⁴ Wilson

⁵ Sinnott

⁶ Sternberg

⁷ Wanger

⁸ moderator

⁹ Saraydarian

¹⁰ Kalmar

الیورز^۱، ۱۹۹۷). در دو مطالعه مشابه نیز دریافته شد که توانایی حل مساله بطور معناداری با درماندگی روان شناختی ارتباط دارد (دزوریلا و شیدی^۲، ۱۹۹۱)؛ مینر^۳، داود^۴ و بلیکست^۵، ۱۹۹۳) [۳۱].

نتایج تحقیق کانت، دزوریلا و میدو - الیورز (۱۹۹۷) نیز نشان می دهد که بین نقص های حل مساله اجتماعی و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد.

نقص در مهارت های حل مساله ممکن است عامل مهمی در رشد اختلالات بالینی یا در تعیین شدت آسیب شناختی روانی باشد. نتایج چند تا از مطالعات اخیر با این فرضیه همسو هستند (لاینهان^۶، کامپر^۷، چایلز^۸، چایلز^۸، استروسال^۹، شیرین^{۱۰}، ۱۹۸۷؛ مارکس^{۱۱}، ویلیامز و کلاریج^{۱۲}، ۱۹۹۲؛ سادوسکی^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۴؛ شات^{۱۴} و کلام^{۱۵}، ۱۹۸۷) [۳۱].

تحقیق گسترده دیگری نیز ارتباط بین کمبودهای حل مساله و افسردگی را تایید می کند. نشانه های افسردگی با ایجاد راه حل هایی که از تنوع کمتری برخوردارند، انتخاب راه حل های کمتر سودمند و صلاحیت حل مساله خود ادراک شده^{۱۶} پایین تر ارتباط دارند (دیکسون^{۱۷}، هینر، بارت^{۱۸}، آندرسون^۱ و وود^۲، ۱۹۹۳، نزو و دزکوریلا، ۱۹۸۹) [۲۷].

1 Maydeu-Olivares

2 Sheedy

3 Miner

4 Dowd

5 Blixt

6 Linehan

7 Camper

8 Chiles

9 Strosal

10 Shearin

11 Marx

12 Claridge

13 Sadowski

14 Schott

15 Clum

16 Self - perceived Problem - Solving competence

17 Dixon

18 Barnet

نتایج بررسی هاگا و همکارانش (۱۹۹۵) نیز حاکی از این است که نقص های حل مساله با نشانه های افسردگی ارتباط دارند در یک بررسی ، نزو و رونان (۱۹۸۵) گزارش کردند که افرادی که مهارتهای حل مساله شان را ناقص ارزیابی کردند بیشتر در معرض خطر افسردگی بودند، آنها در مطالعه طولی^۳ دیگری (۱۹۸۸) دریافتند ، که ارزیابی مهارتهای حل مساله هم بطور مستقیم وهم در تعامل با استرس پیش بینی کننده افسردگی بودند (پریستر^۴ و کلام ، ۱۹۹۳).

بررسی الیوت^۵ ، هرک^۶ و ویتی^۷ (۱۹۹۲) هم بیانگر این است که افرادی که مهارتهای حل مساله سودمندی را گزارش می کنند افسردگی کمتری را هم گزارش می کنند. هم چنین آنها دریافتند که در افرادی که از ناتوانی های فیزیکی اکتسابی^۸ رنج می برند ارزیابی حل مساله سودمند با افسردگی و آسیب روانی اجتماعی کمتری ارتباط دارد. آنها در مطالعه دانشجویان نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

مطالعات دیگری نشان داده اند، که تحت شرایط کلی و شرایط استرس زا ارزیابی حل مساله سودمند بطور معناداری با نمرات افسردگی پائین تر در دانشجویان ارتباط دارد(هینر، کامپا^۹ و برانینگ^{۱۰} ، ۱۹۸۷؛ و نزو، ۱۹۸۵) [۲۳].

اجزاء گوناگون حل مساله به لحاظ تاثیر خاص بر افسردگی می توانند متفاوت باشند (هاگا و همکاران ، ۱۹۹۵). مدل پنج مرحله ای پیشنهاد شده توسط دزویلا و گلدفرید (۱۹۷۱) مهارتهای حل مساله ویژه (اصول قابل کاربرد در تعریف و فرموله کردن مشکل ، ایجاد راه حلهای متنوع ، تصمیم گیری ، انجام راه حل

¹ Anderson

² Wood

³ Longitudinal study

⁴ Priester

⁵ Elliott

⁶ Herrick

⁷ Witty

⁸ Acquired physical disabilities

⁹ Kampa

¹⁰ Brunning

و نظارت بر آن) را از مرحله انگیزشی اولیه حل مساله یعنی « جهت یابی مشکل » متمایز می کند. نزو دزوریدا جهت یابی مشکل را اینگونه تعریف می کنند:

مجموعه ای از پاسخ های جهت یافته ای که عبارت از واکنشهای ساختی - هیجانی - رفتاری به هنگام اولین مواجهه فرد با موقعیت مسأله زا است. [منجمله] نوع ویژه ای از آمایه توجه^۱ (مثلاً حساس بودن به مشکلات) و مجموعه ای از عقاید، فرضیات، ارزیابی ها و انتظارات کلی و نسبتاً ثابت در خصوص مشکلات زندگی و توانایی حل مساله کلی خود فرد (به نقل از هاگا و همکاران، ۱۹۹۵).

ارتباط کلی تمایز جهت یابی مشکل از مهارتهای حل مساله در مطالعه ای که در مورد حل مساله درمانی برای افسردگی صورت گرفت نشان داده شده است. رهایی از سیستم افسردگی برای آزمودنی هایی که هم در جهت یابی و هم در مهارتهای حل مساله آموزش می بینند بیشتر است تا آنهایی که فقط آموزش بین فردی می بینند (نزو و پری، ۱۹۸۹) [۲۷].

جهت یابی مثبت مشکل^۲ (هیجانان منفی (مانند افسردگی، اضطراب، خشم) که می توانند مانع حل مساله شوند را دور می سازد. ۲) هیجانان مثبت و صلاحیت ادراک شده ای که حل مساله سودمند را تسهیل می کند افزایش می دهد. ۳) مانع پاسخهای تکانشی^۳ می شود. ۴) فرد را نسبت به حل مساله برمی انگیزد (دزوریدا و نزو، ۱۹۹۰؛ دزوریدا و شیدی، ۱۹۹۱؛ نزو و دزوریدا، ۱۹۸۹) [۲۴]. از این دیدگاه افرادی با جهت یابی مثبت مشکل به راحتی مشکلات روزمره را حل می کنند و قبل از اینکه این جریانان تشدید شوند از آنها پیشگیری می کنند. مفهوم صلاحیت دلالت بر این دارد که مشکلات روزمره حل می شوند و در نتیجه هنگامی که فرد با مشکلات جدی تری مواجه می شود از این تجربیات موفقیت آمیز استفاده می کند.

¹ attentional set

² Positive problem orientation

³ impulsively

جهت یابی منفی مشکل^۱ در مقابله غیر سودمند و پیامدهای تاسف آور^۲ نقش دارد، که آن هم بنوبه خود جهت یابی منفی مشکل را تقویت می کند (نزو، ۱۹۸۷، نزو و دزوریلا، ۱۹۸۹) [۲۴].

نتایج تحقیق کانت، دزوریلا، میدو - الیورز (۱۹۹۷) نیز حاکی از این است که جهت یابی منفی مشکل بیشترین سهم را در تاثیر میانجیگرانه^۳ دارد. جهت یابی منفی مشکل بعنوان یک مجموعه شناختی - هیجانی ناکارآمد تعریف شده است که شامل تمایلات کلی به (۱) ارزیابی مشکل به عنوان تهدید (۲) تردید نسبت به توانایی حل مساله (۳) انتظار پیامدهای منفی حل مساله و (۴) تحمل پایین برای ناکامی بهنگام مواجهه با مشکل است (چانگ و دزوریلا، ۱۹۹۶b؛ میدو - الیورز و دزوریلا، ۱۹۹۶) [۳۱].

کانت، دزوریلا و میدو - الیورز (۱۹۹۷) اظهار می دارند بعلت اینکه جهت یابی منفی مشکل به معنی این است، که مشکلات روزانه از نظر روانی معنی تهدید کننده و بدبینانه برای فرد دارند انتظار می رود، که این بُعد علاوه بر تاثیر غیر مستقیمی که از طریق حل مناسب مساله (مانند استفاده از تکنیک های حل مساله) بر سلامت فرد دارد، تاثیر مستقیم بلاواسطه بر سلامت روان شناختی داشته باشد.

نتایج مطالعه پریستر و کلام (۱۹۹۳) اهمیت ارزیابی حل مساله بویژه عامل اعتماد^۴ را بعنوان تعدیلگر ارتباطات استرس - افسردگی و استرس - ناامیدی تایید می کند.

مطالعه دیکسون و همکاران (۱۹۹۱) نیز نشان داد که عامل اعتماد نسبت به عامل کنترل یا عامل گرایش - اجتناب به طور قابل اطمینانی با افسردگی و ناامیدی ارتباط دارد (پریستر و کلام، ۱۹۹۳).

هم چنین نتایج تحقیق کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) نیز حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلالات خلقی در حل مساله فاقد اعتماد هستند.

¹ negative problem orientation

² unfortunate

³ mediating effect

⁴ Confidence

دیکسون ، هپنر و آندرسون (۱۹۹۱) دریافتند، که از عوامل ارزیابی حل مساله (اعتماد حل مساله ، شیوه گرایش - اجتناب و کنترل شخصی^۱) عامل اعتماد در حل مساله قویترین ارتباط را با فکر خودکشی و ناامیدی داشت. بنابراین ارزیابی اعتماد که سطح کلی خودکارآمدی فرد را می نمایاند (هپنر، ۱۹۸۸) ممکن است انعطاف پذیری کلی که منبع مهمی درمقابله با ناامیدی و فکر خودکشی است را منعکس کند.

بررسی کوین^۲ و همکارانش (۱۹۸۱) نشان داد که افراد افسرده تمایل به ارزیابی موقعیت های مساله زا دارند. به گونه ای که در مرحله ارزیابانه مقابله نیاز به اطلاعات بیشتری دارند ، در تلاش بیشتری برای جستجوی توصیه های دیگران و حمایت عاطفی هستند و از مقابله اجتنابی بیشتری استفاده می کنند. (کویکن^۳ و بروین^۴ ، ۱۹۹۴).

بیلینگز و موس (۱۹۸۱) دریافتند اشخاصی با افسردگی بالا تمایل به استفاده بیشتر از مقابله اجتنابی و هیجان مدار دارند. در حالیکه مقابله مساله مدار با میزان پایین تر نشانه های افسردگی ارتباط دارد (کویلن و بروین ، ۱۹۹۴).

همچنین بیلینگز و همکارانش (۱۹۸۳۹) دریافتند که کمتر احتمال دارد اشخاص افسرده از مقابله مساله مدار استفاده کنند. آنها به احتمال بیشتر درگیر جستجوی اطلاعات و مقابله هیجان مدار می شوند (کویلن و بروین ، ۱۹۸۴).

فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) نیز دریافتند ، که مقابله فرار - اجتناب با نشانه های افسرده سازتر ارتباط دارد (کویکن و بروین ، ۱۹۹۴)

1 Personal control

2 Coyne

3 Kuyken

4 Brewin

بررسی کویکن و بروین (۱۹۹۴) نیز حاکی از این است که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده به هنگام مواجهه با رخدادهای استرس زا بیشتر از روش فرار - اجتناب^۱ استفاده کردند^۲. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) استدلال کرده اند، که اشخاصی با افسردگی بالا در موقعیت های استرس زا نسبت به تهدید آسیب پذیرترند و باندورا (۱۹۹۷) عنوان می کند، که ممکن است ارزیابی تهدید منجر به مقابله اجتنابی تر شود. بنابراین اگر بیماران افسرده موقعیت بین فردی استرس زا را تهدید کننده تر درک کنند (ارزیابی اولیه) و از توانایی شان برای مقابله نامطمئن تر باشند (ارزیابی ثانویه) این ممکن است افزایش مقابله اجتنابی و کاهش رویکرد گرایش را در این مطالعه توضیح دهد (کویکن و بروین ، ۱۹۹۴).

بررسی کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) نیز نشان داد ، که افراد مبتلا به اختلالات خلقی کمتر احتمال دارد که از شیوه گرایش به حل مساله استفاده کنند.

نتایج پژوهشی هیلی^۳ و همکاران (۱۹۹۶) نیز حاکی از این است ، که گرایش به حل مسئله با میزان بالاتر رضایت از زندگی و میزان پایین تر افسردگی در آینده ارتباط دارد؛ بر عکس ، استفاده از مقابله اجتنابی با میزان بالاتر افسردگی و میزان پایین تر رضایت از زندگی^۴ در آینده ارتباط دارد. در تحقیقات اولیه شیوه های حل مساله از چارچوب های مشخص رفتاری تبعیت می نمود ولی در حال حاضر تاکید از نگاه رفتاری به سوی فرایند شناختی با عوامل سبک های حل مساله تغییر جهت داده است هر چند در ادبیات روان شناسی در مورد مفهوم مهارت حل مساله و سبک های حل مساله تفاوت وجود دارد (تیسدیل و لارنس ، ۱۹۸۶). در همین راستا یکی از جنبه های ارزیابی شناختی کاربرد آن در سبک حل مساله است ؛ که بعنوان فرایند شناختی - رفتاری که در آن افراد راهبردهای مؤثری برای مقابله و کنارآمدن در موقعیت های

¹ escape-avoidance

² more depressive symptoms

³ Haley

⁴ Life satisfaction

استرس زا شناسایی و کشف می کنند پیشنهاد شده است . (هیپنرو ، تپرسون ، ۱۹۸۲ ، نزو، نزوپری ۱۹۸۶ ، نزو ، ۱۹۸۷) . در مطالعات متعدد سبک حل مساله متغیر بسیار مهمی در تفسیر بیماری روانی ، فهم و درک فرایند استرس شناخته شده است (هینر ، کامپا و برونینگ ، ۱۹۸۷؛ بروین ، ۱۹۸۸؛ نزو، ۱۹۸۹) .

حل مسأله / عزت نفس / منبع کنترل

در تحقیقی که توسط « ریدلورن ^۱ » (۱۹۹۵) انجام شد، رابطه مثبت و قوی بین عزت نفس بالا و منبع کنترل درونی در افراد مشاهده شد . همچنین بین منبع کنترل درونی ، عزت نفس ، انگیزش و حل مسئله نیز رابطه معنی دار و مثبت وجود دارد. (تیلر ، کندی ^۲ و دیگران ۱۹۹۵ به نقل از میرهاشمیان ، ۱۳۷۷) . بیابانگرد (۱۳۷۰) طی تحقیقی ، رابطه بین عزت نفس ، منبع کنترل و پیشرفت تحصیلی را مورد بررسی قرار داد و بین سه متغیر مذکور رابطه مثبت و قوی پیدا کرد.

تحقیقات متعدد انجام شده بیانگر تاثیر بسیار زیاد توانایی حل مسائل افراد در جلوگیری از بروز ناهنجاری های رفتاری بوده است. در تحقیقی توسط ترزا (۱۹۹۵) ^۳ ، این توانایی در پیشگیری از خودکشی مؤثر نشان داده شد.

مطالعات بور ^۴ (۱۹۷۸) نشان داده است، که میزان خودکشی با سطح متوسط بیرونی بودن ^۵ همبستگی مثبت دارد (جلی و زیگلر) .

¹ Reid Lorene(1995)

² Tyler & Kennedy & et.al (1995)

³ Therza (1995)

⁴ Boor

⁵ externality

نتایج بررسی نزو (۱۹۸۵) نیز حاکی از این است، که افرادی که مهارتهای حل مساله شان را سودمند ارزیابی کردند در مقایسه با گروهی که مهارتهای حل مساله شان را غیر سودمند ارزیابی کردند جهت یابی کنترل درونی بیشتری گزارش نمودند.

سیگل^۱ و گریفین^۲ (۱۹۸۴) در مطالعات خود نیز دریافته اند که میزان بالاتر افسردگی با کانون کنترل بیرونی بیشتر ارتباط دارد.

نتایج بررسی سولومون^۳، میکولینسر^۴ و آویتروز^۵ (۱۹۸۷) نیز حاکی از این است، که بین سبک های سازشی و کانون کنترل درونی - بیرونی رابطه وجود دارد و افراد بیرونی در مقایسه با افراد درونی بیشتر به سازگاری هیجان مدار متوسل می شوند (صباغ، ۱۳۷۳).

در تحقیقات متعددی که توسط سیلور^۶ و آیورباخ^۷ (۱۹۸۶)، ویشنیارسکی^۸ و کاپلوویتز^۹ (۱۹۸۶) و استریکلند^{۱۰} (۱۹۸۷) انجام گرفت شواهد مهمی به دست آمد مبنی بر اینکه افراد درونی به فرآیندهای سازگاری مساله مدار و افراد بیرونی بیشتر به فرآیندهای هیجان مدار متوسل می شوند (لفکورت و دیویدسون^{۱۱}، (۱۹۹۱)[۴].

پارکیز^{۱۲} (۱۹۸۴) اظهار می دارد یکی از دلایل اینکه بیرونی بودن همراه با سازگاری ضعیف است می تواند این باشد، که افراد هنگامی که معتقدند سرنوشتشان تحت کنترل شخصی است تمایل دارند که به نحو

1 Siegel
2 Griffin
3 Solomon
4 Mikulincer
5 Avitzor
6 Silver
7 Auerbach
8 Vishniarsky
9 Kapluwitz
10 Strickland
11 Davidson
12 Parkes

مؤثرتری کار کنند. این به نوبه خود منجر به سازگاری بهتر درونی ها می شود. به طور خلاصه به نظر می رسد که درونی ها نسبت به بیرونی ها اعتماد بیشتری در توانایی حل مشکلاتشان داشته باشند و از این رو تمایل دارند که مستقل از خواسته های دیگران قضاوت کنند (جلی و زیگلر , ۱۹۹۲).

برنامه ارتقای تواناییهای اجتماعی (یل - نیوهون)^۱ , از جمله کنترل استرس , حل مسئله , تصمیم گیری و مهارت های ارتباطی آموزش داده شده حاکی از پیشرفت چشمگیر دانش آموزان گروه آزمایشی بود. توانایی برنامه ریزی و انتخاب راه حل های مناسب برای زندگی , ارتباط و سازگاری با همسالان , کنترل خود و اجتماعی شدن آنان به طور معناداری افزایش یافت (کاپلان و همکاران ۱۹۹۲).

تلادو^۲ و همکاران (۱۹۷۴) دریافته اند که توانایی بیشتر در حل مسئله با افزایش عزت نفس و پایگاه کنترل درونی رابطه دارد. « شور^۳ » (۱۹۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید، که مهارت حل مسئله بین فردی با روابط اجتماعی مثبت , همسالان , امیدواری و همدلی رابطه مثبت دارد.

« کلی » (۱۹۸۲) پیشنهاد کرد : سازگاری روانی باید در ارتباط با عملکرد ماهرانه اجتماعی در نظر گرفته شود. به طور مشابه گینترو « بونی^۴ » (۱۹۹۳) پیشنهاد کردند، که رشد رفتارهای بین فردی یک رابطه مستقیم با کاهش اختلالات رفتاری و افزایش اعتماد به نفس دارد.

در تحقیقی که توسط میلر^۵ , لفکورت , هولمز^۶ , ویر^۷ و صالح^۸ (۱۹۸۰) بر روی ۸۸ زوج صورت گرفت گرفت مشخص شد، که افراد درونی در مقایسه با افراد بیرونی از هشیاری بیشتری برخوردار بوده و به هنگام رفتاری و درگیری به نحو بهتری مشکلات خود را حل می نمایند , از سوی دیگر افراد درونی به علت

1 Yell - Niohone

2 Telado

3 shure

4 Bonni

5 Miller

6 Holmes

7 Ware

8 Saleh

سازگاری متمرکز بر مشکل نسبت به افراد بیرونی از آمادگی بیشتری برای فهم و درک همسر و رفع مشکلات اساسی او برخوردار می باشند (لفقورت و دیویدسون ؛ ۱۹۹۱).

