

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

Elham Nezamipour\*(MSc), Atefeh Abdolmanafi<sup>1</sup> (Ph.D Student), Mohammad Ali Besharat<sup>2</sup> (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

## مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله در دانشجویان افسرده و عادی

الهام نظامی‌پور\* (MSc)، عاطفه عبدالمنافی<sup>۱</sup> (Ph.D Student)، محمدعلی بشارت<sup>۲</sup>  
(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، دویمت 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 بین سبک‌های مقابله‌ای، شیوه‌های حل مسئله غیر سازنده و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد و دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان غیرافسرده از راهبرد مهار جسمانی و مهار هیجانی بیشتری استفاده کردند؛ از طرفی، دانشجویان غیرافسرده در مقایسه با دانشجویان افسرده از سبک‌های حل مسئله خلاقیت، اعتماد و گرایش بیشتر استفاده کردند. تفاوت‌های معناداری بین دو گروه دانشجویان افسرده و غیرافسرده وجود داشت. درماندگی، مهارگری و اعتماد از سبک‌های حل مسئله و تنها مهار جسمانی از راهبردهای مقابله‌ای توانایی پیش‌بینی کردن نشانه‌های افسردگی را دارند.

**کلید واژه‌ها:** راهبردهای مقابله‌ای، سبک‌های حل مسئله، افسردگی

## مقدمه

نتایج حاصل از مطالعات همه گیرشناسی، افسردگی را شایع-ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌انديشند 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<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). به طور کلی، افسردگی حالت هیجانی است که با غمگینی، نگرانی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و میل جنسی، از دست دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های عادی مشخص می‌شود. برای این افراد، تمرکز و توجه، کار طاقت‌فرسای 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<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱).

یکی از سازه‌های که در حوزه افسردگی به آن پرداخته شده و مورد توجه قرار گرفته است، شیوه‌های حل مساله می‌باشد. حل مساله 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<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). سازه حل مساله با متغیرهای سلامت عمومی، افسردگی، انگیزه پیشرفت، پریشانی روانشناختی، استرس و سازگاری روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (وایتفیلد و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ بیکر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ کسیدی، ۲۰۰۲؛ پاکنهام<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹).

از دیدگاه نزو<sup>۸</sup> (۱۹۸۷)، شش نوع سبک حل مساله وجود دارد که عبارتند از حل مسئله خلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، مهارگری (کنترل) و اجتناب. سه سبک نخست، شیوه‌های حل مساله سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسئله غیرسازنده خوانده می‌شوند.

شیوه‌های سازنده با سازه‌هایی همچون رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، انگیزه 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<sup>۹</sup>، 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 تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (پاول و انریت<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸). تنیدگی و حتی

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.

1. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD

2. Teasdale JD, Barnard, PJ

3. Cacobson JM

همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش‌های خود حجم نمونه را بین ۱۹۵ الی ۲۰۰ نفر گرفته است.

### ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم<sup>۱۳</sup> (BDI-II): این مقیاس، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است، که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. برای نمونه، فتی (۲۰۰۵) پایایی مناسبی برای این پرسشنامه در یک نمونه ایرانی گزارش کرده است.

پرسشنامه سبک حل مسئله: این مقیاس را کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) طی دو مرحله ساخته‌اند و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می‌سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می‌باشند. این عوامل عبارتند از: سبک حل مسئله خلاقیت<sup>۱۴</sup>، اعتماد در حل مسئله<sup>۱۵</sup>، سبک گرایش<sup>۱۶</sup>، درماندگی<sup>۱۷</sup> در حل مسئله، مهارگری حل مسئله<sup>۱۸</sup>، سبک اجتناب<sup>۱۹</sup>. سبک حل مسئله خلاقیت نشان‌دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه حل‌های متنوع بر حسب موقعیت مسئله‌ها است. سبک اعتماد در حل مسئله بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. سبک گرایش، نگرش

شدت آن به خودی خود بد و سازش‌نایافته نیست، بلکه مهم چگونگی مقابله با این شرایط است. لذا، راهبردهایی که فرد برای مقابله انتخاب می‌کند جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند. اتخاذ خط مشی و راهبردهای نامناسب در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا می‌تواند موجب تشدید مشکلات شود درحالی که به‌کارگیری راهبرد صحیح مقابله می‌تواند نتایج مثبتی در پی داشته باشد (حکمت‌پور، ۲۰۰۱).

