Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 2/ Summer 2015
Page: 59-69

Comparison of copying strategies and problem solving styles in depressed and non-depressed students

Elham Nezamipour*(MSc), Atefeh Abdolmanafi[1] (Ph.D Student), Mohammad Ali Besharat[2] (PhD)

* Correspondence: M.Sc. Student in clinical psychology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran.Phone:09127487522. E-mail: e.nezamipour@yahoo.com

1. Psychology Department, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran.

2. Psychology Department, Psychology and Education Sciences Faculty, Tehran University, Tehran, Iran.

Abstract

This study was conducted in order to compare the copying strategies and problem solving styles in depressed and non-depressed students. In this study, Participants were selected from undergraduate students in Qom Azad University (N=200 females) through random sampling. Participants completed Beck Depression Inventory (BDI), Cassidy & Long Problem Solving Styles and Billings and Moos Coping Responses Inventory (CRI). Data were analyzed using linear regression and variance analysis. The Results of study illustrated that that coping styles, non-constructive problem solving styles and depression have significant relation and depressed students used more emotional control and somatization (physical control) comparing to non-depressed students. On the other hand, non-depressed students used more Creative, Confidence and Approach Styles of problem solving styles. There was significant difference between two groups of depressed and non-depressed students. Helplessness, control and confidences among problem solving styles and just physical control could forecast depression symptoms.

Keywords: copying strategies, problem solving styles, depression

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴
صفحات: ۶۹-۵۹

مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله در دانشجوهای افسرده و عادی

الهام نظامی‌پور*(MSc)، عاطفه عبدالمنافی[۱] (Ph.D Student)، محمدعلی بشارت[۲] (PhD)

* مولف مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. ۰۹۱۲۷۴۸۷۵۲۲
E-mail: e.nezamipour@yahoo.com

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲- گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش به منظور مقایسه راهبردهای مقابله‌ای با سبک‌های حل مسئله در دانشجویان افسرده و غیرافسرده انجام شد. در این پژوهش، دویست دانشجوی دختر از مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد قم به صورت نمونه-گیری تصادفی انتخاب شدند. از شرکت کنندگان خواسته شد مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، سبک‌های حل مسئله کسیدی و لانگ و راهبردهای مقابله‌ای موس و بیلینگز (CRI) را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که که بین سبک های مقابله‌ای، شیوه‌های حل مسئله غیر سازنده و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد و دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان غیرافسرده از راهبرد مهارجسمانی و مهار هیجانی بیشتری استفاده کردند؛ از طرفی، دانشجویان غیر افسرده در مقایسه با دانشجویان افسرده از سبک‌های حل مسئله خلاقیت، اعتماد و گرایش بیشتر استفاده کردند. تفاوت‌های معناداری بین دو گروه دانشجویان افسرده و غیر افسرده وجود داشت. درماندگی، مهارگری و اعتماد از سبک‌های حل مسئله و تنها مهار جسمانی از راهبردهای مقابله‌ای توانایی پیش بینی کردن نشانه‌های افسردگی را دارند.

کلید واژه‌ها: راهبردهای مقابله‌ای، سبک‌های حل مسئله، افسردگی

مقدمه

نتایج حاصل از مطالعات همه گیرشناسی، افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال و همکاران[1]، ۲۰۰۲). از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان شناختی آشکار می‌شود (تیزدل و برنارد[2]، ۱۹۹۳). به طور کلی، افسردگی حالت هیجانی است که با غمگینی، نگرانی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و میل جنسی، از دست‌دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های عادی مشخص می‌شود. برای این افراد، تمرکز و توجه، کار طاقت‌فرسایی به‌شمار می‌آید. درک و فهم آنچه می‌خوانند یا از دیگران می‌شنوند، مشکل است. بسیاری از آنها ترجیح می‌دهند تنها بنشینند. وقتی با مسئله‌ای روبه‌رو می‌شوند، راهبردهایی برای حل مساله به ذهنشان نمی‌رسد. به بهداشت فردی کمتر بها می‌دهند و شکایات متعدد هیپوکندریایی، مثل دردهای متعدد بدون منشاء جسمانی دارند و به‌طور کلی، در اکثر مواقع نگران و اندوهگین هستند (کاکوبسن[3]، ۱۹۹۱).