استرس / عزت نفس / منبع کنترل

بعضی صفات شخصیتی مانند برونگرایی / درونگرایی^۱، و بعضی ویژگی های شناختی مانند بدبینی / خوش بینی در کاهش یا تعدیل اثرات استرس تأثیر دارد.

صفات فوق پاسخ به استرس زاهای بالقوه و در نتیجه آسیب پذیر را تحت تأثیر قرار می دهد. از آنجا که سطح فعالیت کورتیکال^۲ در افراد درونگرا ، بالاست ، حالت برانگیختگی بیشتری در موقعیت های استرس زا را نشان می دهند. همچنین آنها در مقایسه با افراد برون گرا نسبت به تحریک حساس تر می باشند. از طرف دیگر ، درون گراها تحمل کمی نسبت به تنش یا محرک های دردآور دارند. آزمایشات نشان می دهد برون گراها سطح بالاتری از نور و صدا را تحمل می کنند تا درونگراها و توانایی بیشتری جهت تحمل محرک های درد آور و آزارنده دارند (ساترلند و کوپر ، ۱۹۹۰).

افراد با منبع کنترل^۳ درونی ، بهتر با موقعیت استرس زا مدارا می کنند و در نتیجه تهدید و تنش کمتری را تحمل می کنند. افراد با منبع کنترل بیرونی ، در موقعیت های ناکامی ، سازگاری و توان مقابله کمتری دارند. از آنجا که افراد با منبع کنترل درونی ، به دنبال اطلاعات و شناخت بیشتری درباره محیط و سلامتی خود می باشند، نتایج اکثر پژوهش ها نشان می دهد که این افراد احتمال بیشتری دارد ، به رفتارهای پیشگیرانه و سلامتی آور روی آورند (رایس ، ۱۹۹۲؛ ساترلند و کوپر ، ۱۹۹۰). همچنین افراد بامنبع کنترل درونی استرس شدیدتری در موقعیت « غیر قابل کنترل » در مقایسه با شرایط « کنترل پذیر » تجربه می کنند . در

¹ Extroversion -Introversion

² Cortical Function

³ Locus of Control

حالیکه افراد با منبع کنترل بیرونی، استرس کمی در موقعیت های کنترل ناپذیر نشان می دهند تا در موقعیت های کنترل پذیر (رایس، ۱۹۹۲). مطالعه دیگری نشان داد که افراد با منبع کنترل درونی موقعیت ها را به شیوه سازگارانه تری در مقایسه با افراد با منبع کنترل بیرونی ارزیابی می کنند (فرانکن، ۱۹۹۸). عزت نفس در ارتباط با احساس مثبت و خوب با خود است به نظر می رسد افرادی که احساس خوبی از خود دارند، استرس ها را کمتر از لحاظ هیجانی تفسیر کرده یا به آن واکنش نشان می دهند. افراد با عزت نفس پایین، در موقعیت های استرس زا توانایی و مهارت خود را کم برآورد و یا احساس ترس و تهدید بیشتری می کنند. در نتیجه توان مقابله را از دست می دهند. این افراد علایم بالینی بیشتری را نشان می دهند (رایس، ۱۹۹۲). پژوهش ها نشان داده است افراد با عزت نفس بالا این امکان را دارند تا با همکاری و کمک به دیگران در مقابله با مشکلات خودشان از زندگی لذت بخش تری برخوردار گردند (دوک، ۱۹۸۷، کلنیکه ۲۰۰۲، گودرزی، ترجمه ۱۳۸۲).

استرس / افسردگی / حمایت اجتماعی

یکی از منابع مهم مقاومت در برابر استرس حمایت اجتماعی است، بررسی های پژوهشی نشان می دهند، که افرادی با داشتن سیستم های حمایت اجتماعی مناسب، کمتر از افرادی که سیستم حمایت اجتماعی ضعیفی دارند، افسرده و مضطرب بوده و از آنها در زندگی خوش بین ترند. بررسی های دیگر نشان می دهند که افراد با سیستم های حمایتی مناسب در غلبه بر افسردگی، سازگاری با صدمات ناشی از ناتوانی های فیزیکی، حفظ عزت نفس و غلبه بر تنهایی، از موفقیت بیشتری برخوردارند. شواهدی هم وجود دارد که نشان می دهد افراد با سیستم های حمایتی مناسب، کمتر از کسانی که سیستم های فیزیکی رنج برده و استرس فیزیولوژیکی کمتری دارند (کوهن، همکاران ۱۹۸۵؛ به نقل از کلینیک؛ ترجمه، گودرزی، ۱۳۸۲) سیستم

های حمایتی می توانند جهت مقابله با استرس کمک های زیر را ارائه دهند. (کوهن , هورمن ۱۹۸۳ :
لازاروس , ۱۹۸۱).

- حمایت عاطفی^۱؛ نیاز افراد را به مورد توجه و ارزشمند بودن , حفظ و افزایش عزت نفس تأمین می کند.
- حمایت ملموس^۲؛ نیاز افراد را در زندگی جاری و عادی هنگامی که به تنهایی نمی توانند مشکلی را برطرف کنند تأمین می کند (مانند : وام , پیدا کردن شغل و ...)
- حمایت اطلاعاتی^۳؛ نیاز افراد را به کسب اطلاعات , راهنمایی و تحلیل مسائل تأمین می کند.
- حمایت تعلق؛ نیاز افراد را به حس تعلق , هماهنگی و مشارکت با دیگر افراد تأمین می کند. منابع حمایتی نیازهای رشد و پیوند^۴ را تأمین می کند هم چنین موجب افزایش احساس ارزشمندی^۵ و رضایت از زندگی می شود بطوریکه پژوهش های متعددی بر خورداری از یک سیستم حمایتی موثر را هنگام مواجه با استرس عامل مهمی در مقابله با مشکلات روانی و جسمانی می دانند (ساترلند و کوپر , ۱۹۹۰ ؛ شریدان و رادماچر , ۱۹۹۲ , لیپا , ۱۰۹۹۴).

¹emotional support

² tangible support

³ belonging support

⁴ attachment

⁵ self - worth

اجرای مراحل فوق در یک مثال آورده شده است .

<p>*ماری یک زن متاهل و ۳۲ ساله بود و دو بچه داشت. علت مراجعه او ، افسردگی در طی ۵ ماه گذشته بود</p> <p>شرح</p> <p>حال :</p> <p>ماری</p> <p>شروع افسردگی مدت کوتاهی پس از اخراج او از کار بود. او که مدیر مغازه موکت فروشی بود ، به علت مازاد احتیاج بودن ، اخراج شد. او مخصوصاً در مورد دوستانی که در محیط کار پیدا کرده بود احساس دلتنگی می کردو به تدریج ، فعالیت‌های شوق انگیز قبلی ، مانند باغبانی را کنار گذاشته بود. فکر نمی کرد که شوهرش احساس او را درک می کند.</p> <p>دخالت های مادر و از آن جمله اصرار او که ماری هر روز به او تلفن بکند مساله اش را بدتر کرد. فهرست مسائل ماری در زیر آمده است.</p>	
<p>* ۱- بی کاری : شش ماه پیش ، به علت مازاد بر احتیاج بودن ، کاری را از دست داد.</p> <p>فهرست مسائل</p> <p>۱- احساس ارزشمندی پایین - ثانوی نسبت به مساله اول</p> <p>۲- از دست دادن روابط اجتماعی - ثانوی نسبت به مساله اول</p> <p>۳- افسردگی : در طی روزهای هفته ، بدتر می شود - ثانوی نسبت به مسائل ۱ ، ۲ ، ۳ و ۷</p> <p>۴- از دست دادن علاقه به سرگرمیهای معمولی ، مخصوصا باغبانی - ثانوی نسبت به مساله ۴</p> <p>۵- دخالت های مادر : تلفن های روزانه ، دوبار ملاقات در هفته ، انتقاد های زیاد درباره سبک زندگی ماری</p> <p>۶- اشکال در ایجاد ارتباط با همسر : همسر ، از بحث درباره هر مساله ماری ، طفره می رود.</p>	

<p>ماری در مورد راه حل های ممکن درباره مساله مزاحمت مادر , فهرست زیر را تشکیل داد :</p> <p>۱- از او بخواهد که بیش از این به او سر نزنند, و یا به او تلفن نکند;</p> <p>۲- از او بخواهد که کمتر بیاید و کمتر تلفن بزند;</p> <p>۳- محل زندگی را ترک کند;</p> <p>۴- شماره تلفنش را تغییر دهد و نامش را به دفترچه راهنمای تلفن ندهد;</p> <p>۵- مساله را با مادر خود , در میان بگذارد;</p> <p>۶- کاری نکند; و وضع موجود را بپذیرد.</p> <p>(پس از بررسی جزئیات مزایا و معایب هر یک از راه حل ها , ماری تصمیم گرفت , راه حل پنجم را بپذیرد - این راه حل که قبلا از نظر او ناممکن می نمود برای گام اول مناسب تر بود.)</p>	<p>ارائه راه حل های ممکن برای مساله</p>								
<p>* فهرست ماری درباره مزایا و معایب ترک شوهر به شرح زیر است :</p>	<p>بررسی مزایا و معایب راه حل</p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="181 1209 791 1276">معایب</th> <th data-bbox="791 1209 1241 1276">مزایا</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="181 1276 791 1411"> <ul style="list-style-type: none"> • تنهایی احتمالی ؛ - فروپاشی خانواده • اشکال در تأمین مالی ؛ - وابستگی بیشتر به مادر • بچه ها دلشان برای پدر - از دست دادن رابطه جنسی </td> <td data-bbox="791 1276 1241 1411"> <ul style="list-style-type: none"> • ناراحتی هر روز او کمتر می شود. • در صورتی که زیاد تنش نداشته باشد, رابطه اش با بچه ها بهتر می شود; </td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1411 791 1590"> <ul style="list-style-type: none"> • ارتباط با خویشاوندان همسر قطع خواهد شد; </td> <td data-bbox="791 1411 1241 1590"> <ul style="list-style-type: none"> • آزادی بیشتری برای ایجاد یک خط مشی جدید; </td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1590 791 1830"> <ul style="list-style-type: none"> • سرافکندگی از ازدواج ناموفق </td> <td data-bbox="791 1590 1241 1830"> <ul style="list-style-type: none"> • تماس بیشتر با دوستان ؛ • امکان ایجاد رابطه جدید اطمینان بخش </td> </tr> </tbody> </table>	معایب	مزایا	<ul style="list-style-type: none"> • تنهایی احتمالی ؛ - فروپاشی خانواده • اشکال در تأمین مالی ؛ - وابستگی بیشتر به مادر • بچه ها دلشان برای پدر - از دست دادن رابطه جنسی 	<ul style="list-style-type: none"> • ناراحتی هر روز او کمتر می شود. • در صورتی که زیاد تنش نداشته باشد, رابطه اش با بچه ها بهتر می شود; 	<ul style="list-style-type: none"> • ارتباط با خویشاوندان همسر قطع خواهد شد; 	<ul style="list-style-type: none"> • آزادی بیشتری برای ایجاد یک خط مشی جدید; 	<ul style="list-style-type: none"> • سرافکندگی از ازدواج ناموفق 	<ul style="list-style-type: none"> • تماس بیشتر با دوستان ؛ • امکان ایجاد رابطه جدید اطمینان بخش 	
معایب	مزایا								
<ul style="list-style-type: none"> • تنهایی احتمالی ؛ - فروپاشی خانواده • اشکال در تأمین مالی ؛ - وابستگی بیشتر به مادر • بچه ها دلشان برای پدر - از دست دادن رابطه جنسی 	<ul style="list-style-type: none"> • ناراحتی هر روز او کمتر می شود. • در صورتی که زیاد تنش نداشته باشد, رابطه اش با بچه ها بهتر می شود; 								
<ul style="list-style-type: none"> • ارتباط با خویشاوندان همسر قطع خواهد شد; 	<ul style="list-style-type: none"> • آزادی بیشتری برای ایجاد یک خط مشی جدید; 								
<ul style="list-style-type: none"> • سرافکندگی از ازدواج ناموفق 	<ul style="list-style-type: none"> • تماس بیشتر با دوستان ؛ • امکان ایجاد رابطه جدید اطمینان بخش 								

<p>* فهرست مسائل ماری نشان می داد که او به تدریج تماس های اجتماعی و علائق خود را از دست می داد در نتیجه مناسب به نظر می رسید که مساله گشایی ابتدا متوجه تجدید این فعالیتها شود ؛ چون این امر می توانست احساس بهتری در او ایجاد کند و او راحت تر بتواند بامساله پیدا کردن کار مقابله بکند.</p>	<p>ازکدام مسأله شروع کنم</p>
<p>* سمت گیری کلی ماری در ارتباط با مساله - از دست دادن روابط اجتماعی (مورد سوم) در دو دسته جای می گیرند (۱) برآوری ارتباط با دوستان قبلی ؛ و (۲) اقدام برای ایجاد روابط غیر رسمی جدید . و بیان آن به صورت عملی عبارت است از :</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک ارتباط رودررو ، در هفته با هر یک از دوستان خود. • ایجاد یک ارتباط تلفنی در هر هفته با هریک از دوستان خود. • قبول یک مسئولیت « اجتماعی » منظم در هر هفته ؛ مانند یوگا ، کلاس نقاشی . • کمک به کارهای مربوط به مدرسه بچه ها ، یک بعد از ظهر در هفته. 	<p>مشخص کردن سمت گیری کلی برنامه ریزی</p>
<p>* ماری گام نخست برنامه ریزی جزئی خود را در مورد « قبول یک مسئولیت منظم اجتماعی در هر هفته » چنین می نویسد ؛ برای کسب اطلاعات درباره کلاس های تفریحی موجود در محل به چند مرکز هنری ، ورزشی مراجعه کنم.</p>	<p>برنامه ریزی جزئی و تعیین گام های اولیه</p>
<p>* روزی ماری به دوستش تلفن زد ولی دوست او برخورد خوشایندی با او نداشت . از این رو او دیگر نمی توانست تلفن دیگری بزند . برآستی دلیل این کار دوست او چه بوده است ؟ آیا علاقه ای به هم صحبتی با ماری نداشته یا دلیل دیگری داشته است ؟ ماری برای واری اعتبار باور خود تصمیم گرفت مجدداً به دوستش تلفن بزند.</p>	<p>موفقیت نسبی</p>
<p>* ماری تصمیم گرفته بود که با یکی از معلم های فرزندان خود ، در مورد کمک به کارهای مدرسه در حد یک بعد از ظهر هر هفته ، صحبتی بکند. اما چون به مدت چند هفته به مدرسه سری نزنده بود، در این باره ، احساس خجالت می کرد. بنابراین تغییر در برنامه ریزی اولیه داده شد : به این معنا که ماری به مدت یک هفته با بچه های خود به مدرسه برود و به طور غیر رسمی با معلم ها صحبت کند.</p>	<p>عدم موفقیت</p>

پیشینه مطالعاتی

پژوهشهای انجام شده در داخل کشور:

شریفی در یک مطالعه بر روی نوجوانان شاهد، آموزش مهارتهای حل مسأله را بر کاهش میزان علائم افسردگی مورد بررسی قرار داد، که نتیجه این تحقیق نشان داد که آموزش مهارت حل مسأله می تواند در بهبود و کاهش میزان افسردگی نوجوانان و علائم اختصاصی افسردگی مؤثر باشد و موجب افزایش کفایت شخصی آنها و خود کارآمدی در روابط بین فردی با همسالانش گردد و علاوه بر این بر انتظارات خودکارآمدی آنها نیز تغییرات مثبتی ایجاد نماید (شریفی، ۱۳۷۲).

در پژوهش دیگری که در دانشگاه علامه طباطبائی صورت گرفته است بیانگر اثر بخشی آموزش مهارت حل مسأله بر مهارتهای اجتماعی، کفایت شخصی، مفهوم خود تحصیلی، عزت نفس و عملکرد تحصیلی می باشد. در این پژوهش ۳۰ نفر از نوجوانان ۱۱-۱۳ ساله فاقد سرپرست که در مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی استان تهران زندگی می کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنیها در سه گروه ۱۰ نفری به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی تحت آموزش مهارت حل مسأله قرار گرفتند و گروه شبه آزمایشی بدون آموزش خاصی صرفاً با ایجاد محیط آموزشی مشابه گروه آزمایشی به بحث در مسائل فردی و ارائه مقاله بدون جهت گیری آموزشی خاص و گروه کنترل بدون هیچگونه حضور در کلاس یا آموزشی بودند نتایج حاصله به وسیله تحلیل واریانس یک طرفه مورد ارزیابی قرار گرفت که نشان دهنده اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر افزایش مهارت های اجتماعی و ارتقاء مفهوم خود تحصیلی بود. به طور کلی در این تحقیق تأثیر آموزش مهارتهای حل مسأله بر افزایش شایستگی های اجتماعی و روابط بین فردی

نوجوانان فاقد سرپرست در مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی را روشن می سازد(احمدی زاده ، ۱۳۷۴).

در تحقیقی بررسی شیوه های رویارویی با تنیدگی روانی (استرس) و ارتباط آن با سلامت روان در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران که در دانشگاه تربیت مدرس صورت گرفت ، ۱۳۶۸ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۶۰۷ نفر دختر و ۶۶۱ نفر پسر بودند. کلیه آزمودنیها با پرسشنامه روشهای رویارویی مقیاس رویدادهای زندگی نوجوانان و پرسشنامه سلامت عمومی آزمون شدند. نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون خی دو مقایسه شد یافته های مطالعه نشان داد که روش متمرکز بر مساله بیشتر از روش متمرکز هیجان با سلامت روان ارتباط دارد. همچنین مشاهده گردید که کارآمدی فرد در حل مساله با داشتن ویژگی هایی هم چون خود اثر بخشی ، حرمت خود و خود پنداره بالا و نوروز گرایی پائین در استفاده از روش متمرکز بر حل مساله ارتباط دارد (کافی ، ۱۳۷۵).

پاپیری در یک مطالعه اثربخشی روانی آموزش مهارتهای گروهی حل مسأله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در ایلام را مورد بررسی قرار داد. در این پژوهش ، ۲۶ نفر از دانش آموزان دختر و پسر که سابقه اقدام به خودکشی داشتند به طور تصادفی انتخاب شدند و به دوگروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. بعد از ۱۲ جلسه آموزش حل مسأله به گروه آزمایش این نتایج حاصل شد که آموزش مهارتهای حل مسأله می تواند در کاهش میزان افسردگی ، کاهش میزان ناامیدی و بهبودی مهارتهای مقابله ای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مؤثر باشد (پاپیری، ۱۳۷۶).

در تحقیقی که توسط دانشگاه علامه طباطبائی انجام گرفت ، اثر بخشی درمان گروهی آموزش مهارت های حل مسأله را بر کاهش میل خودکشی ، ناامیدی ، سبک اسنادی و خودپنداره نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت . در این تحقیق پانزده دختر که به علت اقدام به خودکشی به بیمارستان لقمان تهران ارجاع داده شده بودند، شرکت نمودند. بعد از اجرای ۱۰ جلسه آموزش مهارتهای حل مسأله بر روی گروه آزمایش (۷ نفر) و گروه کنترل (۸ نفر) که فقط در انتظار درمان بودند، مجدداً آزمودنیها مورد اندازه گیری قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد که برنامه درمانی توانسته است میل به خودکشی ، ناامیدی ، سبک اسناد منفی اقدام کننده به خودکشی را به طور معناداری کاهش دهد اما بر خودپنداره آنان تأثیر معنی داری نداشت (شفیع آبادی؛شمس ، ۱۳۷۹).