با توجه به مطالب مطرح شده به این مسئله خواهیم پرداخت که چرا برخی از دانشجویان پس از شروع به تحصیل و مواجهه با مشکلات و علی‌رغم سابقه تحصیلی خوب، دچار افت شدید تحصیلی می‌شوند. هدف از انجام این پژوهش مقایسه سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان افسرده و غیرافسرده است.

### روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف و موضوع آن، از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای محسوب می‌شود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را دانشجویان دختر کارشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم تشکیل می‌دهند که تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (CRI؛ بیلینگز و موس) و پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس توانایی حل مسئله کسیدی و لانگ<sup>۱۱</sup> را تکمیل کردند. روئلز<sup>۱۲</sup> و

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

11 - Cassidy & Long problem solving style  
12 - Roelofs

مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها را نشان می‌دهد. سبک درماندگی بیانگر بی‌باوری فرد در موقعیت‌های مسئله‌زا می‌باشد. سبک مهارگری در حل مسئله به تأثیر کنترل‌کننده‌های بیرونی و درونی در موقعیت مسئله‌زا اشاره دارد و در نهایت سبک اجتناب، گویای تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله با آنها است. سه سبک نخست، شیوه‌های حل مسئله سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسئله 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

به دست آورد. همچنین مقدار اعتبار برای خرده مقیاسهای این پرسشنامه در پژوهش وی ۰/۹ برای مقابله مبتنی بر حل مساله، ۰/۶۵ برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی، ۰/۶۸ برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، ۰/۹۰ برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات و ۰/۹۰ برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی 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 پیش‌بینی 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  $48\%$  از واریانس افسردگی در دانشجویان به واسطه سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای قابل تبیین است ( $R^2 = 0/51$ ). ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که از میان متغیرها، درماندگی ( $t = 5/33, \beta = 0/33$ ), مهارگری ( $t = 2/54, \beta = 0/14$ ), اعتماد ( $t = -4/89, \beta = -0/30$ ), و مهار جسمانی ( $t = 5/96, \beta = 0/37$ ) می‌توانند تغییرات افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی 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 |
|--------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------|----------|
| افسرده                               | ۰/۱۴              | ۰/۱۹        | ۰/۱۴        | -۰/۴۸**        | -۰/۲۹    |
| عادی                                 | -۰/۱۵             | ۰/۰۶        | -۰/۰۳       | -۰/۰۵          | -۰/۱۰    |
| افسرده                               | ۰/۱۰              | ۰/۰۹        | -۰/۴۵       | -۰/۷۵          | ۰/۰۹     |
| عادی                                 | ۰/۰۴              | ۰/۳۳**      | ۰/۱۸        | -۰/۱۰          | ۰/۰۹     |
| افسرده                               | -۰/۰۷             | -۰/۱۵       | -۰/۱۶       | ۰/۲۲*          | ۰/۱۰     |
| عادی                                 | ۰/۳۲**            | ۰/۰۳        | ۰/۲۱*       | ۰/۲۷**         | ۰/۰۶     |
| افسرده                               | -۰/۳۲             | -۰/۰۹       | -۰/۰۵       | ۰/۱۲           | ۰/۰۸     |
| عادی                                 | ۰/۱۲              | -۰/۰۳       | ۰/۰۹        | ۰/۰۸           | ۰/۱۰     |
| افسرده                               | ۰/۱۰              | ۰/۱۴        | ۰/۰۲        | -۰/۰۱          | ۰/۰۰۵    |
| عادی                                 | ۰/۱۴              | ۰/۱۲        | ۰/۱۰        | ۰/۰۷           | ۰/۰۳     |
| افسرده                               | -۰/۱۲             | -۰/۱۲       | -۰/۳۱**     | ۰/۲۳*          | -۰/۰۱    |
| عادی                                 | ۰/۲۰*             | -۰/۱۲       | ۰/۰۵        | ۰/۱۶           | ۰/۱۵     |