یکی از سازه‌های که در حوزه افسردگی به آن پرداخته شده و مورد توجه قرار گرفته است، شیوه‌های حل مساله می باشد. حل مسأله فرآیندی شناختی- رفتاری و مبتکرانه است که فرد به کمک آن راهبردهای مؤثر و سازگارانه برای مشکلات روزمره را شناسایی یا ابداع می‌کند (کسیدی و لانگ[4]، ۱۹۹۶). سازه حل مسأله با متغیرهای سلامت عمومی، افسردگی، انگیزهٔ پیشرفت، پریشانی روانشناختی، استرس و سازگاری روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (وایتفیلد و همکاران[5]، ۲۰۰۴؛ بیکر[6]، ۲۰۰۳؛ کسیدی، ۲۰۰۲؛ پاکنهام[7]، ۱۹۹۹).

از دیدگاه نزو [8](۱۹۸۷)، شش نوع سبک حل مسأله وجود دارد که عبارتند از حل مسئله خلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، مهارگری (کنترل) و اجتناب. سه سبک نخست، شیوه‌های حل مسألهٔ سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسئلهٔ غیرسازنده خوانده می‌شوند.

شیوه‌های سازنده با سازه‌هایی هم‌چون رضایت از زندگی، عاطفهٔ مثبت، انگیزهٔ پیشرفت و حمایت اجتماعی رابطه دارند و شیوه‌های غیرسازنده با متغیرهای اضطراب، افسردگی، نومیدی، خصومت و استرس شغلی همبسته هستند (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶ ؛ کسیدی و بورن‌ساید[9]، ۱۹۹۶).

از دیگر سازه‌های مرتبط با افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای است. راهبردهای مقابله‌ای، تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود به‌کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (پاول و انریت[10]، ۱۹۹۸). تنیدگی و حتی

1 . Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD
2 . Teasdale JD, Barnard, PJ
3 . Cacobson JM

4 . Cassidy T, Long C.
5 . Whitfield KE, Allaire JC, Wiggins SA
6 . Baker SR.
7 . Pakenham KI.
8 . Nezu AM.
9 . Cassidy T, Burnside E.
10 . Pavel T, Anrite S.

شدت آن به خودي‌خود بد و سازش‌نايافته نيست، بلكه مهم چگونگي مقابله با اين شرايط است. لذا، راهبردهايي كه فرد براي مقابله انتخاب مي‌كند جزيي از نيمرخ آسيب‌پذيري محسوب مي‌شوند. اتخاذ خط مشي و راهبردهاي نامناسب در مواجهه با عوامل تنيدگي‌زا مي‌تواند موجب تشديد مشكلات شود درحالي كه به‌كارگيري راهبرد صحيح مقابله مي‌تواند نتايج مثبتي در پي داشته باشد (حكمت‌پور، ۲۰۰۱).

با توجه به مطالب مطرح شده به اين مسئله خواهيم پرداخت كه چرا برخي از دانشجويان پس از شروع به تحصيل و مواجهه با مشكلات و علي‌رغم سابقه تحصيلي خوب، دچار افت شديد تحصيلی مي‌شوند. هدف از انجام اين پژوهش مقايسه سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای دانشجويان افسرده و غيرافسرده است.

روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف و موضوع آن، از نوع پژوهش‌های علّی- مقايسه‌ای محسوب می‌شود. جامعه آماری مورد مطالعه در اين پژوهش را دانشجويان دختر كارشناسی دانشكده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم تشكيل می‌دهند كه تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گيری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و مقياس راهبردهاي مقابله‌اي (CRI؛ بيلينگز و موس) و پرسشنامه افسردگی بک و مقياس توانايی حل مسئله كسيدی و لانگ[11] را تكميل كردند. روئلفز[12] و همكاران (۲۰۰۸) نيز در پژوهش‌های خود حجم نمونه را بين ۱۹۵ الی ۲۰۰ نفر گرفته است.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ويرايش دوم[13] (BDI-II): اين مقياس، شكل بازنگري شده پرسشنامه افسردگی بک است كه جهت سنجش شدت افسردگی تدوين شده بود. اين پرسشنامه از ۲۱ ماده تشكيل شده است، كه از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روي يک مقياس از صفر تا سه درجه‌بندی كنند (بک و همكاران، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده بر روي پرسشنامه افسردگی بک، ويرايش دوم، اعتبار، پايايی و ساخت عاملی مطلوبی را براي اين پرسشنامه گزارش كرده‌اند. برای نمونه، فتی (۲۰۰۵) پايايی مناسبی براي اين پرسشنامه در يک‌نمونه ايرانی گزارش‌كرده است.