در تحقیقی که توسط دانشگاه تربیت مدرس انجام گرفت عوامل تنیدگی زا و رفتارهای مقابله ای در نوجوانان بی سرپرست مراکز شبانه روزی بهزیستی نوجوانان دارای والدین شهر تهران مقایسه گردید ، به منظور بررسی فرضیه ها از نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله ای که در مراکز شبانه روزی زندگی می کردند، همچنین نوجوانان دارای والدین استفاده شد. تعداد نوجوانان مراکز شبانه روزی ۵۰ نفر بودند. پرسشنامه روشهای رویارویی و مقیاس رویدادهای زندگی اجرا گردید. نتایج با دو آزمون T استودنت و مجذور خی مقایسه شدند. مطابق بررسی های کلیور (۱۹۹۸)، اوتو (۱۹۹۸) وجود منابع شبکه حمایت خانوادگی و تعامل و روابط مثبت درون آن موجب ، بکارگیری رویارویی متمرکز بر مسئله می شود و پیامد آن حرمت خود و خودپنداشت بالا و رشد شناختی می باشد. همچنین وجود روابط نامتعادل و منفی در خانواده و فقدان والدین موجب بکارگیری شیوه های

رویارویی سازش نایافته و متمرکز بر هیجان شده و منجر به حرمت خود پایین و ضعف رشد شناختی می گردد (رسول زاده , ۱۳۷۹).

در تحقیق دیگری که در دانشگاه فردوسی مشهد انجام گرفته است روش حل مسأله افراد افسرده و مقایسه آن را با افراد عادی مورد بررسی قرار گرفت . در این مطالعه تعداد ۸۸ نفر (۲۱ مرد و ۶۷ زن) شرکت داشتند که شامل دو گروه بیماران افسرده (۴۵ نفر و افراد عادی ۴۳ نفر) بودند. با استفاده از وسایل سنجش یعنی آزمون افسردگی بک و آزمون شیوه های حل مسأله مشخص شد که بین افراد افسرده و عادی تفاوت های معناداری در شیوه حل مسأله وجود دارد و افراد افسرده در موقعیتهای مساله زا بیشتر از شیوه های منفی حل مسأله استفاده می کنند (صاحبی , ۱۳۸۰).

در پژوهش دیگری که به منظور بررسی اثربخشی آموزش روش حل مسأله در کاهش علائم کمبود توجه بیش فعالی در دانشگاه اصفهان انجام شده مشاهده شد که پس از اجرای آموزش حل مسأله تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و کنترل در نمرات شدت علائم بیش فعالی و اختلال کمبود توجه بر اساس ارزیابی والدین به وجود آمده است (پاشا سلطانی , ۱۳۸۰).

در پژوهشی که در دانشگاه تربیت مدرس انجام شد، تأثیر آموزش تنش زدائی تدریجی و مهارت های حل مسأله بر میزان تنیدگی و شیوه های مواجهه دختران فراری مورد بررسی قرار گرفت. به منظور آزمون فرضیه های تحقیق از میان دختران فراری ۲۱-۱۲ ساله ساکن در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی شهر مشهد ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. پس از همتا سازی و اجرای آموزش های تنش زدائی و حل مساله برای گروه آزمایش ؛ آزمون آماری T برای گروه های مستقل و وابسته به کار گرفته شد نتایج آزمون نشان داد که فرضیه اول مبنی بر اینکه آموزش تنش زدائی تدریجی موجب کاهش میزان تنیدگی در دختران فراری می شود در

سطح (۰/۰۱) P و فرضیه دوم مبنی بر آموزش مهارتهای حل مسأله موجب تغییر در شیوه های مقابله ای دختران فراری در مواجهه با وقایع تنیدگی زا می گردد در سطح ۰/۰۵ تائید گردید (معظمی گودرزی , ۱۳۸۰).

در تحقیقی اثر بخشی آموزش مهارتهای حل مسأله در کاهش افسردگی دانش آموزان ۱۵-۱۸ ساله شهرستان زاهدان مورد بررسی قرارگرفت. از بین ۱۴۰۰ دانش آموز، ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و مقیاس افسردگی بک روی آنها اجرا گردید. نتایج آزمون T استودنت نشان داد، گروه آزمایش که از آموزش مهارتهای حل مسأله سود جسته بودند در مقایسه با گروه گواه، کاهش در افسردگی ($P < ۲۰/۰۰۱$) و کارائی در مهارتهای مقابله ای ($P < ۲۰/۰۰۱$) را بدست آوردند (کهرزائی , ۱۳۸۰).

در تحقیقی که در دانشگاه الزهراء صورت گرفت مشاوره گروهی با روش عقلانی - عاطفی - رفتاری در تقویت اعتماد به نفس دانشجویان دانشگاه الزهراء بررسی شد. نتایج تحقیق نشان داد مشاوره گروهی با روش مذکور در تقویت اعتماد به نفس مؤثر است و همچنین در کاهش باورهای غیر منطقی مؤثر می باشد ، هم چنین بین اعتماد بنفس و باورهای غیر منطقی رابطه معکوس وجود دارد (نیکمنش , ۱۳۸۰).

در بررسی رابطه بین شیوه حل تعارض و سلامت روانشناختی که در میان دانشجویان دانشگاه تهران انجام گرفت ، ۴۲۰ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه های تهران با جنس و رشته های مختلف به صورت تصادفی طبقه ای انتخاب و آزمون های شیوه حل مسأله و شیوه مقابله با تعارض رهم بر روی آنها اجرا شد. نتیجه این تحقیق حاکی است بین شیوه حل مسأله ، شیوه مقابله

با تعارض و سلامت روانشناختی رابطه معناداری وجود دارد. دانشجویانی که از شیوه حل مسأله استفاده می کنند از میزان سلامت روانشناختی بالاتری برخوردارند (بابا پورخیرالدین، ۱۳۸۱).

در تحقیقی که توسط دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبائی انجام یافت تاثیر آموزش شیوه های مقابله ای بر کاهش افسردگی، اضطراب، آمادگی ابتلاء به عرضه کرونری قلبی کارمندان مرکز تحقیقات و تکنولوژی هسته ای ایران بررسی گردید و ۶۳ نفر از کارمندان مرکز به صورت خوشه ای و تصادفی انتخاب و به وسیله آزمون های اضطراب و افسردگی بک واسترس شخصیت گروسارت - ماتیسک ارزیابی شدند. سپس برای تعیین افراد دوگروه آزمایش و کنترل از شیوه تصادفی با فواصل منظم استفاده گردید. برای گروه آزمایش، آموزش شیوه های مقابله ای انجام شد میزان افسردگی گروه آموزش دیده (آزمایش) نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته بود، ولی در مورد اضطراب و ویژگی های آمادگی ابتلاء به بیماری کرونر قلب تفاوت معنی دار مشاهده نشد. (اخوت، کاویانی، شفیعی آبادی، ۱۳۸۱).

در تحقیقی در دانشگاه شیراز اثر درمانی آموزش حل مسأله اجتماعی و ظرفیت ابراز وجود بر سطح توانائی مقابله با مشکلات در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری بررسی شد. مطابق DSM-IV از نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری یک گروه ۷۵ نفری به طور تصادفی انتخاب شده و در گروه های آزمایشی آموزش حل مسأله (n=۲۵) و گواه (n=۲۵) جایگزین شدند. آزمودنیها همزمان در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون به سیاهه مهارت های مقابله ای پاسخ دادند. نتایج حاکی است مداخله مبتنی بر حل مسأله در مقایسه با آموزش ظرفیت ابراز وجود سبب

افزایش معنادار توانائی مقابله با مشکلات نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار
هنجاری می گردد. (محمدی، ۱۳۸۲).

در تحقیقی که در دانشگاه علامه صورت گرفت تأثیر آموزش مهارت حل مسأله به روش مشاوره
گروهی بر کاهش اضطراب دانشجویان بررسی گردید گروه آزمایش ($n=25$) و گواه ($n=25$)
نتایج حاکی است که با احتمال ۹۹٪ می توان گفت آموزش حل مسأله به شیوه گروهی موجب
کاهش اضطراب گروه آزمایش در پس آزمون شده است بنابراین می تواند اضطراب را کاهش دهد
(جعفری، ۱۳۸۲).

پژوهشهای انجام شده در خارج از کشور:

در بررسی پیشینه مطالعات درمانی انجام شده در خارج از کشور، در زمینه تأثیرات پیشگیرانه و
درمانی حل مسأله ابتدا جهودا (۱۹۵۸) بر ارتباط نظری بین حل مسأله بین فردی و سازگاری
عاطفی و اجتماعی تأکید کرد ، او متذکر شد اشخاصی می توانند مسأله ای را بشناسند، که ان را
بپذیرند، بر راه حل های آن تأمل کنند، و بر اساس آن به عمل پردازند، در نتیجه کمتر احتمال دارد
از ناکامی ناشی از نیازهای حل نشده و تعارضات بین فردی رنج بکشد. معهذنا علی رغم استدلال
قانع کننده جهودا، تحقیقات تجربی تا این اواخر اغلب به طور انحصاری کاربرد حل مسأله را به
تکالیف غیر اجتماعی نظیر معماها، مازها و جملات درهم ریخته اختصاص می داد(پلی جرینی ،
۱۹۹۴؛ به نقل از احمدی زاده ، (۱۳۷۴).

پارکروایندلر^۱(۱۹۹۰) در مطالعات خود سه نوع راهبرد مقابله ای حل مسأله ، جستجوی حمایت
اجتماعی و اجتناب رامطرح ساختند، به نظر ایشان ، راهبردهای مقابله ای نقش مهمی را در سلامت

¹ Parcker & Indler

روانی و جسمانی فرد در طول موقعیت های استرس زای زندگی اش ایفاء می کند (اکبرزاده , ۱۳۷۶).

لونر و کلوم^۱ (۱۹۹۰) در مطالعه ای روش درمان حمایتی را با آموزش حل مسأله در درمان افسردگی مقایسه کردند. به این نتیجه رسیدند که درمان به شیوه حل مسأله نسبت به درمان حمایتی برای کاهش افسردگی و ناامیدی تأثیرات بیشتری داشته است , بنابراین با آموزش مهارت حل مسأله می توان به افراد کمک کرد تا در برخورد با شرایط استرس زا و مشکلات به طور سازگارانه تری عمل نمایند. تحقیق الیوت , هر یک و پتی (۱۹۹۲) نیز نشان می دهد که دانش آموزانی که مهارت های حل مسأله را به طور مؤثرتری به کار می گیرند افسردگی کمتری را از خود نشان می دهند (پاپیری , ۱۳۷۶).

هاروی^۲ و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانان از رهگذر آموزش مهارت حل مسأله اجتماعی می توانند تعارض هائی که با والدین , اولیای مدرسه و همسالان دارند , حل نمایند. این اثر درمانی به خوبی می تواند , نقش علی توانش اجتماعی , یعنی , تعامل های اجتماعی مبتنی بر حل مسأله و ظرفیت ابراز وجود را در رفتارهای مهار نیافته و برونریزی شده که همواره با قوانین و هنجارهای اجتماعی در تعارض هستند, برجسته سازد (هاروی و همکاران , ۲۰۰۱).

شور و اسپیواک (۱۹۸۲) در مطالعه ای بر روی کودکان سیاهپوست طبقات کم درآمد, در یک برنامه آموزشی مهارت های شناختی حل مسأله اجتماعی را به مدت ۲ سال در مورد کودکان ۶ تا ۳ ساله در دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا نمودند. در این مطالعه به گروه آزمایشی سه نوع

¹ Looner & Clome

² Harvey

مهارت یعنی ، یافتن راه حل های مختلف ، پیش بینی نتایج ، اعمال و درک روابط علی آموزش داده شد و معلمان آنها تشویق شدند که در رویارویی بچه ها با مشکلات واقعی در خارج از محیط کلاس از مهارتهایی که در حل مسأله دارند، استفاده کنند . کودکان در آغاز و پایان هر سال از لحاظ مهارتهای شناختی حل مسأله آزمایش شدند، در نهایت کودکانی که آموزش دیده بودند در مقایسه با آنهایی که آموزش ندیده بودند به طور معنی داری در هر یک سه زمینه مهارت بیشتری داشتند (کهرزایی ، ۱۳۸۰) .

بورج و همکاران (۱۹۸۱) در مطالعات خود یک مداخله از نوع حل مسأله اجتماعی ۱۳ جلسه ای را با پسران ۱۲ تا ۹ ساله پرخاشگر در مدرسه ابتدایی به کار بردند و علی رغم محدودیت پیشرفت مهارتهای حل مسأله اجتماعی ، پسرانی که حل مسأله اجتماعی را به عنوان آموزش برای مقابله با پرخاشگری به کار بردند ، رفتارهای پرخاشگرانه آنها بر اساس ارزیابی مشاهده کنندگان کاهش یافت و در خانه نیز پرخاشگری کمتری نشان دادند (وسبرگ و گتن ، ۱۹۸۴) .

هانس (۱۹۸۵) در مطالعه ای به منظور بررسی اثربخشی رویکرد حل مسأله سعی نمود به بیماران اسکیزوفرنی کمک کند تا بتوانند مشکلاتشان را خودشان حل کنند. اساس رویکرد حل مساله در این تحقیق استفاده از سناریوهایی بود که بیماران اسکیزوفرنی با آنها مشکل خاصی داشتند . برای مثال : صحبت کردن با جنس مخالف ، تا موقعیت را تجزیه و تحلیل کنند و به یک راه حل عملی برسند. هانس این رویکرد را در مطالعه اش با هفت تن از بیماران به کار گرفت. روان درمانی به این صورت بود که از آنها خواست تا پنج مرحله حل مساله را به کار گیرند. بعد از اجرای کامل

رویگرد، هانس پی برد که این رویکرد تاثیر مثبتی دارد (هادوک و اسلاید^۱، ۱۹۹۶ : نقل از پاپیری ، ۱۳۷۶).

در مطالعه ای مک لیوی^۲، دالی و مورای^۳ (۱۹۹۴) اثربخشی حل مساله در کاهش افکار مربوط به خودکشی را انجام دادند. این مطالعه بر روی ۳۹ بیمار مسموم صورت گرفت که به قصد خودکشی خودشان را مسموم کرده بودند. یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت حل مساله بین فردی در کاهش سطوح درماندگی، افزایش خودادراکی، بهبود مهارتهای حل مساله اجتماعی مؤثر است و همچنین توانایی درک بیماران را برای مقابله کردن با مشکلات مستمر زندگی بهبود می بخشد (به نقل از: داتیلو و فریمن^۴، ۲۰۰۰).

تحقیق دیگری درباره تأثیر مداخله شناختی - رفتاری حل مسأله در درمان اضطراب و افسردگی انجام شده است. در این تحقیق تعداد ۹۲ مادر به عنوان نمونه انتخاب شدند و این مادران همگی دارای بیماری سرطان بودند که مرتب در معرض اضطراب و افسردگی قرار داشتند. میانگین سنی این مادران ۳۷/۵ سال بوده و به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. بعد از جایگزین نمودن نمونه ها در گروه های آزمایش و کنترل، به مدت ۸ هفته به گروه آزمایش مهارت حل مسأله را آموزش دادند و به گروه کنترل هیچ برنامه ای آموزش ندادند. تجزیه و تحلیل یافته های این پژوهش نشان داد که گروه آزمایش به طور چشم گیری از نظر عاطفی و اضطراب و افسردگی

¹ Haduck & Slad

² Mckavy

³ Daly & Murray

⁴ Dattilio & Freeman

تغییر کرده است ، بنابراین چنین تغییری نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش اضطراب و افسردگی است (شالر، وارنی ، فایر کلاف و باتر^۱ ، ۲۰۰۲ : به نقل از جعفری ۱۳۸۲) .

در پژوهشی برای تشریح رابطه بین تعارض زناشویی و افسردگی ، شناخت های آنها را مورد بررسی قرار دادند. برای این منظور مهارتهای حل مسأله ۶۳ زوج دارای اختلاف زناشویی را مورد بررسی قرار دادند. ابتدا پرسشنامه خود سنجی را اجرا کردند این پرسشنامه خلق و خوی (عواطف) زوجین را نشان می داد . بعد مهارت حل مسأله را آموزش دادند. بعد از اتمام اجرای آموزش مهارت حل مسأله مجدداً همان پرسشنامه خودسنجی را اجرا کردند. اختلاف پیش آزمون و پس آزمون در دوگروه کنترل و آزمایش نشان می دهد که اجرای مهارت حل مسأله تأثیر چشم گیری در تعارضات زناشویی داشته است (سیبرز، کوهن ، فریزکو، ییلاج^۲ ، ۲۰۰۲) .

ویلیام و باروت و جیمز^۳ (۲۰۰۳) ، تأثیر درمان حل مسأله را برای مراقبت اولیه بیماران مبتلا به افسرده خویی یا افسردگی مینور را ارزیابی کردند. این شیوه را (PST-PC) نامیدند و آن را نسبت به درمانهای دائمی با مدیریت کلینیکی برای بیماران افسرده مینور مفیدتر یافتند.

اختلالات شخصیتی جزء سخت ترین اختلالات روانی هستند . مراجعانی با چنین اختلالات شخصیتی برای اینکه در جامعه با رفتاری سازگارانه تر تطبیق یابند لازم است در گروه های حل مسأله و یکپارچگی اجتماعی شرکت کنند. طبق تحقیقات انجام شده ، این برنامه گروهی (حل مسأله) پویایی های مشکل دار بین شخصی را در روابط مراجعان تقلیل می دهد. هارذلر و دونا

¹ Shaler & Varni & Fair clough & Bater

² Sayers & Kohen

³ Willian & Barrett & James

برنامه ای که تلفیقی از درمان و آموزش حل مسأله اجتماعی است را توصیف و پیشنهاد می کند (هاردلر و دونا^۱، ۲۰۰۳).

تحقیق و بررسی روی برنامه هایی که مهارتهای زندگی را ترویج می دهند مثل مهارت حل مسأله ، گفتگو، مذاکره ، جرأت ورزی و مدیریت استرس ، نشان داده است که این گونه برنامه ها بر افزایش رفتارهای مثبت مانند مقبولیت اجتماعی ، بهبود روابط ، تصمیم گیری مؤثر و حل تعارض و اعتماد به نفس تأثیر مثبتی داشته اند . همچنین تأثیر مثبت اینگونه برنامه ها بر پیشگیری از رفتارهای منفی و خشونت نیز ثابت شده است (مرکز توسعه آموزشی^۲ ، ۲۰۰۰ : نقل از مرادی ۱۳۸۱).

تحقیقات نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در فرایندهای پردازش اطلاعات ، استدلال اجتماعی و حل مسأله اجتماعی ضعف داشته که این به سطح توانایی مقابله با مشکلات و نهایتاً سازش یافتگی فردی و اجتماعی آنها لطمه وارد کرده است کوزارلی (۱۹۹۳) و اسپینوال^۳ (۱۹۹۲) نیز نشان داده اند که خوش بینی ، حرمت خود بالا و عزت نفس با سطح بالای مقابله با مشکلات و تنیدگی ها در ارتباطند می باشند . (کازدین^۴ ، ۲۰۰۰ ؛ تگلوسی^۵ و همکارش ، ۲۰۰۱ ؛ نقل از : محمدی ، ۱۳۸۲ ، ۱۳۸۱).

¹ Hurdler & Donna

² Educayional Development Center

³ Aspinwall

⁴ Kazdin

⁵ Teglasi

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل سوم

روش پژوهش

فصل سوم : روش پژوهش

۳-۱ طرح پژوهش

۳-۲ جامعه آماری

۳-۳ روش نمونه برداری و حجم نمونه

۳-۴ ابزارهای پژوهش

۳-۴-۱ مقیاس سبک حل مساله

۳-۴-۲ پرسشنامه افسردگی بک BDI

۳-۴-۳ خودسنجی افسردگی

۳-۵ روش اجرا

۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل سوم : روش پژوهش

موضوع مطالعه حاضر، بررسی سبک های حل مساله دانشجویان افسرده و بهنجار دانشگاه علوم پزشکی تهران است. در فصل سوم با عنوان روش شناسی به شرح و بررسی ویژگی های جامعه مورد مطالعه، حجم نمونه، شیوه نمونه گیری و ابزارهای اندازه گیری پرداخته می شود. سپس همراه با ارائه اعتبار و روایی ابزارهای به کار رفته در تحقیق (مقیاس سبک حل مساله - پرسشنامه افسردگی بک - آزمون خودسنجی افسردگی) شیوه اجرای پژوهش و روش های آماری جهت تجزیه و تحلیل داده ها توضیح داده می شود.