\*P&lt; 0/05, \*\* P&lt; 0/01

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

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

جدول ۳: مقایسه افراد افسرده و عادی در راهبردهای مقابله‌ای

| راهبردهای مقابله‌ای | آماره | حجم نمونه | میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | f     | سطح معنی‌داری |
|---------------------|-------|-----------|---------|------------------|------------|-------|---------------|
| افسرده              | ۹۰    | ۷/۰۴      | ۲/۳۳    | ۲/۳۳             | ۱۹۶ و ۱    | ۰/۰۲  | ۰/۸۷۳         |
| عادی                | ۱۰۸   | ۶/۹۹      | ۴/۲۸    | ۴/۲۸             | ۱۹۶ و ۱    | ۲۰/۰۱ | ۰/۰۰۰         |
| افسرده              | ۹۰    | ۱۴/۳۹     | ۳/۶۸    | ۳/۶۸             | ۱۹۶ و ۱    | ۴۴/۰۱ | ۰/۰۰۰         |
| عادی                | ۱۰۸   | ۸/۵۰      | ۴/۴۰    | ۴/۴۰             | ۱۹۶ و ۱    | ۵/۰۶  | ۰/۰۲۵         |
| افسرده              | ۹۰    | ۴/۶۴      | ۱/۵۷    | ۱/۵۷             | ۱۹۶ و ۱    | ۱/۴۸  | ۰/۲۲۵         |
| عادی                | ۱۰۸   | ۶/۱۲      | ۱/۶۶    | ۱/۶۶             | ۱۹۶ و ۱    |       |               |
| افسرده              | ۹۰    | ۶/۴۲      | ۱/۷۱    | ۱/۷۱             | ۱۹۶ و ۱    |       |               |
| عادی                | ۱۰۸   | ۶/۴۲      | ۱/۸۱    | ۱/۸۱             | ۱۹۶ و ۱    |       |               |

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

| متغیر پیش‌بین     | آماره | ضرایب غیراستاندارد |        | ضرایب استاندارد |      | t | سطح معنی‌داری |
|-------------------|-------|--------------------|--------|-----------------|------|---|---------------|
|                   |       | b                  | خطا    | $\beta$         |      |   |               |
| 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 بررسی سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان افسرده و غیرافسرده بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که دانشجویان غیرافسرده در مقایسه با دانشجویان افسرده از شیوه‌های حل مسئله سازنده (خلاقیت، اعتماد و گرایش) استفاده می‌کنند در حالی که گروه افسرده بیشتر از شیوه‌های غیر سازنده (درماندگی، مهارگری و اجتناب) بهره می‌برند. این نتایج با پژوهش‌های 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<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۳؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

برای پیش‌بینی اثر ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های حل مسئله با افسردگی دانشجویان، نتایج رگرسیون نشان داد که بین ابعاد راهبردهای مقابله‌ای، تنها مهار جسمانی می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند؛ بدین صورت

که هر چه مهار جسمانی بالاتر باشد، میزان افسردگی هم افزایش می‌یابد. 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.

توانایی سازگاری افراد در رویارویی با تنیدگی، مشکلات، زندگی شخصی و معضلات اجتماعی برابر نیست (انگرمیر<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در محیط مشابه اجتماعی، بعضی اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضد اجتماعی و خودکشی می‌شوند؛ در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها بآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند (اینگرام<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). هر اندازه چنین ظرفیتی بالاتر یا بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات خویش بپردازد (گراس و مونوز<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۵). انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی، و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد

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

20 . Garnefski NS, Kraaij V

(گراس، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چرا که استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین‌فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند (کاو‌انگه و شاپیرو<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۴).

زمانی که افراد می‌توانند کارهای سازنده انجام دهند، از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار یا مبتنی بر حل مساله (حل مساله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی) استفاده می‌کنند و اگر در تغییر موقعیت ناتوان باشند، از مقابله‌های هیجان‌مدار (مهار هیجانی، جسمانی‌کردن و جلب حمایت اجتماعی) بهره می‌برند (حسینی قدمگاهی، ۱۹۹۷). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و خلق افسرده و کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد. پژوهش‌های متعدد در حوزه روانشناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند (جن لیوپیس و اندرسون<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، استفاده بیشتر از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار

با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه دارد، در حالی که پاسخ مقابله‌ای مساله‌مدار بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی فرد اثر می‌گذارد (الوی و ریسکیند<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۶). افرادی که از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و شناخت‌های سازگارانه استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مساله از نظر شناختی یا موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (کلارک و همکاران<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۱؛ اینگرام و همکاران، ۱۹۹۸؛ جن لیوپیس 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

26. Alloy LB, Riskind JH

27. Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W

24. Cavanagh K, Shapiro DA

25. Jane-Llopis E, Anderson P

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.

پیشگیری از این اختلال بتوانند هزینه‌های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم

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]