پرسشنامۀ سبک حل مسئله: اين مقياس را كسيدی و لانگ (۱۹۹۶) طی دو مرحله ساخته‌اند و دارای ۲۴ پرسش است كه شش عامل را می‌سنجد و هر كدام از عوامل دربرگيرندۀ چهار ماده آزمون می‌باشند. اين عوامل عبارتند از: سبک حل مسئلۀ خلاقيت[14]، اعتماد در حل مسئله[15]، سبک گرايش[16]، درماندگی[17] در حل مسئله، مهارگری حل مسئله[18]، سبک اجتناب[19]. سبک حل مسئلۀ خلاقيت نشان‌دهندۀ برنامه‌ريزی و در نظر گرفتن راه حل‌های متنوع بر حسب موقعيت مسئله‌زا است .سبک اعتماد در حل‌مسئله بيانگر اعتقاد در توانايی فرد برای حل مشكلات است. سبک‌گرايش، نگرش

11 - Cassidy & Long problem solving style
12 - Roelofs

13 - Beck Depression Inventory-II
14 - Creative Problem-Solving Style
15 - Problem Solving Confidence
16 - Approach Style
17 - Helplessness
18 - Problem-Solving Control
19 - Avoidance Style

مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابلهٔ رودررو با آنها را نشان می‌دهد. سبک درماندگی بیانگر بی‌یاوری فرد در موقعیت‌های مسئله زا می‌باشد. سبک مهارگری در حل مسئله به تأثیر کنترل کننده‌های بیرونی و درونی در موقعیت مسئله زا اشاره دارد و در نهایت سبک اجتناب، گویای تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله با آنها است. سه سبک نخست، شیوه‌های حل مسئلهٔ سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسئلهٔ غیر سازنده خوانده می‌شوند (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶).

محمدی و صاحبی (۲۰۰۱) پایایی درونی این آزمون را با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۶۰ گزارش نمودند. هم‌چنین ضریب آلفا در مطالعه باباپور خیرالدین و همکاران (۲۰۰۲) برابر با ۰/۷۷ بود. با در نظر گرفتن شاخص پایایی به عنوان ضریب روایی (ضریب روایی برابر است با ریشه دوم ضریب پایایی) در یک پژوهش (همان جا) ضریب روایی این مقیاس را برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند.

مقیاس راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس (CRI): این پرسشنامه مشتمل بر ۳۲ جمله است که ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد؛ مقابله مبتنی بر حل مساله (۳ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی (۱۱ ماده)، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی (۵ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات (۹ ماده) و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی (۴ ماده). نمره گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ تا ۴ است. حسینی قدمگاهی ضریب اعتبار باز آزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ به‌دست آورد. هم‌چنین مقدار اعتبار براي خرده مقیاسهاي این پرسشنامه در پژوهش وی ۰/۹ براي مقابله مبتني بر حل مساله، ۰/۶۵ براي مقابله مبتني بر مهار هیجاني، ۰/۶۸ براي مقابله مبتني بر ارزیابی شناختی، ۰/۹۰ برای مقابله مبتنی برجسماني کردن مشکلات و ۰/۹۰ برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعي به دست آمد (خوسقی، ۲۰۰۴).

یافته‌ها

جدول ۱ ماتریس همبستگی بین ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله را در دو گروه دانشجویان افسرده و غیر افسرده نشان می‌دهد. جدول‌های ۲ و ۳ دو گروه افراد افسرده و غیر افسرده را در ابعاد حل مسئله و ابعاد راهبردهای مقابله‌ای مقایسه می‌کند. همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دانشجویان افسرده و غیر افسرده در همه ابعاد سبک‌های حل مسئله تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/01$). بدین صورت که میانگین دانشجویان غیر افسرده در شیوه‌های حل مسئله سازنده (خلاقیت، اعتماد و گرایش) بالاتر از دانشجویان افسرده است در حالی که در گروه افسرده میانگین شیوه‌های غیر سازنده (درماندگی، مهارگری و اجتناب) بالاتر از گروه غیر افسرده می‌باشد. جدول ۳ نشان می‌دهد که در سه بعد از راهبردهای مقابله‌ای بین دانشجویان افسرده و غیر افسرده تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که در ابعاد مهار هیجانی و مهار جسمانی میانگین افراد افسرده بالاتر از غیر افسرده