۳-۱ طرح پژوهش

طرح تحقیق غیر آزمایشی و از نوع پس رویدادی است. تحقیق پس رویدادی یک مطالعه تجربی نظامدار است که در آن پژوهشگر علل احتمالی متغیر وابسته را مورد مطالعه قرار می دهد. چون متغیر وابسته و مستقل هر دو در گذشته رخ داده اند.

۳-۲ جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۸۳-۸۴ است.

۳-۳ روش نمونه برداری و حجم نمونه

روش نمونه برداری به صورت استفاده از آزمودنی ها در دسترس انجام یافت، به این نحو که از میان دانشجویان در دسترس مرکز مشاوره دانشگاه که بنابر طبق تشخیص روانپزشک و روان شناس افسرده

تشخیص داده شده بودند و هنوز نیز تحت درمان قرار داشتند و هم چنین از دانشجویانی که به پرسشنامه خودسنجی افسردگی پاسخ داده بودند (پرسشنامه در خوابگاه ها ، کتابخانه ، محل کارورزی ، سالن نهارخوری و کلاس ها در اختیار دانشجویان قرار داده شده بود) . تعداد ۱۴۸ نفر دختر و ۱۱۴ نفر پسر که در مقیاس خود سنجی میزان غم خود را بالاتر از میانگین مشخص نموده بودند، انتخاب شدند؛ مجدداً با پرسشنامه بک BDI که در اختیار دانشجویان فوق قرار داده شد تعداد ۸۴ نفر که (≥ 18 نمره) را اخذ کرده بودند انتخاب و با مصاحبه تشخیصی که بر طبق DSM-IV با همکاری ۲ نفر روان شناس بالینی انجام یافت تعداد ۳۵ نفر دختر و ۲۴ نفر پسر واجد ملاک های افسردگی تشخیص داده شدند. آزمودنی های گروه بهنجار به صورت غیر تصادفی از میان دانشجویانی انتخاب شدند که در پرسشنامه خود سنجی خود را خوشحال ارزیابی کرده بودند و در آزمون بک (≤ 9 نمره) کسب کرده بودند. گروه بهنجار بر اساس متغیر کنترل سن و جنس همتا سازی فردی شدند. در این پژوهش مجموعاً ۱۱۸ نفر دانشجو ، ۷۰ نفر دختر دانشجو (۳۵ نفر افسرده و ۳۵ نفر بهنجار) و تعداد ۴۸ نفر پسر دانشجو (۲۴ نفر افسرده و ۲۴ نفر بهنجار) در دوگروه مطالعه (افسرده) و گروه مقایسه (بهنجار) انتخاب گردیدند.

۳-۴ ابزارهای پژوهش

۳-۴-۱ پرسشنامه سبک حل مسأله : این مقیاس توسط کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) در طی دو پژوهش ساخته شد. در مطالعه اول جمعاً ۴۰۸ نفر (۱۵۵ مرد و ۲۵۳ زن) با دامنه سنی ۶۵-۱۷ سال با سابقه زندگی متفاوت انتخاب شده بودند. ابزار بکار رفته شامل ۸۴ ماده و از ادغام پرسشنامه های ذیل ساخته شده بود:

- (a) پرسشنامه حل مسأله شخصی ، ۳۲ ماده از پترسون و هینز (۱۹۸۲)
- (b) پرسشنامه و اکنش های مقابله ، ۱۵ ماده از موز و بیلینگر (۱۹۸۱)
- (c) پرسشنامه سنجش ایده ها ، ۳۷ ماده که توسط نزو (۱۹۸۷) و نزوات ، ال (۱۹۸۹) ساخته شد.

این مواد در پرسشنامه ای (صحیح / غلط) که حتماً باید یکی انتخاب می شد قرار گرفت . در پرسشنامه هم چنین اطلاعات بیوگرافیکی از جمله سن ، جنس ، شغل ، وضعیت تأهل و موقعیت والدین نیز اضافه گردیده بود. علاوه بر این مواد چهار زیر مقیاس (افسردگی ، اضطراب ، خصومت و عواطف مثبت) از چک لیست صفات عاطفی که مورد تجدید نظر قرار گرفته است با استفاده از (MAACL-۲) زوترمان ، لابین (۱۹۸۳) مورد سنجش قرار گرفته شد.

در مطالعه دوم ۶۱۱ نفر (۲۹۹ مرد و ۳۱۲ زن) شرکت داده شدند. آزمودنی ها بین ۱۵ تا ۵۷ سال سن و با سوابق شغلی متفاوتی در بررسی شرکت داشتند از جمله ۴۸ نفر از آنها به خاطر اختلالات خلقی در بیمارستان های روانی مورد درمان قرار گرفته بودند و ۵۴ نفر از آنها به خاطر اختلالات وابستگی به مواد به گروه های خود یاری پیوسته بودند.

پرسشنامه در مطالعه دوم طبق مقیاس های زیر تنظیم شده بود :

۱. ۳۶ سوال آن از مقیاس حل مسأله در مطالعه اول برداشته شده بود.
۲. مقیاس ناامیدی بک (بک ، ۱۹۸۱)
۳. پرسشنامه سبک اسنادی (تیرسون ۱۹۸۲)
۴. پرسشنامه انگیزه پیشرفت کسیدی و لین . (کسیدی و لین ۱۹۸۹).
۵. مقیاس اضطراب اجتماعی که برای تحقیق مورد تجدید نظر قرار گرفته شد.
۶. مقیاس منبع کنترل رفتار (کاریج ، فرانکلین و اندرو ۱۹۸۴).
۷. مقیاس حمایت اجتماعی
۸. ماده هایی که نگرش به خوش اندامی ، ورزش و اوقات فراغت را مشخص می کرد.

پرسشنامه های تکمیل شده نمره گذاری و توسط برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل مؤلفه های اصلی که با استفاده از تحلیل عامل چرخشی و یک ساختار ساده انجام گرفت و ۶ عامل با توجه به ضریب پایایی بالا تعیین گردید. این مطالعه عواملی را که در مطالعه قبلی وجود داشت را تایید کرد. این بار عامل اول کاملاً و واضح درماندگی را بعنوان یک درماندگی عمومی نسبت به موقعیت مشکل منعکس ساخت. نتایج حاصل در مطالعه دوم به ساختار ساده ای تبدیل شد. مقیاس حاصل شده دارای ۶ عامل است که هر یک از عوامل در برگیرنده ۴ آیت می باشد که مجموعاً ۲۴ سوال را شامل می گردد.

عامل ۱: درماندگی (در مطالعه اول بعنوان تشخیص موقعیت عنوان شده بود). این عامل بیانگر درماندگی و بی یابوری فرد در موقعیت های استرس زا است .

عامل ۲: کنترل حل مسأله , این عامل منبع کنترل درونی - بیرونی فرد را در موقعیت های مشکل زا منعکس می کند.

عامل ۳: سبک خلاقیت , این عامل نشان دهنده انعطاف پذیری , برنامه ریزی و در نظر گرفتن راه حل های مختلف و خلاقانه است که فرد بر می گزیند و منطبق با مرحله سوم فرایند حل مسأله نزو (۱۹۸۷) است.

عامل ۴: اعتماد بنفس در حل مسأله , این عامل توان تصمیم گیری , خودباوری و توانایی فرد را در حل مسأله نشان می دهد.

عامل ۵: سبک اجتناب , این عامل پنهان کردن مسأله و تمایل فرد را به عدم مواجهه و مقابله با مشکلات را منعکس می کند.

عامل ۶: سبک گرایش، این عامل تفکر و نگرش مثبت به جنبه های مختلف زندگی و تمایل به مقابله با مشکلات را نشان می دهد، (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

جدول ۱-۳- ضریب آلفای کرنباخ^۱ و میانگین همبستگی درونی آیتم ها برای زیر مقیاس های^۲ سبک حل مسأله در دو مطالعه (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

مطالعه دوم		مطالعه اول		عوامل
میانگین همبستگی درونی آیتم ها	آلفا	میانگین همبستگی درونی آیتم ها	آلفا	عوامل
۰/۶۰	۰/۸۶	۰/۳۲	۰/۶۶	درماندگی
۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۳۳	۰/۶۶	کنترل حل مسأله
۰/۳۲	۰/۶۶	۰/۲۵	۰/۵۷	سبک خلاقیت
۰/۳۳	۰/۶۶	۰/۳۹	۰/۷۱	اعتماد به نفس در حل مسأله
۰/۲۱	۰/۵۱	۰/۲۱	۰/۵۲	سبک اجتناب
۰/۲۲	۰/۵۳	۰/۳۲	۰/۶۵	سبک گرایش

ضرایب آلفا بالای ۵۰ هستند که نونالی^۱ (۱۹۶۷) استدلال می کند که برای هدفهای تحقیق کافی است. بعلاوه میانگین همبستگی درونی آیتم ها نشان می دهد که مجموعه های همگنی هستند و می توان استدلال نمود که سنجش های پایایی^۲ هستند (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

¹ Cronbach coefficient alpha

² Subscale

همچنین به نظر می رسد که عوامل به گونه متفاوتی پیش بینی کننده حالت‌های عاطفی و اختلالات بالینی مختلف هستند (جدول ۲-۳). این یافته ها حاکی از این هستند که این مقیاس ۲۴ آیتمی ابزار مفید، پایا و معتبری^۳ برای سنجش شیوه حل مساله است (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

جدول ۲-۳- ضرایب همبستگی پیرسون (تصحیح شده) بین عوامل شیوه حل مساله و ابعاد

عاطفی (که با استفاده از MAACL^۴ مورد سنجش قرار گرفتند).

عوامل	اضطراب	افسردگی	خصومت ^۵	عاطفه مثبت
جهت یابی مشکل * *	۰/۰۵	۰/۱۴ *	۰/۰۱	-۰/۱۵ *
کنترل حل مساله	۰/۱۴ *	۰/۰۹	۰/۱۷ *	-۰/۲۱ *
سبک اجتناب	۰/۰۱	۰/۲۰ *	۰/۰۹	۰/۰۷
سبک خلاقیت	۰/۲۴ *	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۱۵ *
اعتماد به نفس در حل مساله	-۰/۱۶ *	-۰/۰۷	-۰/۰۶	۰/۳۲ *
سبک گرایش	۰/۰۴	-۰/۰۸	-۰/۰۴	۰/۰۳

* معنادار در سطح ۵٪

* * عامل درماندگی در مطالعه اول کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) تا حدی مبهم بود و با عنوان جهت یابی مشکل مشخص شده بود.

1 Nunnaly

2 Reliable measures

3 Valid

4 Multiple Adjective Affect Checklist- revisel

5 hostility

مقیاس شیوه حل مساله برای استفاده در مطالعه حاضر ترجمه شدو ضرایب آلفا و میانگین همبستگی درونی آیتم ها محاسبه گردید که در جدول ۳-۳ نشان داده می شود.

جدول ۳-۳ ضرایب آلفای کرنباخ و میانگین همبستگی درونی آیتم هابرای زیر مقیاس های شیوه حل

مسأله در مطالعه حاضر

عوامل	آلفا	میانگین همبستگی درونی آیتم ها
درماندگی	۰/۷۱	۰/۳۹
کنترل حل مسأله	۰/۶۶	۰/۳۳
سبک خلاقیت	۰/۶۰	۰/۲۸
اعتماد به نفس در حل مساله	۰/۶۶	۰/۳۲
سبک اجتناب	۰/۵۲	۰/۲۱
سبک گرایش	۰/۵۱	۰/۲۱

با توجه به اینکه ضرایب آلفای بالای ۵۰ هستند و با توجه به میانگین همبستگی درونی آیتم ها نتایج با یافته های کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) و یافته های محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) مبنی بر اینکه مقیاس شیوه حل مساله از پایایی لازم برخوردار است همسو هستند.

بطور کلی آزمون کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) برای هر یک از عوامل، ضرایب آلفای کرونباخ^۱ بالایی داشته است و همبستگی درونی عوامل، میزان روایی همگرایی^۲ این ابزار را نشان می دهد. نونالی^۳ (۱۹۶۷) استدلال می کند که برای هدف های تحقیق کافی است.

۲-۳ پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون یک ابزار تشخیص است که در سال ۱۹۶۱ برای سنجش افسردگی تدوین شده است و شامل ۸۴ سؤال می باشد که تحت عنوان ۲۱ جنبه گروه بندی می شود ۱- خلق ۲- بدبینی ۳- احساس شکست ۴- نارضایتی ۵- احساس گناه ۶- احساس تنبیه ۷- نفرت از خود ۸- اتهام به خود ۹- تمایل به خود آزاری ۱۰- گریستن ۱۱- زودرنجی ۱۲- گوشه گیری از اجتماع ۱۳- بی تصمیمی و درماندگی ۱۴- تصویر بدنی ۱۵- تنبلی یا کاهلی در کار ۱۶- اختلال در خواب ۱۷- خستگی پذیری ۱۸- بی اشتهایی ۱۹- کاهش وزن ۲۰- اشتغالات ذهنی در مورد سلامتی بدن ۲۱- کاهش نیروی جسمی در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری ویژه از افسردگی است چهار یا پنج جمله نوشته شده که این حملات به ترتیب از خفیف ترین تا شدیدترین میزان اختلال در جنبه های مربوط را مورد سنجش قرار می دهند. معیارهای مورد استفاده از این آزمون به قرار زیر است.

الف: معیار صفر= نشانه سلامت روانی فرد در هر جنبه

ب: معیار یک = نشانه وجود اختلال خفیف در هر جنبه

ج: معیار دو = نشانه وجود اختلال شدید در هر جنبه

د: معیار سه = نشانه اختلال به شکل مرحله حاد در هر جنبه

میانگین زمان برای پاسخگویی به آزمون بک بین ۱۵ تا ۳۵ دقیقه تعیین شده است. هر فرد آزمون شونده می تواند از هریک از جنبه های ۲۱ گانه، این پرسشنامه تنها یک جمله را که بیشتر با وضع فعلی او مطابقت

¹ Cronbach's coefficient Alpha

² Convergent Validity

³ Nunnaly

دارد برگزیده و با علامتی آن را مشخص کند. جمع نمرات برای هر فرد از صفر تا ۶۳ می تواند باشد. در این پرسشنامه مجموعاً ۸۴ جمله وجود دارد که تحت عنوان جنبه های ۲۱ گانه آزمون افسردگی بک گروه بندی شده اند.

اعتبار و روایی آزمون افسردگی بک: در سال ۱۹۶۱ دکتر بک این آزمون را در مورد بیماران روانی به کار برده و ثابت کرده است که این آزمون قادر به تفکیک بیماران افسرده از سایر بیماران روانی است. گلدمن و متکالف^۱ (۱۹۶۲) آزمون دکتر بک را دارای ارزش کلینیکی دانستند. شوآب^۲ (۱۹۶۵) در آمریکا معتبر بودن آن را به ثبوت رسانید. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱) (کاوسی، ۱۳۷۵). متکالف و گلدمن ۱۹۶۲ مشاهده کردند که حتی در ارزیابی کلینیکی تست بک به وسیله متخصصین روانی و مقایسه آن با تست افسردگی هامیلتن (۱۹۶۰) تست بک نسبت به تست هامیلتن دارای این امتیاز است که به مهارت یا تعصب آزمایش کننده بستگی ندارد. این دو محقق در ارزیابی تست بک روی بیماران انگلیسی گزارش رضایت بخش از کاربرد تست ارائه داده اند. آنها دریافتند که بعضی بیماران فقط در چند دقیقه می توانند تست را تکمیل کنند و فقط تعداد بسیار معدودی به دقت بیشتری احتیاج دارند. (کاوسی، ۱۳۷۵). به نظر آتیکن وزیلی (۱۹۷۰) تست بک بهترین آزمون شناخته شده در تعیین افسردگی است، زیرا شخص می تواند به سهولت هر جمله مطابق با حال خود را از میان جملات مختلف ارائه شده که مبین حالات کلینیکی افسردگی هستند انتخاب نماید. شوآب و همکارانش (۱۹۶۷) دریافتند که نمرات حاصله از تست هامیلتون با تست بک با یکدیگر همبستگی نزدیک دارند. منتهی تست بک نسبت به تست هامیلتون این امتیاز را دارد که بیشتر به اندازه گیری خصائص روانی افسردگی می پردازد تا ناراحتی های جسمی و فیزیولوژیک. می و همکاران^۳ (۱۹۷۹) تأکید کردند که این تست دارای روایی از نظر تشخیص فعل و قابلیت پیش بینی دارد و مهم اینکه در تشخیص فعلی درجات

¹ Goldman & Metcalf 1962

² Schwab 1995

³ May & co - worker

مختلف افسردگی را از خفیف , متوسط و شدید تعیین می نماید . جالب اینکه ضریب همبستگی این تست با تست هامیلتون ۷۵٪ می باشد. آنکن وزیلی (۱۹۷۰) در یک تست ثبات اعتبار و روائی و همانندی و قابلیت انتقال را از عوامل مهم نام برده اند که در این تست افسردگی منعکس می باشد . (اسلامی نسب , ۱۳۷۱) (کاوسی , ۱۳۷۵) . بیماران با حالت افسردگی بسیار خفیف یا غیر افسرده از عدد صفر تا ۱۳ بیماران افسرده خفیف از عدد ۱۴ تا ۲۴ و بیماران افسرده شدید از عدد ۲۵ به بالا می باشند (اسلامی نسب ۱۳۷۱) (کاوسی, ۱۳۷۵) .

معیارهای مورد استفاده برای آزمون بک چندین نوع است :

۱. افرادی که به افسردگی در سطح طبیعی مبتلا هستند جمع نمرات آنها صفر تا پانزده یا صفر تا هفده می باشد.

۲. افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند جمع نمرات آنها پانزده تا سی و یک یا هفده تا بیست و هشت می باشد.

۳. افرادی که به افسردگی در سطح متوسط هستند جمع نمرات آنها بین سی و یک تا چهل و هفت و یا بیست و هشت تا سی و پنج می باشد.

۴. افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند جمع نمرات آنها بین چهل و هفت تا شصت و سه یا سی و پنج تا شصت و سه می باشد.

برای یافتن مرز مورد اطمینان این آزمون را می بایست در هر قومی استاندارد نمود. خود دکتر بک عدد ۱۷ را مرز اعتماد می داند و معتقد است که جمع نمرات افراد مبتلا به افسردگی بالاتر از ۱۷ می باشد. (اسلامی نسب ۱۳۷۱) (کاوسی , ۱۳۷۵) . اما در میان محققین دیگر که این آزمون را مورد مطالعه قرار داده اند برخی نظر بک را تأکید و برخی با اختلاف جزئی از قبیل ۱۳ و حتی ۱۰ را عنوان می کنند . از سوی دیگر

تست افسردگی بک بعنوان یک تست مستقل از فرهنگ خاصی شناخته شده و طبقات مختلف سازنده آن اختصاص به محیط اجتماعی ندارند و حتی مخصوص به هیچ طبقه بندی اجتماعی یا تحصیلی خاصی نیستند. این مسئله به سادگی مبین آن است که وقتی فردی بعنوان افسرده تشخیص داده شد (اینکه او فقیر یا غنی باشد، تحصیل کرده و یا کم سواد باشد) تست به هر صورت عمق او را بررسی خواهد کرد (بدیهی است افراد بی سواد خارج از بررسی با تست بک هستند). طی سال های مختلف مطالعه روی تست بک به اعتبار انعکاس در گزارش های بک و همکاران او (۱۹۶۱) روی جمعیت ایرانی و واهب زاده در مطالعه تطبیقی و بالینی آن روی بیماران و افراد سالم ایرانی و بسیاری محققین دیگر نظیر فلاحی روی دانشجویان پزشکی در تهران اعتبار خود را از همه جهت حفظ کرده است. (کاوسی، ۱۳۷۵). و بالاخره چگینی (۱۳۶۱) به منظور، بررسی همبستگی میان پرسشنامه بک و میزان افسردگی در پرسشنامه «M.M.P.I» ضریب همبستگی در سطح (۵۰ درصد) را به دست آورد. (ازخوش، ۱۳۷۹).

نمره گذاری تست افسردگی بک: برای محاسبه نتایج نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره یا زدن ضربدر مشخص کرده است با یکدیگر جمع می کنیم. چنانچه مراجع یا بیماری در یک یا چند مقوله بیش از یک سؤال را با دایره مشخص کرده باشد فقط یک مورد از آن مقوله و آن هم سؤالی را که بالاترین نمره را دارد به حساب می آوریم. از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره سه است پس حداکثر مقیاس ۶۳ خواهد بود که نماینده عمیق ترین حالت افسردگی است.

جدول هنجار گزینی مقیاس افسردگی بک: چون پرسشنامه افسردگی بک مقیاس رتبه بندی است که در هر طبقه درجات افسردگی را از ۰ تا ۴ - می سنجد و نمایشگر مسیر و یا منحنی قهقهه‌رایی در حالت ها و احساسات فرد است، لذا فقط نیمی از منحنی طبیعی که جنبه منفی دارد، ترسیم می گردد؛ این آزمون چنانچه درجات ۰ تا ۴ را نیز شامل بود (که در حقیقت مبین حالتهای شادی است، ولی کوچکترین ارزشی برای

سنجش افسردگی را ندارد) ، آن وقت انتظار می رفت که منحنی طبیعی به دست آید. مشاهدات کلینیکی بر اساس سنجش آزمون « بک » نشان می دهد که افسردگی در حالت های خفیف و موقت آن ، دارای معنای مرضی و بیمارگون نبوده و بسیاری از تغییرات فیزیولوژیک و فکری می تواند موجب پیدایش آن شود. این حالت ها پس از رفع عامل به وجود آورنده برطرف شده و همان طوری که مشاهده روزانه کلینیکی تأکید می کند بعد از رفع علت ، در ارزیابی مجدد آزمون افسردگی ، شخص افسردگی نشان نمی دهد.

جدول ۳-۴ : جدول افسردگی بلند بک « ۲۱ ماده »

میزان افسردگی	جمع امتیازات
طبیعی	۱-۱۰
کمی افسرده	۱۱-۱۶
نیازمند به مشورت	۱۷-۲۰
به نسبت افسرده	۲۱-۳۰
افسردگی شدید	۳۱-۴۰
افسردگی بیش از حد	بیشتر از ۴۰

(به نقل از ،از خوش ، ۱۳۷۹)

۳-۴-۳ **مقیاس خود سنجی افسردگی**: این آزمون یک مقیاس خود ساخته است. از آزمودنی ها خواسته شد تا در یک مقیاس صد درجه ای میزان شادی یا غمگینی خود را مشخص کنند. به این ترتیب که صفر بیان کننده وضعیت بسیار خوشحال و صد بیان کننده وضعیت بسیار شدید غمگین باشد.

۳-۵ روش اجرای پژوهش

جهت مطالعه دقیق تر، ادبیات و پیشینه مقیاس سبک حل مساله کسیدی و لانگ ترجمه شد و بمنظور بررسی پایایی و روایی آزمون، ابتدا یک نمونه ۵۰ نفره از دانشجویان دختر و پسر به صورت تصادفی انتخاب و چگونگی پاسخ های آنان به هر یک از سوالات عوامل مقیاس سبک حل مساله محاسبه گردید. سپس ضرایب الفاء و میانگین همبستگی درونی آیتم های عوامل سبک حل مساله با استفاده از فرمول آلفای کرانباخ به دست آمد (جدول ۳-۳). در مورد روایی آزمون نظر چند روان شناس انستیتو روان پزشکی و روان سنج دانشگاه تهران اخذ گردید که نظرات همگی حاکی از روایی محتوایی قابل قبول مقیاس مذکور بود. به دلیل حجم بالای نمونه پژوهش، اجرای پرسشنامه به صورت گروهی و در چهار جلسه انجام یافت و از همکاری یک روان شناس بالینی در مصاحبه و انجام آزمون استفاده گردید.

۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. برای توصیف داده های جمع آوری شده جهت آزمون فرضیه ها از برخی اعمال آمار توصیفی مانند: میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در نهایت برای آزمون فرضیه ها از آمار استنباطی استفاده گردید. عملیات آماری توسط نرم افزار SPSS انجام گردیده است.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل آماری

مقدمه

پژوهش حاضر به دلیل اهمیت سبک حل مساله در اختلال افسردگی به بررسی سبک حل مساله دانشجویان افسرده دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است. فصل مورد نظر به تجزیه و تحلیل آماری اختصاص پیدا می کند. محقق با توجه به حجم نمونه که از کل جامعه مورد نظر به دست آورده ، داده های خام حاصل از نمونه مورد نظر را برای توصیف و استنباط مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار داده است . بدین جهت پس از اندازه گیری و سنجش افسردگی و حصول از معادل کردن گروه ها ، انتخاب صحیح افراد در گروه های پژوهش با روش های آماری مناسب مورد بررسی قرار می گیرد. هم چنان که در فصول قبل به آن اشاره شد ، مقیاس حل مساله یک مقیاس چند عاملی است ؛ بدین جهت برای آزمون فرضیه های پژوهش با انجام عملیات آماری (میانگین و انحراف استاندارد) ، نحوه بکارگیری عوامل سبک حل مساله (اجتناب - درماندگی - کنترل - خلاقیت - اعتماد بنفس - گرایش) در بین دانشجویان افسرده (زن و مرد) و بهنجار(زن و مرد) مورد مقایسه قرار می گیرد؛ سپس برای معناداری تفاوت های مشاهده شده با تحلیل واریانس چند عاملی و انجام آزمون پیگیری بن فرونی نتایج تجزیه و تحلیل می گردد.

جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی بک، در گروه بالینی و گروه بهنجار

نمره افسردگی بک	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	مرد	زن	گروه
						افسرده
۱/۸۱	۲۱		۵۹	۲۴	۳۵	افسرده
۰/۶۳	۸/۱۵		۵۹	۲۴	۳۵	بهنجار

در جدول ۱-۴؛ میانگین نمره افسردگی بک برای گروه بالینی ۲۱ و برای گروه بهنجار در آزمون فوق ۸/۱۵ می باشد. همانگونه که در فصل سوم اشاره شد دانشجویانی که در آزمون بک نمره مساوی یا بیشتر از ۱۸ کسب کردند در گروه بالینی قرار گرفتند و دانشجویانی که نمره افسردگی آنان در آزمون بک مساوی یا کمتر از ۹ به دست آمد برای گروه بهنجار انتخاب شدند. لذا نتایج جدول ۱-۴ حاکی از انتخاب صحیح افراد در گروه های پژوهش می باشد.

جدول ۲-۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن و جنس در گروه بالینی و گروه بهنجار

سن						گروه ها
جمع		مرد		زن		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱/۷۵	۲۲/۰۹	۱/۸	۲۲/۰۱	۱/۶	۲۲	افسرده
۲/۴۷	۲۲/۱۹	۲/۳	۲۲	۲/۶۵	۲۲/۳۴	بهنجار

بطوریکه در جدول ۲-۴ مشاهده می گردد میانگین سن در زنان افسرده ۲۲ سال و در زنان گروه بهنجار ۲۲/۳۴ سال است. هم چنین میانگین سن در مردان افسرده ۲۲/۰۱ سال و در مردان گروه بهنجار ۲۲ سال به دست آمد. با توجه به میانگین متغیر سن در گروه بالینی و گروه بهنجار که به ترتیب ۲۲/۰۹ و ۲۲/۱۹ است ، نتایج جدول فوق حاکی از کنترل متغیر سن در نمونه گیری پژوهش می باشد.

جدول ۳-۴ میانگین دو گروه بالینی و بهنجار در عوامل سبک اجتناب و جنسیت

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب	بهنجار	۳۵	زن	۵/۳۷	۰/۷۱
		۲۴	مرد	۴/۹۷	۰/۴۶
		۷۹	جمع	۵/۱۴۳	۰/۷۰
	افسرده	۳۵	زن	۷/۲۵	۰/۷۰
		۲۴	مرد	۷/۰۰	۰/۷۸
		۷۹	جمع	۷/۱۵	۰/۷۹

در جدول ۳-۴ میانگین عامل اجتناب در حل مساله برای گروه بهنجار ۵/۱۴ و برای گروه افسرده در متغیر فوق ۷/۱۵ است. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین های حاصل شده در عامل اجتناب برای زنان و مردان افسرده به ترتیب ۷/۲۵ و ۷ و برای زنان و مردان بهنجار به ترتیب ۵/۳۷ و ۴/۹۷ است. تفاوت بین میانگین ها می تواند بیانگر تفاوت زنان و مردان افسرده با زنان و مردان بهنجار در عامل اجتناب باشد.

جدول ۴-۴ میانگین دو گروه بالینی و بهنجار در عوامل درماندگی و جنسیت

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
درماندگی	بهنجار	۳۵	زن	۴/۶۵	۰/۴۸
		۲۴	مرد	۴/۵۴	۰/۵۰
		۵۹	جمع	۴/۶۱	۰/۴۹
	افسرده	۳۵	زن	۷/۸۸	۰/۳۲
		۲۴	مرد	۷/۴۵	۰/۵۰
		۵۹	جمع	۷/۷۱	۰/۴۵

در جدول ۴-۴ میانگین عامل درماندگی حل مساله برای گروه بهنجار ۴/۶۱ و برای گروه افسرده در عامل درماندگی ۷/۷۱ است. نتایج جدول نشان می دهد که دو گروه در عامل درماندگی با یکدیگر متفاوت هستند. میانگین های حاصل شده در عامل فوق برای زنان و مردان افسرده به ترتیب ۷/۸۸ و ۷/۴۵ و برای زنان و مردان بهنجار به ترتیب ۴/۶۵ و ۴/۵۴ است. مقایسه میانگین فوق بیانگر تفاوت زنان افسرده با زنان بهنجار و هم چنین مردان افسرده با مردان بهنجار در عامل درماندگی می باشد.

جدول ۴-۵ میانگین دو گروه بالینی و بهنجار در عوامل کنترل و جنسیت

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	بهنجار	۳۵	زن	۴/۴۵	۰/۵۰
		۲۴	مرد	۴/۵۸	۰/۸۸
		۵۹	جمع	۴/۵۰	۰/۶۷
	افسرده	۳۵	زن	۷/۸۷	۰/۳۳
		۲۴	مرد	۶/۶۵	۰/۶۸
		۵۹	جمع	۷/۱۵	۰/۶۲

در جدول ۴-۵ میانگین عامل کنترل در حل مساله برای گروه بهنجار ۴/۵۰ و برای گروه افسرده در عامل فوق ۷/۱۵ است. نتایج جدول نشان می دهد که دو گروه در عامل کنترل با یکدیگر تفاوت دارند. میانگین های حاصل شده در عامل کنترل برای زنان و مردان افسرده به ترتیب ۷/۸۷ و ۶/۶۵ و برای زنان و مردان بهنجار به ترتیب ۴/۴۵ و ۴/۵۸ می باشد. نتایج فوق حاکی از این است که زنان و مردان افسرده در عامل کنترل حل مساله در مقایسه با هم جنس های بهنجار خود تفاوت دارند.

جدول ۴-۶: میانگین دو گروه بالینی و بهنجار در عوامل خلاقیت و جنسیت

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
خلاقیت	بهنجار	۳۵	زن	۷/۸۲	۰/۳۸
		۲۴	مرد	۷/۸۳	۰/۳۸
		۵۹	جمع	۷/۸۳	۰/۳۷
	افسرده	۳۵	زن	۴/۲۹	۰/۵۵
		۲۴	مرد	۵/۷۴	۰/۴۴
		۵۹	جمع	۵/۱۵	۰/۸۶

در جدول ۶-۴ میانگین عامل خلاقیت در حل مساله برای گروه بهنجار ۷/۸۳ و برای گروه افسرده در عامل فوق ۵/۱۵ است. نتایج جدول نشان می دهد که دو گروه در عامل خلاقیت با یکدیگر تفاوت دارند. میانگین های حاصل شده درمغیر خلاقیت برای زنان و مردان بهنجار به ترتیب ۷/۸۲ و ۷/۸۳ و برای زنان و مردان افسرده ۴/۲۹ و ۵/۷۴ به دست آمده است که نشان می دهد زنان و مردان افسرده در عامل خلاقیت متفاوت از هم جنس های بهنجار می باشند.

جدول ۴-۷ میانگین عامل اعتماد بنفس و متغیر جنسیت در دوگروه بالینی و بهنجار

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
اعتماد بنفس	بهنجار	۳۵	زن	۸/۰۰	۰۰
		۲۴	مرد	۷/۹۱	۰/۳۷
		۵۹	جمع	۷/۹۴	۲۸
	افسرده	۳۵	زن	۴/۳۷	۰/۴۲
		۲۴	مرد	۴/۷۰	۰/۵۵
		۵۹	جمع	۴/۵۰	۰/۵۳

در جدول ۴-۷ میانگین متغیر اعتماد در حل مساله برای گروه بهنجار ۷/۹۴ و برای گروه افسرده در عامل فوق ۴/۵۰ می باشد. نتایج جدول نشان می دهد که دوگروه بالینی و بهنجار در عامل اعتماد با یکدیگر تفاوت دارند. میانگین های به دست آمده در متغیر اعتماد بنفس برای زنان و مردان افسرده به ترتیب ۴/۳۷ و ۴/۷۰ و برای زنان و مردان بهنجار ۸/۰۰ و ۷/۹۱ است که حاکی از تفاوت زنان و مردان افسرده در مقایسه با هم جنس های بهنجار در عامل اعتماد به نفس حل مساله می باشد.

جدول ۴-۸ میانگین عامل سبک گرایش و متغیر جنسیت در دو گروه بالینی و بهنجار

عامل حل مساله	گروه	فراوانی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
سبک گرایش	بهنجار	۳۵	زن	۷/۴۲	۰/۵۰
		۲۴	مرد	۷/۵۸	۰/۵۰
		۵۹	جمع	۷/۴۹	۰/۵۰
	افسرده	۳۵	زن	۴/۲۹	۰/۹۶
		۲۴	مرد	۴/۴۸	۰/۸۱
		۵۹	جمع	۴/۴۰	۰/۷۶

در جدول ۴-۸ میانگین متغیر سبک گرایش در حل مساله برای گروه بهنجار ۷/۴۹ و برای گروه افسرده در عامل فوق ۴/۴۰ است. نتایج جدول نشان می دهد که دو گروه بالینی و بهنجار در عامل سبک گرایش با یکدیگر تفاوت دارند. میانگین های حاصل شده در متغیر سبک گرایش برای زنان و مردان افسرده به ترتیب ۴/۲۹ و ۴/۴۸ و برای زنان و مردان بهنجار ۷/۴۲ و ۷/۵۸ است که حاکی از وجود تفاوت عامل سبک گرایش در بین زنان افسرده با زنان بهنجار و مردان افسرده با مردان بهنجار در حل مساله می باشد.

/

جدول ۹-۴: تحلیل واریانس چند عاملی متغیرهای افسردگی و جنسیت با عوامل سبک حل مساله

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع واریانس	
۲۱۶/۶۶**	۱۰۸/۸۷	۱	۲۸۱/۵۸	اجتناب	افسردگی
۱۳۱۲/۷۴**	۲۶۸/۸۲	۱	۲۶۸/۸۲	درماندگی	
۵۴۳/۵۱**	۲۱۴/۶۸	۱	۲۱۴/۶۸	کنترل	
۱۱۷۰/۸۵**	۲۲۵/۴۲	۱	۲۲۵/۴۲	خلاقیت	
۱۸۰۷/۴۹**	۳۳۲/۵۱	۱	۳۳۲/۵۱	اعتماد به نفس	
۶۵۵/۷**	۲۷۶/۶۹	۱	۲۷۶/۶۹	گرایش	
۰/۳۰۴	۰/۱۵۳	۱	۰/۱۵۳	اجتناب	افسردگی و جنسیت
۳/۳۸	۰/۶۹	۱	۰/۶۹	درماندگی	
۲۱/۴۷**	۸/۴۸	۱	۸/۴۸	کنترل	
۷۸/۳۷**	۱۵/۰۹	۱	۱۵/۰۹	خلاقیت	
۲/۵۷	۰/۴۴	۱	۰/۴۴	اعتماد به نفس	
۲/۰۵	۰/۸۶	۱	۰/۸۶	گرایش	
		۱۱۴	۵۷/۲۸	اجتناب	خطا
		۱۱۴	۲۳/۳۴	درماندگی	
$\alpha < 0.05$ درصد ۹۵ *		۱۱۴	۴۵/۰۳	کنترل	
$\alpha < 0.01$ درصد ۹۹ **		۱۱۴	۲۱/۹۴	خلاقیت	
		۱۱۴	۱۹/۸۷	اعتماد به نفس	
		۱۱۴	۴۸/۱۰	گرایش	

/

همانگونه که در جدول ۹-۴ مشاهده می شود ، دانشجویان افسرده در مقایسه با گروه بهنجار در عوامل ، اجتناب ، درماندگی ، کنترل ، خلاقیت ، اعتماد به نفس و گرایش؛ متفاوت می باشند. دو گروه در عامل اجتناب با توجه $F(1, 114) = 216/66$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار دارند. در عامل درماندگی $F(1, 114) = 1312/74$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار است. در عامل کنترل حل مساله $F(1, 114) = 543/51$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار است. در عامل خلاقیت $F(1, 114) = 1170/85$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار است. در عامل اعتماد بنفس $F(1, 114) = 1807/49$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار است و بالاخره در عامل سبک گرایش $F(1, 114) = 655/7$ در سطح $\alpha < 0/01$ تفاوت معنی دار نشان داده شده است.

اثر متقابل افسردگی و جنسیت در عوامل اجتناب ، درماندگی ، اعتماد بنفس و گرایش با توجه به :

$$F(1, 114) = 0/304 \quad \alpha < 0/05$$

$$F(1, 114) = 3/38 \quad \alpha < 0/05$$

$$F(1, 114) = 2/57 \quad \alpha < 0/05$$

$$F(1, 114) = 2/05 \quad \alpha < 0/05$$

معنی دار نشده است. یعنی دانشجویان دختر افسرده در این عوامل با دانشجویان پسر افسرده تفاوت ندارند.

اما در عوامل کنترل و خلاقیت با توجه به :

$$F(1, 114) = 21/47 \quad \alpha < 0/01$$

/

$$F(114, 37) = 78/37 \quad \alpha < 0/01$$

اثر متقابل بین جنسیت و افسردگی مشاهده می شود. یعنی دانشجویان دختر افسرده در عوامل کنترل و خلاقیت با دانشجویان پسر افسرده متفاوت هستند ($\alpha < 0/01$).

جدول ۱۰-۴ تحلیل واریانس و آزمون پیگیری برای مقایسه سبک های حل مساله مثبت و منفی در دو

گروه دانشجویان افسرده و بهنجار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F		H آزمون بن فرونی	
								T	معناداری		
سبک حل مساله ناکارآمد منفی	بهنجار	۱۴/۲۵	۰/۱۴۶	افسردگی	۳۰/۶۱	۱	۳۰/۶۱	۳۱/۵۲	۷/۷۶	۰/۰۱	
افسرده	۲۲/۰۱	۰/۱۴۶									
سبک حل مساله کارآمد مثبت	بهنجار	۲۳/۲۷	۰/۱۴۴	خطا	۱۱۲/۶۴	۱۱۶	۰/۹۷		۹/۲۳	۰/۰۱	
افسرده	۱۴/۰۶	۰/۱۴۴									

در شیوه حل مساله کسیدی و لانگ سبک حل مساله کارآمد (مثبت) و ناکارآمد (منفی) ارزیابی می شود. در سبک حل مساله ناکارآمد، عوامل درماندگی، اجتناب، کنترل و مهار مساله دخالت دارند و استفاده از عوامل خلاقیت، گرایش و اعتماد در حل مساله بیانگر سبک مثبت یا کارآمد در حل مساله است. همانطور که در جدول ۱۰-۴ مشاهده می شود میانگین های حاصل شده در عوامل سبک حل مساله ناکارآمد در گروه بهنجار ۱۴/۲۵ و در گروه افسرده ۲۲/۰۱ است همچنین میانگین عوامل سبک حل مساله کارآمد برای گروه بهنجار ۲۳/۲۷ و برای گروه بالینی ۱۴/۰۶ به دست آمده است. در تحلیل واریانس انجام یافته با توجه به: $F(116, 37) = 31/52$ بین سبک های حل مساله مثبت و منفی در دو گروه دانشجویان افسرده و بهنجار تفاوت معنی دار در سطح $\alpha < 0/01$ مشاهده می شود. در آزمون پیگیری بن فرونی تفاوت میانگین سبک حل مساله

/

ناکارآمد در گروه های افسرده و بهنجار ۷/۷۶ و در سبک حل مساله کارآمد ۹/۲۳ به دست آمده است. به عبارت دیگر دانشجویان بهنجار بطور معناداری از لحاظ استفاده از عوامل سبک حل مساله کارآمد(مثبت) بر دانشجویان مبتلا به افسردگی برتری دارند. ($\alpha < 0.01$).