است (P<0/001) و در بعد ارزیابی شناختی میانگین افراد غیر افسرده بالاتر از افراد افسرده می‌باشد (P<0/05). برای پیش بینی اثر ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله با افسردگی دانشجویان از رگرسیون خطی استفاده شد (جدول ۴). نتایج نشان داد که میزان F مشاهده شده معنادار می‌باشد (P<0/001, F=17/99) و ۴۸٪ از واریانس افسردگی در دانشجویان به واسطه سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای قابل تبیین است (R2= 0/51). ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که از میان متغیرها، درماندگی (t= 5/33, β=0/33)، مهارگری t= 2/54, (β=0/14)، اعتماد (t=-4/89, β=-0/30)، و مهار جسمانی (t=5/96, β=0/37)، می‌توانند تغییرات افسردگی دانشجویان را پیش بینی کنند.

جدول ۱. همبستگی بین راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله کل نمونه دانشجویان

راهبردهای مقابله‌ای سبک‌های حل مسئله		جلب حمایت اجتماعی	مهار هیجانی	مهار جسمانی	ارزیابی شناختی	حل مسئله
درماندگی	افسرده	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۱۴	-۰/۴۸**	-۰/۲۹
	عادی	-۰/۱۵	۰/۰۶	-۰/۰۳	-۰/۰۵	-۰/۱۰
مهارگری	افسرده	۰/۱۰	۰/۰۹	-۰/۴۵	-۰/۷۵	۰/۰۹
	عادی	۰/۰۴	۰/۳۳**	۰/۱۸	-۰/۱۰	۰/۰۹
خلاقیت	افسرده	-۰/۰۷	-۰/۱۵	-۰/۱۶	۰/۲۲*	۰/۱۰
	عادی	۰/۳۲**	۰/۰۳	۰/۲۱*	۰/۲۷**	۰/۰۶
اعتماد	افسرده	-۰/۳۲	-۰/۰۹	-۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۰۸
	عادی	۰/۱۲	-۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۱۰
اجتناب	افسرده	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۰۰۵
	عادی	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۰۳
گرایش	افسرده	-۰/۱۲	-۰/۱۲	-۰/۳۱**	۰/۲۳*	-۰/۰۱
	عادی	۰/۲۰*	-۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۱۵

*P< 0/05, ** P< 0/01

جدول ۲: مقایسه افراد افسرده و عادی در مقیاس سبک های حل مسئله

سبک‌های حل‌مسئله	آماره	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	f	سطح معنی‌داری
درماندگی	افسرده	۹۰	۱/۶۵	۱/۱۸	۱۹۶ و ۱	۶۱/۵۸	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۰/۵۷	۰/۷۳			
مهارگری	افسرده	۹۰	۲/۰۵	۰/۸۷	۱۹۶ و ۱	۱۰/۶۵	۰/۰۰۱
	عادی	۱۰۸	۱/۶۱	۱/۰۱			
خلاقیت	افسرده	۹۰	۲/۴۷	۱/۲۱	۱۹۶ و ۱	۱۳/۰۷	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۳/۱۲	۱/۲۷			
اعتماد	افسرده	۹۰	۱/۷۲	۱/۱۹	۱۹۶ و ۱	۱۹/۶۶	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۲/۵۰	۱/۲۸			
اجتناب	افسرده	۹۰	۲/۶۶	۰/۸۹	۱۹۶ و ۱	۴/۹۰	۰/۰۲۸
	عادی	۱۰۸	۲/۳۳	۱/۱۶			
گرایش	افسرده	۹۰	۲/۷۷	۱/۰۰	۱۹۶ و ۱	۱۵/۰۳	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۳/۳۳	۱/۰۰			

جدول ۳: مقایسه افراد افسرده و عادی در راهبردهای مقابله ای

راهبردهای مقابله‌ای	آماره	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	f	سطح معنی‌داری
جلب حمایت اجتماعی	افسرده	۹۰	۷/۰۴	۲/۳۳	۱۹۶ و ۱	۰/۰۲	۰/۸۷۳
	عادی	۱۰۸	۶/۹۹	۲/۳۶			
مهار هیجانی	افسرده	۹۰	۱۶/۹۳	۴/۲۸	۱۹۶ و ۱	۲۰/۰۱	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۱۴/۳۹	۳/۶۸			
مهار جسمانی	افسرده	۹۰	۸/۵۰	۴/۴۰	۱۹۶ و ۱	۴۴/۰۱	۰/۰۰۰
	عادی	۱۰۸	۴/۹۱	۳/۱۷			
ارزیابی شناختی	افسرده	۹۰	۴/۶۴	۱/۵۷	۱۹۶ و ۱	۵/۰۶	۰/۰۲۵
	عادی	۱۰۸	۵/۱۶	۱/۶۶			
حل مسئله	افسرده	۹۰	۶/۱۲	۱/۷۱	۱۹۶ و ۱	۱/۴۸	۰/۲۲۵
	عادی	۱۰۸	۶/۴۲	۱/۸۱			

جدول ۴: بررسی اثر پیش‌بینی کننده سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای بر روی افسردگی

آماره / متغیر پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	سطح معنی‌داری
	b	خطا	β		
مقدار ثابت	۷/۹۵	۳/۸۵	–	۲/۰۶	۰/۰۴
درماندگی	۳/۳۴	۰/۶۲	۰/۳۳	۵/۳۳	۰/۰۰
مهارگری	۱/۶۳	۰/۶۴	۰/۱۴	۲/۵۴	۰/۰۱
خلاقیت	۰/۳۰	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۵۸
اعتماد	-۲/۵۶	۰/۵۲	-۰/۳۰	-۴/۸۹	۰/۰۰
اجتناب	۰/۱۹	۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۷۳
گرایش	۰/۱۷	۰/۶۹	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۸۰
جلب حمایت اجتماعی	-۰/۰۷	۰/۲۶	-۰/۰۱	-۰/۲۸	۰/۷۸
مهار هیجانی	-۰/۰۴	۰/۱۶	-۰/۰۱	-۰/۲۷	۰/۷۸
مهار جسمانی	۰/۹۸	۰/۱۶	۰/۳۷	۵/۹۶	۰/۰۰
ارزیابی شناختی	-۰/۱۸	۰/۴۰	-۰/۰۲	-۰/۴۶	۰/۶۴
حل مسئله	-۰/۰۱	۰/۳۴	-۰/۰۰۳	-۰/۰۵	۰/۹۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسي سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان افسرده و غیرافسرده بود. یافته های پژوهش نشان دادند که دانشجویان غیر افسرده در مقایسه با دانشجویان افسرده از شیوه های حل مسئله سازنده (خلاقیت، اعتماد و گرایش) استفاده می‌کنند در حالی که گروه افسرده بیشتر از شیوه-های غیر سازنده (درماندگی، مهارگری و اجتناب) بهره می‌برند. این نتایج با پژوهش-های دیگر در این زمینه همسو است (زارعان و همکاران، ۲۰۰۷؛ باباپورخیرالدین و همکاران، ۲۰۰۲؛ کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶). همچنین، نتایج تفاوتهایی را در راهبردهای مقابله‌ای بین دانشجویان افسرده و غیر افسرده نشان داد؛ دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان غیر افسرده نمرات بالاتری در مهار هیجانی و مهار جسمانی دریافت کردند، در حالی که دانشجویان غیر افسرده در بعد ارزیابی شناختی بالاتر از گروه افسرده بودند. این یافته‌ها پژوهش‌های پیشین همخوان است (فرزین‌راد و همکاران، ۲۰۱۰؛ گارنفسکی و کراجی[20]، ۲۰۰۳؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

برای پیش‌بینی اثر ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و سبک-های حل مسئله با افسردگی دانشجویان، نتایج رگرسیون نشان داد که از بین ابعاد راهبردهاي مقابله‌اي، تنها مهار جسماني می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند؛ بدین صورت که هر چه مهار جسماني بالاتر باشد، ميزان افسردگي هم افزايش مي‌يابد. همچنین از بین سبک‌های حل مسئله، درماندگی، مهارگری و اعتماد می‌توانند تغییرات افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی کنند، بدین صورت که هرچقدر سبک‌های درماندگی و مهارگری بالاتر و میزان اعتماد کمتر باشد میزان افسردگی بیشتر خواهد بود. نتایج حاصل با پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله پژوهش فرزین‌راد و همکاران (۲۰۱۰) مطابقت دارد.