فصل پنجم

خلاصه پژوهش

بحث و نتیجه گیری

همه ما در زندگی با چالش ها و مشکلات مواجه می شویم. بی تردید شدت و پیچیدگی مسائل و رویدادها، میزان توقعات و نیازها، منابع و توانایی ها و در نتیجه ارزیابی افراد از مشکلات با یکدیگر متفاوت است. رشد تحقیقات درباره نقش واسطه ای ارزیابی و سبک شناختی در سال های اخیر موجب گسترش و توسعه دانش و کاربرد این نقش در عرصه سلامت روان گردیده است. یکی از جنبه های ارزیابی شناختی که در ادبیات تحقیق مطرح می باشد سبک حل مساله است. نزو (۱۹۸۶) سبک حل مساله را بعنوان فرایندی شناختی - رفتاری تعریف می کند که افراد به آن وسیله سبک های موثری برای مقابله و کنار آمدن با موقعیت های مشکل زا در زندگی روزمره را شناسایی می کنند؛ از طرفی او و دیگر محققان نشان دادند که سبک حل مساله یک مفهوم واحد نیست (هینر، پیترسن، ۱۹۸۲؛ نزو و پری ۱۹۸۹) [۱۴۰].

کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) با استفاده از تئوری استرس و مقابله لازاروس (۱۹۶۶) و با یافته های مطالعات نزو (۱۹۸۹) و تحقیقات ۱۸ ساله سایر پژوهشگران به بررسی همه جانبه گردآوری شده در این زمینه پرداختند و در جهت توصیف کامل ابعاد مختلف سبک حل مساله، نقش یکپارچه کلیه متغیرهای شناسایی شده را در قالب یک مقیاس چند عاملی حل مساله در طی دو مطالعه طولانی بدست آوردند، که به طور گسترده ای در مورد فرایند استرس کاربرد دارد (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶) [۱۲۱].

پژوهش حاضر به استناد نظریه ها و مطالعاتی که در ادبیات و پیشینه تحقیق به آن پرداخته است. به منظور گسترش و توسعه روش های نوین درمانی در ساخت های شناختی دانشجویان افسرده و کسب نتایجی در نحوه به کار گیری متغیرهای سبک حل مساله توسط آنان را هدف مطالعه خود قرار داده است؛ تا قابلیت در توضیح رابطه فرایند ارزیابی استرس و چگونگی پاسخ بیماران افسرده به مشکلات افزایش یابد.

فرضیه های اصلی پژوهش عبارت بودند از :

۱. سبک حل مساله دانشجویان افسرده متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

۲. عامل جنسیت در سبک حل مساله دانشجویان افسرده موثر است.

فرضیه های فرعی پژوهش به مقایسه متغیرهای سبک حل مساله دانشجویان افسرده و بهنجار پرداخته است.

روش تحقیق پس رویدادی است؛ در این پژوهش جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر و پسر افسرده دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ می باشند. روش نمونه گیری به این صورت انجام گرفت: دانشجویانی که در فرم خود سنجی خود را غمگین می دانستند و در پرسشنامه بک نمره افسردگی آنان (≥ 18 نمره) گردید برای گروه مطالعه و دانشجویانی که در آزمون نمره افسردگی آنان (≤ 9 نمره) به دست آمد برای گروه مقایسه انتخاب گردیدند؛ که پس از مصاحبه و همتا سازی فردی به ترتیب در گروه های افسرده و بهنجار گمارده شدند. همچنین ابزارهای پژوهش عبارت بودند: از مقیاس سبک حل مساله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶)، پرسشنامه افسردگی بک (فرم بلند) و مقیاس خودسنجی افسردگی. پژوهشگر به جهت افزایش آگاهی از چگونگی و نحوه به کارگیری سبک های مقابله ای کارآمد در حل مساله در کارگاه های آموزشی مربوط شرکت نمود.

تجزیه و تحلیل نتایج:

پس از بررسی فرضیه های پژوهش، به بررسی و تعیین نتایج و یافته های بدست آمده از مطالعه حاضر در کنار نتایج و یافته های تحقیقات دیگر می پردازیم؛ و به ارکان همسویی و ناهمسویی نتایج پژوهش ها اشاره خواهیم کرد.

فرضیه ۱ - سبک حل مساله دانشجویان افسرده متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

نتایج جداول (۹-۴) و (۱۰-۴) تایید فرضیه فوق را نشان می دهند. به عبارت دیگر یافته های پژوهش حاضر درباره فرضیه اول مؤید این مطلب است که سبک حل مسأله دانشجویان افسرده در عوامل: اجتناب، درماندگی، کنترل، اعتماد بنفس، خلاقیت و گرایش، تفاوت معناداری با سبک حل مساله دانشجویان بهنجار دارد. این تفاوت در تحلیل واریانس چند عاملی در سطح ($\alpha < 0.01$) معنا دار شده است. همچنین مقایسه میانگین نمرات عوامل سبک حل مساله دانشجویان افسرده و بهنجار نشان می دهند که دانشجویان افسرده، نمرات بیشتری را در عوامل درماندگی، کنترل و اجتناب به دست آورده اند. در مقابل، دانشجویان بهنجار دارای نمرات بیشتری در عوامل اعتماد بنفس، خلاقیت و گرایش به حل مساله در موقعیت های مساله زا می باشند. نتایج آزمون بن فرونی تفاوت میانگین های بدست آمده را در جدول (۱۰-۴) کاملاً معنادار نشان داده است ($\alpha < 0.01$).

همانطوریکه در ادبیات مقیاس سبک حل مساله به آن پرداخته شد؛ استفاده از عوامل: احساس درماندگی و کنترل و اجتناب در موقعیت های مساله زا بیانگر سبک ناکارآمد (منفی) در حل مساله است. لذا گروه افسرده در موقعیت های مساله زا دارای سبک ناکارآمد هستند، هم چنین استفاده بیشتر گروه بهنجار از عوامل خلاقیت، اعتماد بنفس و گرایش به مقابله در موقعیت های مساله زا موجب کارآیی سبک حل مساله آنان می گردد.

مطالعات متعددی با یافته های پژوهش همسو است. نتایج این تحقیقات نشان می دهند که افراد عادی در موقعیت های مساله زا کمتر احساس درماندگی می کنند، احساس اعتماد بیشتر بخود در حل مساله دارند و برای حل مشکل راه های متعددی را در نظر می گیرند؛ هم چنین دارای کنترل درونی در اداره موقعیت می باشند؛ در حالیکه افراد افسرده در موقعیت های مساله زا بیشتر احساس بی یابوری و درماندگی می نمایند، احساس اعتماد کمتری در حل مساله دارند، از شیوه های خلاقانه کمتر استفاده می کنند و بیشتر با شیوه اجتنابی با مساله برخورد می نمایند (دیکسون، هپنر، بارفت، آندسون و وود، ۱۹۹۳؛ نزو و دزوریلا، ۱۹۸۹) [۲۷].

نتایج پژوهش حاضر با یافته های تحقیق الیوت، هر یک و ویتی (۱۹۹۲) نیز همخوانی دارد. آنها گزارش می کنند، افرادی که سبک حل مساله خود را مثبت و سودمند ارزیابی نموده اند افسردگی کمتری را هم گزارش می کنند (الیوت و همکاران، ۱۹۹۲) [۳۹].

نتایج بررسی محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) حاکی از این می باشد که بین افراد افسرده و عادی تفاوتی معناداری در مهارت های حل مساله وجود دارد و افراد افسرده در موقعیت های مساله زا بیشتر از شیوه های ناکارآمد حل مساله استفاده می کنند. همچنین توان تصمیم گیری در افراد افسرده بطور معناداری کمتر از افراد عادی گزارش می شود.

در مطالعه اخوت (۱۳۸۱) تاثیر آموزش شیوه های مقابله بر کاهش استرس و بهداشت روانی کارمندان نشان داد که استفاده از مهارت حل مساله در کاهش افسردگی آزمودنی های مورد مطالعه موثر است. در سطح نظری نتایج پژوهش حاضر از حمایت نظریه های نزو (۱۹۸۶) و دزوریلا (۱۹۹۶) برخوردار است، که مداخله عوامل حل مساله را در ساخت و سبب شناسی اختلالات خلقی و بطور اخص در افسردگی، اینگونه ارائه نموده اند؛ که سبک ناکارآمد حل مساله بعنوان یکی از شاخص ترین عوامل پیش بینی کننده افسردگی است (چانگ و دزوریلا، ۱۹۹۶؛ الیورز و دزوریلا، ۱۶۶۹) [۳۱]. لذا مطابقت شواهد مطالعاتی متعدد با نتایج پژوهش حاضر فرضیه اول تحقیق را تأیید می نمایند. یعنی سبک حل مساله دانشجویان افسرده متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

فرضیه ۲ - سبک حل مساله دانشجویان دختر افسرده متفاوت از دانشجویان پسر افسرده است.
طبق نتایج جدول (۹-۴) در مقایسه سبک حل مساله دختران افسرده با پسران افسرده ، تفاوت بدست آمده در عوامل : درماندگی ، اعتماد بنفس ، اجتناب و گرایش ، به لحاظ آماری به سطح معنادار نرسید؛ اما در عوامل : کنترل و خلاقیت بین دختران افسرده و پسران افسرده تفاوت معنا داری به دست آمد ($\alpha < 0.01$). به عبارت دیگر سبک حل مساله دختران و پسران افسرده در عوامل خلاقیت و کنترل با یکدیگر متفاوت است. مقایسه میانگین نمرات عامل خلاقیت طبق جدول (۶-۴) نشان می دهد که دختران افسرده در مقایسه با پسران افسرده نمرات کمتری را بدست آورده اند . یعنی تنوع راه حل های دختران افسرده در موقعیتهای مساله زا کمتر از دانشجویان پسر افسرده است .

یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق دوک و گیلیارد (۱۹۷۵) همخوانی دارد. آنها گزارش می کنند ، که دخترها احتمالاً بیشتر از پسرها تجربه شکست رانتيجه ناتوانی و استفاده نکردن از ظرفیت ها در ارائه راه حل ها جهت حل مساله می دانند، این امر تصور زمینه استقرار رفتارهای مبتنی بر احساس گناه ، احساس بی یابوری، انزوا و دیگر مشکلات سازگاری را فراهم میکند (به نقل از کلینکه ، ۱۹۹۸؛ ترجمه : محمد خانی ۱۳۸۲). انجمن روان پزشکان امریکا (۱۹۹۳) ابتلا زنان به اختلال افسردگی را بیش از دو برابر مردان گزارش می کند. این تفاوت جنسیتی از لحاظ شیوع افسردگی موجب پژوهش و نظریه پردازی در این زمینه شده است. از نظریه پردازان در این زمینه نولن - هوکسما^۱ (۱۹۹۰-۱۹۸۷) است ، که در تبیین نظریه خود مشغولیت ذهنی در مورد وقایع ناخوشایند و احساس های ناراحت کننده را موجب تفکری می داند که به صورت « نشخوار ذهنی » است. این تفکر فرایند خلاق نیست و احساس افسردگی را طولانی می سازد. بدین

¹ Nolen- Hoacksema

جهت چون زنان احساس می کنند که بر زندگی‌شان کنترل اندکی دارند ، بیشتر از مردان مستعد درماندگی
آموخته شده هستند لذا به سختی می توانند درمورد راه حل های خلاق برای مشکلات خود فکر کنند.

از یافته های دیگر پژوهش حاضر تفاوت معنی دار عامل کنترل بین سبک های حل مساله دانشجویان دختر و
پسر افسرده است. نتایج جدول (۵-۴) نشان می دهد که دختران افسرده درمقایسه با پسران افسرده نمرات
بیشتری را در عامل کنترل به دست آورده اند . که در تحلیل واریانس (جدول ۹-۴) تفاوت به دست آمده
معنی دار گردیده است. ($\alpha < 0/01$). به عبارت دیگر منبع کنترل دانشجویان زن افسرده در مقایسه با
دانشجویان مرد افسرده « بیرونی تر» است. همسو با یافته های پژوهش حاضر نتایج مطالعات لونس، ناشن ،
تورلی (۱۹۸۰) است، که نشان می دهند؛ دانشجویان زن در هنگام مواجهه با موقعیت های بی یابری ، در
مقایسه با دانشجویان مرد عملکرد بسیار ضعیف تری را بروز می دهند ؛ که مبین بیرونی تر بودن منبع
کنترل آنها می باشد (به نقل از کلینکه ، ۱۹۹۸؛ ترجمه: محمد خانی، ۱۳۸۲).

اما دنیوی (۱۳۸۲) در مطالعه خود بین جنسیت و منبع کنترل دانشجویان رابطه معنی داری را نیافت و این
یافته را به علت عدم تساوی آزمودنی ها از نظر جنس فرض نمود.

از دیگر مطالعاتی که با یافته پژوهش حاضر مطابقت دارد؛ مطالعه بارون (۱۹۸۱) است ،که نشان می دهد
افراد با منبع کنترل درونی واجد بسیاری از اسنادهایی هستند که با خلاقیت رابطه دارد (استریکلند، ۱۹۸۹،
به نقل از کلینکه ؛ ترجمه : گودرزی ، ۱۳۸۲). در تبیین نتایج پژوهش حاضر می توان بیان نمود، نحوه ارزیابی
دختران و پسران افسرده از شکست و ناتوانی در مقابله با مشکلات ممکن است متاثر از

رشد روانی- جنسی و عوامل زیست شناختی باشد که بارون

و پرن، (۱۹۹۴) در مطالعات خود بدست آورده اند (به نقل از خدا رحمی ، ۱۳۷۷).

فرض فرعی ۱ - عامل درماندگی در سبک حل مساله دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان بهنجار بیشتر است.

فرض فرعی فوق با توجه به نتایج جداول (۴-۴) و (۴-۹) به طور معناداری تأیید شد. نتایج جداول نشان می دهند که میانگین عامل درماندگی حل مساله در گروه افسرده بیشتر از گروه بهنجار است و تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس در سطح ($\alpha < 0/01$) معنادار گردیده است. به عبارت دیگر دانشجویان افسرده در حل مساله در مقایسه با دانشجویان بهنجار درماندگی بیشتری را تجربه می کنند. یافته های پژوهش حاضر با یکی از مستندترین یافته های تحقیقاتی توانایی حل مساله همسو است، بدین معنی که توانایی حل مساله در ارتباط با رخدادهای استرس زا و درماندگی روان شناختی بعنوان یک تعدیلگر^۱ عمل می کند (نزو و دزوریلا، ۱۹۸۹) [۳۱]. شواهد دیگری که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می کنند نشان می دهند، افراد با احساس برخورداری از سیستم های حمایتی مناسب، در غلبه بر افسردگی، سازگاری با صدمات ناشی از ناتوانی های فیزیکی، و غلبه بر تنهایی و درماندگی، موفقیت بیشتری در حل مسائل خود داشته اند (کوهن و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از کلینکه، ترجمه: گودرزی، ۱۳۸۲). در سطح نظری هم یافته های مطالعه حاضر از حمایت تئوری لازاروس (۱۹۸۰) برخوردار است بدین معنا که منابع حمایتی نیازهای رشد و پیوند را تأمین می کند و فرد در مواجهه با استرس احساس درماندگی و بی یابری ندارد (ساترلند و کوپر، ۱۹۹۰؛ شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲). لذا نتایج مطالعات متعدد در این زمینه با یافته های این پژوهش مطابقت دارد و فرضیه پژوهش حاضر را تأیید می کند که دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان بهنجار احساس درماندگی بیشتری در حل مساله دارند.

¹ Moderator

فرض فرعی ۲ - منبع کنترل دانشجویان در حل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

فرض فوق با توجه به نتایج جداول ۵-۴ و ۹-۴ به طور معنا داری تائید شد. ($\alpha < 0.01$) نتایج جداول نشان می دهند که میانگین عامل کنترل حل مساله در گروه افسرده بیشتر از گروه بهنجار است و تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس چند عاملی معنی دار گردیده است. این یافته بیانگر این می باشد که گروه بالینی نسبت به گروه بهنجار بیشتر دارای منبع « بیرونی » هستند. همسو با این یافته محمدی (۱۳۸۰) منبع کنترل افراد افسرده را در مطالعه خود بیرونی، گزارش کرده است. سیگل و گریفین (۱۹۸۴) نیز دریافتند که میزان بالاتر افسردگی با کانون کنترل بیرونی، بیشتر ارتباط دارد. هم چنین نتایج بررسی نزو (۱۹۸۵) نیز حاکی از این است که افرادی که سبک حل مساله خود را سودمند ارزیابی کردند در مقایسه با گروهی که حل مساله خود را ناکارآمد می دانستند دارای جهت یابی کنترل درونی بیشتری بوده اند. (لفکورت و دیویدسون، ۱۹۹۱) [۴]. در سطح نظری هم یکی از مفاهیم ویژه و پر اهمیت در نظریه یادگیری اجتماعی راتر (۱۹۱۶) این است که اشخاص با کانون کنترل بیرونی معتقد هستند که موفقیت ها و شکست هایشان توسط عوامل بیرونی مانند سرنوشت، شانس، نیروهای محیطی و دیگران اداره می شوند لذا آنها ابزار سرنوشت هستند. در حالیکه درونی ها معتقدند که اعمال و عوامل درونی آنها تعیین کننده موفقیت ها و شکست های آنهاست. با تائید یافته پژوهش حاضر از سوی شواهد مطالعاتی متعدد این یافته می تواند تائید دیگری بر این فرض مهم باشد که منبع کنترل به عنوان راهبرد اولیه حل مساله در جهت گیری های کلی شخص نسبت به مشکل و تعیین کننده سبک مقابله به منظور حل مساله است.

فرض فرعی ۳ - اعتماد به نفس دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.

فرض فرعی فوق با توجه به نتایج جداول (۷-۴) و (۹-۴) به طور معناداری تأیید گردید. نتایج نشان می دهند که میانگین عامل اعتماد بنفس حل مساله در گروه افسرده کمتر از گروه بهنجار است و تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس در سطح $0.01 < \alpha$ معنا دار می باشد. به عبارت دیگر نشان می دهد دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی در مقایسه با دانشجویان بهنجار در موقعیت های مساله زا از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند. همسو با یافته های پژوهش حاضر. در بررسی هایی که بر روی افراد دارای اعتماد بنفس پایین صورت گرفته، علائمی چون: شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، کاهش سلامت عمومی بدن، بی تفاوتی و احساس تنهایی، تمایل به اسناد شکست خود به دیگران، کاهش عملکرد، عدم موفقیت آموزشی و داشتن مشکلات بین فردی، گزارش شده است (بیابانگر، ۱۳۷۹) [۷۹].

بررسی پریتوریوس (۱۹۹۳) بر روی گروهی از دانشجویان نشان داد که آنهایی که حل مساله خود را سودمند ارزیابی نمی کنند، دارای عزت نفس پایین تر و افسردگی و اضطراب بیشتری هستند. هم چنین در بررسی کودکانی که در محیط خانوادگی شان با استرسورهای بیشتری مواجه بودند، گزارش گردیده که آنها بیشتر احساس تنهایی و درماندگی می کردند و عزت نفس پایین تری در مقایسه با همسالان خود داشتند و از راهبردهای حل مساله سود نمی جستند. در سطح نظری همسو با یافته های مطالعه حاضر رایس (۱۹۹۶) بیان می کند افراد با اعتماد بنفس پایین در موقعیت های استرس زا توانایی و مهارت خود را کم برآورد می کنند و در نتیجه احساس ترس و تهدید، توان مقابله با مسائل را از دست می دهند. این افراد علایم بالینی بیشتری را نشان می دهند (اخوت، ۱۳۸۲).