توانايي سازگاري افراد در رويارويي با تنيدگی، مشکلات، زندگي شخصي و معضلات اجتماعي برابر نيست (انگرمير[21] و همکاران، ۲۰۰۶). در محيط مشابه اجتماعي، بعضي اشخاص توانايي مقابله با مشکلات و موقعيت‌هاي چالش برانگيز را خيلي زود از دست مي‌دهند و دچار افسردگي، اضطراب، رفتارهاي ضد اجتماعي و خودکشي مي شوند؛ درحالي‌که عده‌اي ديگر به راحتي قادرند از پس اين موقعيت‌ها برآيند و بدون عارضه خاصي مشکل را برطرف کرده يا آن را پشت سر بگذارند (اينگرام[22] و همکاران ،۱۹۹۸). هر اندازه چنين ظرفيتي بالاتر يا بيشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت رواني و اجتماعي خود را در سطح بهتري نگه دارد و به شيوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات خويش بپردازد (گراس و مونوز[23]، ۱۹۹۵). انتخاب راهبرد شناختي، هيجاني، و رفتاري مي‌تواند بر سلامت روان بالا يا پايين تأثير بگذارد

20 . Garnefski NS, Kraaij V

21 . Angermeyer MC, Kilian R, Wilms HU, Wittmund B
22 . Ingram RE, Miranda J, Segal ZV
23 . Gross JJ, Munoz RF

(گراس، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده است افرادي كه خود را به مجموعه‌اي از مهارت‌ها و توانمندي‌هاي مقابله‌اي تجهيز كرده‌اند، در رويارويي با مشكلات موفق‌تر هستند، چرا كه استفاده از پاسخ‌هاي مقابله‌اي مؤثر، به آنها در غلبه بر مشكلات جسماني و رواني، روابط بين‌فردي، اجتماعي و تعارضات فردي كمک مي‌كند، درنتيجه اين افراد از كيفيت زندگي و سلامت روان بهتري برخوردارند (كاوانگاه و شاپيرو[۲۴]، ۲۰۰۴).

زماني‌كه افراد مي‌توانند كارهاي سازنده انجام دهند، از پاسخ‌هاي مقابله‌اي مساله‌مدار يا مبتني بر حل مساله (حل مساله، ارزيابي شناختي و جلب حمايت اجتماعي) استفاده مي‌كنند و اگر در تغيير موقعيت ناتوان باشند، از مقابله‌هاي هيجان‌مدار (مهار هيجاني، جسماني‌كردن و جلب حمايت اجتماعي) بهره مي‌برند (حسيني قدمگاهي، ۱۹۹۷). همچنين، پژوهش‌ها نشان داده است كه افزايش استفاده از پاسخ‌هاي مقابله‌اي هيجان‌مدار با افزايش اضطراب، آسيب جسماني، افسردگي و اختلال در عملكرد اجتماعي رابطه دارد، در حالي كه پاسخ مقابله‌اي مساله‌مدار بيشتر بر تعاملات فردي و عملكرد اجتماعي فرد اثر مي‌گذارد (الوی و ريسكيند[۲۶]، ۲۰۰۶). افرادي كه از پاسخ‌هاي مقابله‌اي مساله‌مدار و شناخت‌هاي سازگارانه استفاده مي‌كنند، در واقع رفتارهايي را براي بازسازي دوباره مساله از نظر شناختي يا موقعيت تنيدگي‌زا به‌كار مي‌گيرند و از سلامت روان و كيفيت زندگي بالاتري برخوردارند (كلارک و همكاران[۲۷]، ۲۰۰۱؛ اينگرام و همكاران، ۱۹۹۸ ؛ جن ليوپيس و اندرسون، ۲۰۰۶).