نتایج مطالعه پریستر و کلام (۱۹۹۳) اهمیت ارزیابی حل مساله به ویژه عامل اعتماد به نفس را بعنوان تعدیلگر ارتباطات استرس - افسردگی و استرس - ناامیدی تأیید می کند. تحقیق کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) نیز حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلالات خلقی در حل مساله فاقد اعتماد بنفس هستند. لذا یافته

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های دیگر مطابقت کامل دارد و تائید دیگری بر اثر بخشی عزت نفس بر اختلال خلقی به ویژه در افسردگی جوانان است.

فرض فرعی ۴: تنوع و تعدد راه حل های دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.

فرض فوق با توجه به نتایج جداول ۶-۴ و ۹-۴ به طور معناداری تایید گردید ($\alpha < 0.01$).

نتایج جداول نشان می دهند که میانگین عامل خلاقیت حل مساله در گروه بهنجار بیشتر از گروه افسرده است و تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس معنی دار گردیده است: نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی هستند که نشان داده اند کسانی که سبک تفکر خلاق دارند، احساس آرامش و رضایتمندی بیشتری را در زندگی تجربه می کنند و از سلامت جسمی و عاطفی خود راضی و خرسند هستند (س، اپستن، ویر، ۱۹۸۹؛ اپستن و کاتز، ۱۹۹۲؛ به نقل از کلینک، ترجمه: گودرزی، ۱۳۸۲).

در سطح نظری، لیبورسکی، نولن - هوکسما، (۱۹۹۳، ۱۹۹۵) مشغولیت ذهنی در مورد وقایع ناخوشایند و احساس های ناراحت کننده را موجب تفکری می دانند که به صورت «نشخوار ذهنی»^۱ است. این تفکر بر عکس فرایند حل مساله، فرایند خلاق نیست و احساس افسردگی را طولانی می سازد. بدین جهت هنگامی که فرد نگران احساسات منفی است به سختی می تواند در مورد راه حل های خلاق برای مشکلات خود فکر کند [۱۴۵]. تحقیقات متعددی نشانه های افسردگی را همراه با کاهش راه حل ها برای حل مساله تائید می کنند (دیکسون، هپنر، آندرسون، وود، ۱۹۹۳؛ نزو و دزوریلا، (۱۹۸۹) [۲۷]. مهریار (۱۳۷۲) بیان می کند که عدم توانایی در انتخاب و اجرای یکی از راه حل های در نظر گرفته شده برای حل مشکل را می توان نوعی بی کفایتی در استفاده از مهارت های حل مساله به شمار آورد که از مشخصات عمده افراد

¹ Ruminating

افسرده است. لذا با شواهد مطالعاتی متعدد در تائید یافته پژوهش حاضر می توان بیان نمود که ، نشانه های افسردگی در دانشجویان همراه با کاهش تنوع و تعدد راه حل های آنان در موقعیت های مساله زا است.

فرض فرعی ۵ - سبک گرایش - اجتناب دانشجویان افسرده در حل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.

فرض فوق با توجه به نتایج جداول (۳-۴) ، (۸-۴) ، (۹-۴) به طور معناداری تائید شد. ($\alpha < 0.01$).
نتایج جداول نشان می دهند که میانگین عامل گرایش حل مساله در گروه بهنجار بیشتر از گروه افسرده است؛ هم چنین نشان می دهند که میانگین عامل اجتناب حل مساله در گروه افسرده بیشتر از گروه بهنجار است و تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس چند عاملی معنی دار گردیده است. به عبارت دیگر یافته ها درباره فرضیه فوق بیانگر این مطلب است که گروه افسرده نسبت به گروه بهنجار در موقعیت های مساله زا بیشتر از مقابله اجتنابی استفاده می کند. همسو با نتایج این مطالعه بیلینگر و موس (۱۹۸۱) گزارش می کنند که اشخاص با افسردگی بالا تمایل به استفاده از مقابله اجتنابی و هیجان مدار دارند در حالیکه گرایش به رویارویی با میزان پایین تر نشانه های افسردگی ارتباط دارد (کویکن و بروین ، ۱۹۹۴).

در سطح نظری فرایدنبرگ (۱۹۹۶) بیان می کند، یکی از شاخص های آسیب پذیری نوعی راهبرد مقابله است که نادیده گرفتن یا گوشه گیری نامیده می شود که با انکار شدت مشکلات و اجتناب برای مقابله مشخص می شود. (سینج - کرنک ، ۱۹۹۶). بررسی کویکن و بروین (۱۹۹۴) نیز حاکی از این است که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده به هنگام مواجهه با رخدادهای استرس زا بیشتر از روش فرار - اجتناب استفاده کردند. اما کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) در مطالعه خود تفاوت معنا داری بین دو گروه افسرده و عادی در عامل سبک اجتناب نیافتند. هم چنین نتایج بررسی و یندل (۱۹۹۶) بر روی نوجوانان نشان داد سبک اجتنابی می تواند در عین حال دارای دو کارکرد مثبت و منفی باشد که ممکن است

تاثیر کوتاه مدت و بلند مدت این راهبرد را منعکس کند یعنی به نوجوانان کمک می کند تا بطور موقتی و کوتاه مدت از مقابله با فشارهای روانی اجتناب کنند. اما سالزو فلتچر (۱۹۸۵) گزارش می کنند اجتناب برای مقابله با مشکلاتی که پیامدهای طولانی مدت ندارند، راهبرد مقابله ای مفیدی است و در مورد تحریکات زودگذر کوچک سازگارانه تر است (مانند چشم پوشی به جای عصبانیت) و می تواند به طور موقت اضطراب را کاهش دهد؛ ولی برای مقابله با مشکلات زندگی که مستلزم درگیری و مواجهه می باشند راهبرد مفیدی نیست و در طولانی مدت موجب تنش بیشتری می شود. مطابقت یافته های پژوهش حاضر با شواهد مطالعاتی متعدد می توان نتیجه گرفت که: دانشجویان بهنجار در موقعیت های مساله زا بیشتر از شیوه گرایش استفاده می کنند و دانشجویان افسرده تمایل به اجتناب در مقابله با مسائل دارند.

بحث و نتیجه گیری :

با استفاده از یافته های پژوهش حاضر در زمینه بررسی سبک های حل مساله دانشجویان افسرده و بهنجار با توجه به نتایج آماری به دست آمده و شواهد تحقیقات انجام شده در این عرصه و همسویی نتایج پژوهش حاضر، با آنها به طو رکلی می توان نتیجه گیری کرد؛ که بین دانشجویان افسرده و بهنجار تفاوت های معنا داری در سبک حل مساله وجود دارد و دانشجویان مبتلا به افسردگی در مقابله با مسائل زندگی ، بیشتر از سبک های ناکارآمد حل مساله مانند ، احساس درماندگی در مقابل مشکلات ، عدم کنترل امور، ناتوانی در ابداع راه حل های جدید در موقعیت های مساله زا، عدم اعتماد به خود د رحل مساله و استفاده بیشتر از شیوه اجتناب به جای شیوه گرایش به مقابله استفاده می کنند. انتخاب سبک ناکارآمد و غیر سودمند در حل مساله بنوبه خود نه تنها موجب می گردد، که افراد افسرده از فرا گرفتن تجربیات شخصی محروم بمانند، بلکه گرفتار دور باطلی می شوند، که هر چه بیشتر بر شدت افسردگی آنان می افزاید. بدین صورت که نگرانی و افکار منفی متوالی و ناخواسته در خصوص خود و دنیای پیرامون موجب کاهش اعتماد بنفس می گردد. در اثر اعتماد به نفس پائین ، منبع کنترل بیرونی افزایش می یابد و میل بر تلاش و کوشش بر مشکلات را از دست می دهند و به نوعی شیوه فرار - اجتناب را بر می گزینند که به درماندگی آنها در مقابل مشکلات می افزاید . این دور باطل موجب سبکی شناختی - رفتاری ناکارآمد در مقابل مسائل می گردد.

شواهد پژوهشی بسیار زیادی فرایند مقابله ناکارآمد حل مساله افراد افسرده را ، که در نتایج پژوهش به آن پرداخته شد در گزارش های خود تأیید نموده اند (هایمبرگ ، ورمیلیا، دوچ ، بیکرو بارلو ۱۹۸۷؛ پترسون و

سلیگمن ، ۱۹۸۷؛ رپس ، پترسون ، رینهارد ، ابرامسون و سلیگمن ، ۱۹۸۲؛ مارشال و لانگ ، ۱۹۹۰؛ به نقل از کلینگه ، ترجمه محمد خانی ، ۱۳۸۲).

از یافته های دیگر مطالعه حاضر اتخاذ سبک حل مساله کارآمد و سودمند توسط دانشجویان بهنجار، در مقابله با مسائل است. نحوه به کارگیری عوامل سبک حل مساله دانشجویان بهنجار، هنگام مساله گشایی موجب احساس کنترل درونی بیشتر ، استفاده از راه حل های مختلف در موقعیت های جدید و در نتیجه افزایش حس اعتماد در حل مساله و کسب تجربیات شخصی مفید می گردد. اهمیت این مساله با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف زندگی جوانان که نیازمند تصمیم گیری های کارساز در مقابله با تنیدگی های روانی ناشی از تعارضات اجتماعی و دیگر چالش های زندگی است در عرصه سلامت روان به خصوص در سطح پیشگیری جای دارد بطوریکه تحقیقات متعددی گزارش کرده اند افرادی که مهارت مساله گشایی خوبی دارند، در مقایسه با افرادی که ناکارآمد عمل می کنند؛ کمتر احتمال دارد افسرده شوند (نزو ، سارای داریان ، کالهر ورونان ، ۱۹۸۶).

در تبیین یافته های فوق می توان بیان نمود، دانشجویان افسرده سبک متفاوتی در حل مساله دارند و انتخاب شیوه های ناکارآمد در حل مساله موجب افسردگی و استمرار آن می شود. از سوی دیگر سبک حل مساله کارآمد می تواند در بهبود یا کاهش علائم اختصاصی افسردگی جوانان دانشجو موثر باشد و موجب افزایش، میزان کفایت شخصی آنها و افزایش سازگاری گردد. این نتایج پاسخ به سوال های مطالعه حاضر را تأمین می کند.

هم چنین یافته ها بیانگر این هستند که سبک حل مساله دانشجویان دختر افسرده در عوامل خلاقیت و کنترل متفاوت از دانشجویان پسر افسرده است. این یافته مؤید این مطلب و تاکید دیگری است بر گزارش های مطالعاتی که نشان داده اند ، افرادی که عملکرد ضعیف تری دارند با ادعای اینکه بعضی از عوامل خارج از

کنترل آنهاست ، تنها به یک راه حل می اندیشند و راه حل های دیگر را نادیده می گیرند. این سبک مقابله موجب خودشکستی فرد می شود بنحویکه در مقابله با استرس ها ، فرد ترس و نگرانی شدیدتری را تجربه می کند. تحقیقاتی که نشان دهنده واکنش متفاوت دخترها و پسرها از تجربه شکست است تاکید بر این دارد که مقابله با شکست بیشتر متاثر از ارزیابی آنها از مهارت ها و توانایی هایشان است. لذا اگر مسائل طوری ارزیابی شوند که مشکل یا موقعیت همیشه فراتر از توانایی های فرد تلقی شود موجبات خود ناتوانی سازی را فراهم می سازد. لذا می توان استنباط نمود که در بین دانشجویان افسرده ، دختران در مقایسه با پسران از عوارض اختلال افسردگی بیشتر در رنجند که به نوبه خودتوجیه قابل قبول در فهم این مساله که چگونه تجربه دوره های شدید افسردگی در زنان بیشتر از مردان است را ارائه می دهد.

به طور کلی یافته ای مطالعه حاضر نشانگر این مساله است که در ساخت ، پدید آیی و سبب شناسی اختلالات خلقی بویژه در افسردگی بر سبک های حل مساله تاکید بیشتری باید نمود. هم چنین نتایج به دست آمده را می توان اینگونه تبیین کرد، که سبک های ناکارآمد حل مساله بعنوان یکی از شاخص ترین عوامل پیش بینی افسردگی در پژوهش حاضر شناخته شده ، که در فرایند درمان می تواند مسیر شناسایی و درمان افسردگی را روشن تر نموده و در کاهش نشانه های آن موثر باشد به نحویکه دانشجویان مستعد افسردگی را می توان با سنجش سبک حل مساله شناسایی و با کارآمد کردن عوامل سبک حل مساله ، آنان را در مقابل ابتلاء به اختلال افسردگی مقاوم تر نمود.

محدودیت های پژوهش

بارزترین محدودیت های پژوهش حاضر از این قرار می باشند:

۱ - آزمودنی های پژوهش از رشته های علوم پزشکی دانشگاه تهران انتخاب شده بودند. تعمیم نتایج به سایر دانشجویان همراه با احتیاط باید باشد.

۲ - سابقه علمی این پژوهش در میان دانشجویان کشور یافته نشد؛ مطالعات مشابه در گروه ها و جوامع داخلی بسیار محدود بود. این امر موجب گردید؛ پژوهشگر در انتخاب، جمع آوری و حتی اولویت مطالب و منابع مورد نیاز برای پژوهش با مشکلات متعددی روبرو گردد.

۳ - به منظور کنترل عوامل اثر گزار بر متغیر مستقل جهت همگن سازی و معادل کردن گروه ها تعداد زیادی از دانشجویان جامعه آماری مورد مطالعه با آزمون خودسنجی افسردگی، پرسشنامه افسردگی بک و سپس با مصاحبه انتخاب شدند؛ هم چنین مشاوره و اخذ نظر از درمانگران مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی و تکمیل اطلاعات کلی از دانشجویان بهنجار، نیازمند صبر و حوصله بود؛ که موجب گردید بخشی از امور مذکور در خوابگاه ها انجام پذیرد. با توجه به سوابق و محل خدمتی پژوهشگر در مرکز مشاوره دانشگاه و برخورداری از تسهیلات و منابع مورد نیاز، معهذاً مجموع محدودیت ها موجب طولانی شدن زمان پژوهش و مشکلات جانبی آن برای محقق گردید.

پیشنهادها

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و شواهد جانبی پژوهش ، هم چنین نحوه بکارگیری یافته ها در زمینه های آموزشی و درمانی ، پیشنهادها در دو بخش جداگانه ارائه می گردد.

الف - پیشنهاد برای مؤسسات ، نهادها و مراکز آموزشی ، پژوهشی و درمانی

۱ - تهیه لوح های فشرده عناوین و چکیده های مطالعات دانشجویان جهت استفاده سایر پژوهشگران و تامین نیازهای مطالعاتی مؤسسات و سایر نهادهایی که بر حسب مورد می توانند از مطالعات انجام یافته بهره ببرند. این امر موجب تسهیل در امر پژوهش و تامین کننده منابعی می شود که مورد نیاز پژوهشگران است. ارائه لوح های فوق از سوی دانشگاه های کشور به نهادها و مؤسسات کشور معرف فعالیت های پژوهشی دانشگاه نیز خواهد شد .

۲ - فرایند سبک های حل مساله ، بعنوان فرایندی شناختی - رفتاری که در آن افراد راهبردهای موثری برای مقابله و کنار آمدن با موقعیت های مشکل زا را شناسایی می کنند ، بعنوان روش مؤثر برای مقابله با مسائل و موقعیت های دشوار از سطح پیش دبستانی تا دانشگاهی به صورت های مختلف (قصه و داستان ، بازی ، محتوای درسی ، کارگاه های آموزشی ، واحد های درسی) مورد توجه سازمان های متولی مانند آموزش و پرورش ، آموزش عالی و دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گیرد.

۳ - استفاده مؤثر از راهبردهای کارآمد در حل مساله به صورت کارگاه های آموزشی توسط سازمان ها ، نهادها و سایر مؤسساتی که به نوعی در آموزش و پرورش افراد به خصوص نوجوانان و جوانان با اهداف سازمانی مختلف فعالیت دارند مانند : مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان و سازمان بهزیستی - مراکز آموزش فنی و حرفه ای وزارت کار امور اجتماعی - کانون اصلاح و تربیت و ندامتگاه های قوه قضائیه -

پادگان های آموزش نیروهای مسلح ؛ سازمان صدا و سیما که به صورت برنامه های بسیار متنوعی می تواند در سطح گسترده این مهم را اجرا نماید.

۴- آموزش مشاوران ، روان شناسان و سایر درمانگران مراکز درمانی کشور و کارشناسان و مربیانی که در سلامت روان در مراکز مختلف آموزشی مانند مدارس و دانشگاه ها فعالیت دارند ؛ در زمینه مهارت های زندگی و بخصوص فرایند شناختی - رفتاری حل مساله ، بنحویکه بتوانند در حل مسائل مراجعان خود از مهارت های فرا گرفته استفاده نمایند و بعنوان مدرس ، برای گروه های مخاطب خود و سایر پرسنل سازمان کارگاه های آموزشی برگزار نمایند.

ب- پیشنهاد به پژوهشگران

طبق شواهدی که در این پژوهش به آن پرداخته شد. حل مساله که یک متغیر توصیفی است ، به صورت یک سازه چند عاملی ، عمل می کند ؛ و عوامل آن می توانند در تشخیص حالات متفاوت عاطفی و اختلالات بالینی ، پیش بینی کننده افتراقی مناسبی باشند . مقیاس سبک حل مساله در شناسایی و توضیح فرایند استرس نیز مقیاس قابل اعتمادی به نظر رسیده است.

لذا به محققان که در این زمینه مایل به مطالعه هستند ؛ پیشنهاد های ذیل ارائه می گردد :

۱- مداخله سبک های حل مساله در طیفی از متغیرها از قبیل : سبک اسنادی ، سازگاری شخصی ، انگیزه پیشرفت ، منبع کنترل ، اعتماد به نفس و ... مطالعه شود ؛ بخصوص رابطه بین سبک های حل مساله با درماندگی و سطح استرس که پیش بینی کننده خودکشی در دانشجویان دانشگاه گزارش شده است.

۲- مقایسه ارزیابی و حل مساله دانشجویان دختر و پسر از موفقیت های و شکست ها در موقعیت های مختلف مساله زا.

۳- بررسی و فراهم کردن مقیاسی که سبک های حل مساله را در جامعه ایرانی مورد آزمون قرار دهد.

/

- ۴ - مطالعه سبک های حل مساله نوجوانان و جوانان در برخورد با مسائل و موقعیت های مشکل زا مانند رفتارهای پر خطر ، فرار از منزل ، ترک تحصیل اعتیاد و ...
- ۵ - کاربرد سبک حل مساله در ارزیابی های شناختی استرس و اختلالات عاطفی و روانی افراد.

منابع فارسی

- آزاد ، حسین. (۱۳۷۵) .، *آسیب شناسی روانی* . تهران ، انتشارات بعثت .
- آقاجانی ، مریم . (۱۳۸۱) .، بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد ، دانشگاه الزهرا (س) .
- ابراهیم بیگی ، حسن.(۱۳۷۵) .، بررسی استرس و شیوه مقابله خانواده های دارای کودکان عقب مانده ذهنی ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد تهران مرکز .
- الیس ، آلبرت و هارپر ، رابرت .(۱۳۷۷) .، *زندگی عاقلانه* ، ترجمه مهرداد فیروز بخت ، تهران : انتشارات رشد.
- اتکینسون ، ریچارد .(۱۳۷۳) . *زمینه روانشناسی* ، ترجمه براهنی و همکاران ، جلد ۱ و ۲ ، تهران : انتشارات رشد .
- احمدی زاده ، محمد جواد . (۱۳۷۳) . ، بررسی اثر بخشی آموزش مهارت حل مسئله بر برخی از ویژگی های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه روزی بهزیستی ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد ، *روانشناسی تربیتی* ، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ارجمند ، الهام. (۱۳۸۲) . ساخت و استاندارد کردن یک آزمون ایرانی برای سنجش خلاقیت ؛ *پایان نامه* کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی . دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- ارونسون ، الیوت. (۱۳۷۰) . *روان شناسی اجتماعی* ، ترجمه حسین شکر کن تهران : انتشارات رشد.
- اسلامی نسب ، علی ، . (۱۳۷۳) . *روان شناسی اعتماد به نفس* ، تهران : انتشارات مهرداد .

- اسماعیلی ، محمد . (۱۳۸۰) ، بررسی اثر آموزش درس مهارت های زندگی در تعامل با شیوه های فرزند پروری ، بر عزت نفس دانش آموزان استان اردبیل ، فصلنامه پیام مشاور ، سال سوم ، شماره ۶ ، انتشارات و رای دانش .
- انجمن روانپزشکی آمریکا . (۱۳۷۴) . ، طبقه بندی اختلالات روانی بر حسب DSM-IV ، ترجمه پور افکاری ، تهران : انتشارات آزاد.
- برنز ، دیوید ، (۱۳۷۰) . روان شناسی افسردگی ، ترجمه مهدی قراچه داغی ، تهران : انتشارات روشنگران.
- بروین ، ک . (۱۳۷۶) . بنیادهای شناختی روانشناسی بالینی . ترجمه مجید محمود علیلو ؛ عباس بخشی پور رودسری و حسن صبوری مقدم . تبریز : نشر روان پویا.
- بیابانگر ، اسماعیل ، (۱۳۸۰) . روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان ، تهران : انتشارات انجمن اولیاء و مربیان .
- بیابانگرد ، اسماعیل (۱۳۷۰) . ، بررسی رابطه بین مفاهیم منبع کنترل ، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی پسران سال سوم دبیرستان های شهر تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی .
- پاشا شریفی ، حسن ، نجفی زند ، جعفر . (۱۳۸۰) . ، روش های آماری در علوم رفتاری ، تهران : انتشارات سخن .
- تمنایی فر ، محمد رضا . (۱۳۷۲) . بررسی رابطه درماندگی آموخته شده و افسردگی در بیماران افسرده ۴۵-۲۰ ساله و مقایسه آنها با افراد غیر افسرده (پایان نامه کارشناسی ارشد) . دانشگاه علامه طباطبایی .

- خدا رحیم ، سیامک و همکاران . (۱۳۷۷). *روانشناسی زنان* ، اهواز: انتشارات مردمک .
- دادستان ، پریخ . (۱۳۷۶) . *روانشناسی مرضی تحولی* . تهران : انتشارات سمت.
- دنیوی ، رضا.(۱۳۸۲). بررسی رابطه بین جنس ، منبع کنترل ، خلاقیت در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن *پایان نامه* کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن .
- ذوالفقاری ، علیرضا.(۱۳۷۴). بررسی رابطه منبع کنترل وانگیزش پیشرفت با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال دوم متوسطه شهر تهران ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن .
- رابرت ای . بکر ، ریچارد جی . هایمبرگ ، آلن اس . بلاک ۱۳۷۲. *آموزش مهارت های اجتماعی* برای درمان افسردگی . ترجمه : سعید نوری نشاط و نادر کیامرزی .تهران : انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی .
- راجر، جان ، پیترمک ، ویلیامز. (۱۳۷۵) .، *تفکر منفی* . ترجمه مهدی قراچه داغی ،تهران : انتشارات مینا.
- ساراسون ، ایرون جی . باربارا ، آر، ساراسون .(۱۳۷۱) .، *روان شناسی مرضی* ، ترجمه ، نجاریان ، و همکاران تهران : انتشارت رشد.
- سام خانیانی ، نوش زاد . (۱۳۸۰) . بررسی الگوهای ذهنی طرحواره ای کمال گرایی و تأیید خواهی در افسردگی . *پایان نامه* کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی . دانشگاه علوم پزشکی ایران . انسیتیتو روان پزشکی تهران.

- سرمدی ، صغرا.(۱۳۷۶) . بررسی رابطه بین عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دختران و پسران مقطع دبیرستان ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه تهران.
- روزنهان ، ای پی ، سلیگمن ، مارتین ، آلب ، دیوید (جلد اول).(۱۳۷۹). *آسیب شناسی روانی* ، ترجمه سید مهدی یحیی . تهران : نشر ساوالان .
- شکوه ، نوای نژاد. (۱۳۷۸). *روانشناسی زن* ، تهران : انتشارات جامعه ایرانیان .
- شیولسون ، ریچارد. استدلال آماری در علوم رفتاری ، جلد دوم (۱۳۶۶) *استنباط آماری*. ترجمه ، علیرضا کیامنش، تهران : انتشارات واحد فوق برنامه بخش فرهنگی دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی.
- صباغ ، عبدالمحید. (۱۳۷۳). مقایسه مرکز کنترل بیماران اسکیزوفرن پارانوید و افراد سالم. *پایان نامه کارشناسی ارشد* ، دانشگاه فردوسی مشهد .
- علیپور ، بیژن و شمیسا، علی . (۱۳۷۶). *پرورش خلاقیت* . تهران : نشر دکلمه گران .
- فرامرزی ، علی . (۱۳۷۹). ، بررسی رابطه سبک های شناختی و شیوه مقابله با فشار روانی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه تبریز ، *پایان نامه* ارشد ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی ، دانشگاه تربیت معلم.
- فرح بخش ، کیومرث. (۱۳۷۳). ، بررسی و مقایسه میزان باورهای منطقی در بین بیماران افسرده مراجعه کننده به مرکز روان پزشکی شهر اصفهان با افراد عادی ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبائی .
- قاسم زاده ، حبیب الله. (۱۳۷۰) .، *رفتار درمانی ، زمینه ، دور نما، مسائل* ، تهران : انتشارات جهاد دانشگاه .

- قاسم زاده ، حسن . (۱۳۷۲) . *استعداد و مهارت های خلاقیت مشهد* : انتشارات آستان قدس رضوی .
- کاستلو ، ت ، جوزف کاستلو . (۱۳۷۳) . *روان شناسی نابهنجاری* ، ترجمه پور افکاری ، تهران : انتشارات آزاده .
- کدیور، پروین . (۱۳۷۴) . *سبک های اسنادی و اهمیت آن در بهداشت روانی* . *فصلنامه علمی و پژوهشی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران* . شماره ۲ .
- کریمی ، یوسف . (۱۳۷۰) . *روانشناسی اجتماعی تهران* : انتشارات پیام نور .
- کلینک ، کریس . (۱۳۸۲) . *مهارت های اجتماعی* ، ترجمه علی محمد گودرزی ، تهران : موسسه خدمات فرهنگی رسا .
- کلینکه ، کریس . (۱۳۸۲) . *مهارت های زندگی* ، ترجمه شهرام محمدخانی ، تهران : انتشارات اسپند هنر .
- کوشکی ، شیرین . (۱۳۷۸) . ، ارتباط بین خوش بینی و درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی ، *پایان نامه* کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن .
- مبینی ، سیروس . (۱۳۷۶) . *افسردگی و درمان شناختی - رفتاری آن* ، نظریه ها ، مفاهیم و کاربردهای بالینی . تبریز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز .
- مبینی ، سیروس . (۱۳۷۲) . بررسی نقش کانون توجه در سوگیری حافظه بیماران افسرده . *فصلنامه پژوهش های سال اول روان شناختی* . شماره ۱ و ۲ .
- محمدی ، ف . ، صاحبی ، ع . (۱۳۸۰) . / بررسی سبکهای حل مسأله در افراد افسرده و عادی . *فصلنامه مجله علوم روانشناختی* ، سال ۶ ، شماره ۱ ، (۴۲-۲۴) .

- محمدی، ن.، منصور، م.، واژه‌های، ج. (۱۳۸۱). بررسی اثر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوان. *فصلنامه مجله روانشناسی*، سال ۶، شماره ۴.
- محمود علیلو، مجید. (۱۳۷۸). بررسی آزمایشی اثر خلق بر عملکرد. *فصلنامه پژوهش های روانشناختی*. دوره ۵. شماره ۳ و ۴.
- مه‌ریار، امیر هوشنگ. (۱۳۷۳). *افسردگی، برداشتها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- ناتانیل، براندل. (۱۳۸۰). *روان شناسی عزت نفس*، ترجمه، مهدی قراچه داغی، چاپ دوم، تهران: انتشارات نخستین.
- نجاریان، بهمن. (۱۳۷۵). *روان شناسی نگرانی*. *فصلنامه علوم تربیتی و روان شناسی*. سال سوم. شماره های ۱ و ۲.
- هانتر، گبوی، کارول. (۱۳۷۸). *راهنمای آموزش مهارت های زندگی*، بازنویسی و تنظیم فاطمه قاسم زاده، ترجمه ی نگین عبدالله زاده، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- کوهیان افضلی، ف. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر آموزش بازسازی شناختی مسئله گشایی و گفتگوی شخصی هدایت شده بر کاهش افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- بازیاری ضمیری، مهتاب. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه ای عوامل تنیدگی زا و شیوه های مقابله با آن در دختران فراری و عادی شهر تهران. *فصلنامه مجله روان شناسی*. سال هفتم، شماره ۴.
- اخوت، لادن. (۱۳۸۱). تاثیر آموزش شیوه های مقابله بر کاهش استرس. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*. سال ۴، شماره ۴.

Reference

- Abramsom , L. Y . , Alloy. L. B. , Hogan . M. E. (1997) . Cognitive / personality subtypes of depression: theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research* , 27 , 247 – 263.
- Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale. J.D. (1978) learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alloy, L., B. Abramson, L. Y., Meralsky, G. I & Harrlage, S. (1988) . The Hopelessness Theory of Depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Bech, A. T. (1981) . The Hopelessness Scale. Consulting ;Psychologists Press.
- Beck, A. T . , Steer , R. & Garbin , M. G. (1988) Psychometric property of the Beck depression inventory : Twenty five Years evaluation. *Clinical psychology Review* , 8 , 77 -100
- Billings, A.G. & Moos, R. H. (1981) . The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4. 139-157.
- Billings, A.G. Moos, R. H. (1985). Psychosocial stressors, coping and depression. In E. E. beckham & W.R. Leber (Eds) ,*Handbook of Depression: Treatment, Assessment and research* Homewood, IL : Dorsey Press.
- Billings, A.G. & Moos, R. H. (1982) . Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. *Clinical psychology Review*, 2. 213-237.
- Billings, A.G. & Moos, R. H. (1984) . Coping, Stress and Social resources among adults with unipolar depression . *Journal of Personality and Social psychology*, 46, 877-891.
- Blackburn, I.M., Smyth.P. (1985) .A test of cognitive vulnerability in individuals prone to depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 24, 61-62.

- Blankstein, K.R., Flett, G.L., & Watson, M. S. (1992). Coping and academic problem – solving ability in test anxiety . *Journal of Clinical Psychology*. 48(1) , 37 – 45.
- Borkovec, T.D. (1995a) . Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder: Applied relaxation, self – control desensitization , and cognitive therapy, with special reference to the integration of clinical experience and basic research in their application. Paper Presented at World Congress of Cognitive – Behavioural Therapists. Copenhagen , Denmark, 1995.
- Brewin, C. (1988) . Causal attributions. In S. Fisher & J. Reason (Eds) , *The Handbook of Life- Stress, Cognition and Health* . Chichester :Wiley.
- Carr, S.J., Teasdale, J. D. , & Broadbent , D. (1991) . Effects of induced elated and depressed mood on self – focused attention. *British Journal of Clinical Psychology*. 31, 273- 275.
- Cassidy, T. & Lynn, R. (1989) A multifactorial approach to achievement motivation: The development of a comprehensive measure. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 301-312.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996) . problem – solving style , style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*. 35, 265-277.
- Compas , B.E., Marlarne, V.L., & Fondacaro, K.M. (1988) . Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . 56(3) , 405-411.
- Coyne, J. C. , Gotlib , I. H. (1983) The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-5205.
- Craig, A.R., Franklin, J. A. & Almeida, M. C. (1987) . Children’ s Social Problem –solving skills, behavioral adjustment, and interventions : A meta – analysis evaluating theory and practice. *Journal of Applied Developmental Psychology* , 8, 391-401.

- D'zurilla, T.J., & Chang, E.C. (1995) . The relations between problem – solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*. 19.547-562.
- Davey, G.C.L., (1994) . Worry, social problem – Solving abilities, and social problem confidence. *Behavior Research and Therapy*. 32(3) , 327- 330
- Dixon, W.A., Heppner, P.P., & Rudd, M.D.(1994) . Problem – Solving appraisal , hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling psychology*. 41(1) , 91-98
- Dixon, W.A., Heppner, P.P., & Anderson, W.P.(1991) . problem – Solving appraisal, hopelessness , and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*. 38(1) , 51-56.
- Dubow, E.F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A & Reid, G. (1991) .A two – year longitudinal study of stressful Life events, social support and social problem- solving Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child Development*. 62,583-599.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rheame, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995) . Worry and problem – solving : Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*. 19(1), 109 – 120.
- Elliott, T.R., Herrick, S.M. , & Witty, T.E. (1992) . Problem – solving appraisal and the effects of social support among college students and persons with physical disabilities. *Journal of Counseling Psychology*. 39(2) , 219-226.
- Elliott, T.R., Sherwin, E., Harkins, S.W., & Marmarosh, C. (1995) . *Journal of Counseling psychology*. 42(1), 105-115.
- Folkman , S., & Lazarus, R.S. (1984). *Stress , appraisal and coping*. New York: Springe.
- Frydenberg, E.(1996) . *Adolescents Coping Theoretical and research perspectives*. New york: Routledge.
- Grandell, G.J. , & Chambless , D. L . (1986) . The validation of an inventory for measuring depressive thoughts : The Grandell Cognition Inventory. *Behavior Research and Therapy*. 24(4) , 403 – 411

- Haaga, D.A.F., Fine , J. A., Roscow Terrill, D., Stewart, B.L., & Beck, A.T. (1995) . Social problem- solving deficits, dependency, and depressive symptoms . Cognitive Therapy and Research. 19(2), 147- 158.
- Haley, W.E., Roth, D. L ., Coleton, M. I., Ford , G. R., West , C.A.C. , Gollins, R.P., & Isobe, T.L. (1996) . Appraisal, coping and social support as mediators of well- being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer’s disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64. (1) , 121-129.
- Heppner, P.P. , Kampa , M. & Brunning , L. (1987) , The relationship between problem – solving self – appraisal and indices of physical and psychological health. Cognitive Therapy and Ressearch, 11,155-168.
- Heppner, P.P., & Petersen, C .H. (1982) . The development and implications of a personal problem-solving Inventory.Journal of Counseling Psychology 29,66-75.
- Heppner, P.P., Baumgardner, A. & Jackson, J. (1985) . The relationship between problem – solving self appraisal, depression, and attributional style. Are they related cognitive Therapy and ressearch, 9,105-113.
- Hjelle, L., & Ziegler, D. J. (1992) . Personality theory: Basic assumptions, research and application. Singaore:McGrow- Hill, Inc.
- Hoffman , U,& Levy. (1988) social support and self – esteem, Journal of youth and adolescence , vol 17,No . 218.
- Ingram, E.I. (1990) . Self- focused attention in clinical disorders : Review and a conceptual model. Psychological bulletin. 107,156-175.
- Kant, G. L., D’zurilla, T.J. Maydeu – Olivares, A.(1997) . Social problem – solving as a mediator of stress- related depression and anxiety in middle- aged and elderly community residents . Cognitive Therapy and Research. 21(1), 73-96.
- Kaplan, H.I. , & Sadock, B. J. (1988) . Synopsis of Psychiatry. New York: Williams & Wilkins.

- Kuyken, W., Brewin, C.R. (1994) . Stress and coping in depressed women. *Cognitive Therapy and Research*. 18(5), 403-412.
- Meyer, T.J., Miller, M. L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development & validation of the penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487 – 495.
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1993) . The penn State Worry Questionnaire : Psychometric properties & associated characteristics In. G. C . L. Davey& F. Tallis (Eds). *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment*. Sussex, England: Wiley.In press.
- Nezu, A.M. & Perri, M.G. (1989) . Social problem – solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(3), 408- 413.
- Nezu, A.M. (1985) . Differences in psychological distress between effective and ineffective problem- solvers . *Journal of Counseling psychology*. 32(1), 135-138.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem – solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 54(2), 196-202.
- Nezu, A.M. , & Ronan, G.F.(1987). Social problem – solving and depression: rating alternatives and decision making . *Southern Psychologist*. 58(6), 873-876.
- Nezu, A.M. Nezu, C. M. , Saraydarian, L., Kalmar, K., & ronan, G.F. (1986). Social problem – solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptom. *Cognitive Research and Therapy*. 10, 489-498 .
- Nezu, A.M., (1987) .A problem solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model ,*Clinical Psychology Review*, 7,121-144.
- Nicholson, W.D., & Long , B.C.(1990) . Self –esteem, social support, internalized homophobia , and strategies of HIV + gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(6) , 873-876.

- Nolen – Hoeksema, S., Parker, L. E., Larson, J. (1994) . Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 67.(1) . 92 -104.
- Nunnally, J. C. (1978) . *psychometric Theory* , 2 nd ed. New York : McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric Theory*. MewYork : McGraw- Hill.
- Overholse, J.c. (1996) . Cognitive- behavioral treatment of depression, part IV: Improving problem – solving skills. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 26(1), 43-57.
- Parkes, K.R.(1984) . Locus of control , cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46(3) ;;, 655 - 668.
- Petersen, C., Semmel , A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Seligman, M.E.P. (1982). *The Attributional Sryle Questionnaire*. *Cognitive Therapy and Ressarch*. 6.287-299.
- Pretorius, T. B. (1993) . Assessing the problem – solving appraisal of black south African students. *International Jouvnal of Psychology*. 28(6), 861-870.
- Priester, M.J., & Clum , G.A. (1993) . Perceived problem – solving ability as a predictor of depression, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling psychology*. 40(1), 79-85.
- Sahebi, A. (1996). *An analysis of the nature and treatment of worry*. Ph. D thesis, unpublished. University of New Sourthwales Sydney, Australia.
- Seligman, M. E. P & Maier, S. F . (1967) . Failure to escape traumatic shod. *Journal of Experimental Psychology*. 74,1-9.
- Seligman, M. E. P. (1975) . *Helplessness: On depression, development and death*. San Franisco,CA:Freeman.
- Siegel,L.J., & Griffin, N.J.(1984) . Correlates of depressive symptoms in adolescents . *Journal of Youth and Adolescence*.13(6) , 475-487.

- Tisdale, D.A.& Lawrence, J. S. (1986). Interpersonal problem – solving competency: Review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 6,337-356.
- Tugrul, C. (1994) .Alkoliklerin cocukarinin aile oftamlarindaki stress kaynaklari, etkileri, ve stresle basacakma yollari, (Stressors in family environments of children of alcoholic father). *Turk Psikologi Dergisi*. 9 (31), 57 -73.
- Valentiner, D.P., Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1994) . Social support, appraisals of event controllability, and coping : An Integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66(6) , 1094-1102.
- Volkmer, R.E. & Feather, N.T.(1991) . Relations between Type A scores, internal locus of control and test anxiety. *Personality and Individual Differences* . 2, 124-130.
- Wege, W.J.& Moller, A.T.(1995) . Effectiveness of a problem – Solving training program . *Psychological Reports* . 76(2) , 507 -514.
- Weiner , B. (1985) . An attributional theory of achievement Motivation and Emotion . *Psychological Review* , 92,548-573.
- Weiner, B. (1986) .An- Attributional Theory of Motivation and Emotion. New York:Springer –Verlag.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M., & Ropper, D.W. (1988).Depression and mental control : The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of personality and Social Psychology*. 88(6) , 882-892.
- Windle, M., & Windle, R.C.:(1996) .Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents : Associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning . *Journal of Abnormal psychology*. 105(4), 551-560.
- Zautra, A.J., & Wrabetz, A.B.(1991) . Coping success and its relationship to psychological distress for older adults. *Journal of Personality and Social psychology*. 61(5), 801-810.

/

- Zeidner, M.& Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Difference*. 11(7), 693-703.
- Zuckermann. M., Lubin, B, & Rinck, C.M.(1983) . Construction of new scales for the Multiple Affect Adjective Checklist. *Journal of Behavioral Assessment* , 58,119-129.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: raymond
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:36:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: H.H
Total Editing Time: 1 Minute
Last Printed On: 4/1/2012 10:36:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 153
Number of Words: 26,560 (approx.)
Number of Characters: 151,393 (approx.)