در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش علاوه بر تأیید نظریه‌های حاضر در زمینه رابطه بین سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای و اختلال افسردگی اساسی و مقایسه با دانشجویان غیرافسرده، می‌تواند موجب افزایش دانش روانشناختی ما در زمینه عوامل مؤثر بر شکل دهی و تداوم افسردگی اساسی باشد و به گسترش تبیین‌های مربوط به افسردگی اساسی کمک کند. در سطح عملی و به خصوص بالینی، این یافته‌ها، متخصصان بهداشت روان از جمله روانشناسان و روانپزشکان را تشویق می‌کند که با شناسایی عوامل تأثیرگذار بتوانند رویکردهای درمانی مؤثر، نوین و مقرون به صرفه‌ای را جهت درمان بیماران افسرده اساسی مد نظر قرار دهند و با شناسایی به موقع و

24 . Cavanagh K, Shapiro DA
25 . Jane-Llopis E, Anderson P
26 . Alloy LB, Riskind JH
27 . Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W

پیشگیری از این اختلال بتوانند هزینه‌های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند.

منابع

Alloy, L.B, & Riskind J.H. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Angermeyer, M.C., Kilian, R., Wilms, H.U. & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. Int J Soc Psychiatry. 52(3), 278-85.

Babapour Kheirodin, J. Rasoulzadeh Tabatabaei, S.K., Ejehei, j. & Fathi Ashtiani, A. (2002). Investigate the relationship between problem solving styles and mental health in the students. Journal of Psychology, 1, 3-16. [In Persian]

Baker, S.R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, academic motivation and performance. Personality and Individual Differences, 35, 569-591.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Cacobson, J.M. (1991). The relationship between social support and depression in adolescents. J Child Adolesc Psychiatry, 4, 4-20.

Cassidy T, & Burnside E. (1996). Cognitive appraisal, vulnerability and coping: An integrative analysis of appraisal and coping mechanisms. Counseling Psychology Quarterly, 9, 261-279.

Cassidy T, & Long C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multi factorial measure. British Journal of Clinical Psychology, 265-277.

Cassidy T. (2002). Problem-solving style, achievement motivation, psychological distress and response to assimilated emergency. Counseling Psychology Quarterly. 15, 325-332.

Cavanagh K, & Shapiro, D.A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. J Clin Psychol, 60(3), 225-239.

Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, & Beardslee W. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed patients. Arch Gen Psychiatry, 4(58), 1127-34.

Farzin Rad B., Asgharnejad Farid, A. A, Yekkeh Yazdandoust R., Habibi Asgarabad, M. (2010). Comparison of copying strategies and personality styles in depressed and non-depressed students.

Journal of Behavioral Sciences, 4(1),17-21. [In Persian]

Fata L, Birashk B, Atefvahid M, & Dabson K. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. IJPCP, 11(3), 312-326. [In Persian]

Garnefski N, Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, & Onstein E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. Eur J Pers, 23(16), 403-420.

Garnefski, N.S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. J Youth Adolesc, 10(32), 401-408.

Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. Cogn Emot. 13(5), 551-73.

Hekmatpoor, A. (2001). Investigate the relationship between stress and coping styles with the students and public universities of Tehran [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Moallem University. [In Persian]

Hosayni-Ghadamgahi, J. (1997). Quality of social relationships, stressful events and coping strategies in patients with coronary heart [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Science. [In Persian]

Ingram RE, Miranda J, & Segal, Z.V. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press.

Jane-Llopis E, Anderson P. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories. Luxembourg: European Communities.

Khosghi H. (2004). A comparative study of personality factors, social support and stressful life events in coronary heart disease and non-patients

[dissertation]. Tehran: Psychiatric Institute; 2004. [In Persian]

Mohammadi, F., & Sahebi, A. (2001). The study of comparison of problem-solving among depression and normal human. Journal of psychological Sciences, 1, 24-42. [In Persian]

Pakenham KI. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. Health Psychology, 18, 383-392.

Pavel T, & Anrite S. (1998). Stress, anxiety and ways to deal with it. Bakhshipoor A, Saborimoghaddam H, translators. Mashhad: Behnashr Publication. [In Persian]

Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. Journal of Personality and Individual Differences, 44, 576-586.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New Yourk: Guilford press.

Teasdale, J.D., & Barnard, P.J. (1993). Affect cognition and change: Remodeling Depressive Thought .Hove: Erlbaum.

Whitfield KE, Allaire JC, & Wiggins SA. (2004). Relationships among health factors and everyday problem solving in African-Americans. Health Psychology, 23, 641-644.

Zarean M, Asadollah-pour A, Bakhshi-pour Roodsari A. (2007). Relationship between Emotional Intelligence and Problem-solving Styles with General Health. IJPCP, 13(2), 166-172. [In Persian]