

## بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان

دکتر جلیل بابا پور خیرالدین\*، دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبایی\*  
دکتر جواد اژه‌ای\*\*، دکتر علی فتیحی آشتیانی\*\*\*

### چکیده

تحقیق حاضر به بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و میزان سلامت روانشناختی دانشجویان می‌پردازد. ۴۲۰ آزمودنی (۱۴۸ پسر و ۲۷۲ دختر) مقیاس‌های شیوه‌های حل مسئله (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶) و رضایت خاطر دانشگاه‌موریان نیوفاندلند «مونش» (کوزما، استونز و استونز، ۱۹۹۴) را پاسخ دادند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد. ترتیب مؤلفه‌های حل مسئله در تعیین سلامت روانشناختی با استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام عبارتند از: اعتماد در حل مسئله، دومانندی، خلاقیت، مهارگری حل مسئله، سبک اجتناب، سبک روی آورد. همچنین در ادامه با استفاده از آزمون آگروه‌های مستقل مشخص شد که دو جنس فقط در سبک اجتناب با همدیگر تفاوت معنی‌داری دارند و در دیگر شیوه‌های حل مسئله تفاوت معنی‌داری بین دو جنس یافت نشد.

کلید واژه‌ها: حل مسئله، سلامت روانشناختی، دانشجویان.



\*\* دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

\* دانشگاه تربیت مدرس

\*\*\* دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

## مقدمه

یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث دنیای پیچیده انسان که قدمتی به بلندی هستی‌وی دارد مفهوم سلامتی<sup>۱</sup> است. سلامتی کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیر ممکن است. متخصصان تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند هرچند تقریباً همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن «مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم» است.

برای مثال سلامتی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> عبارت است از: حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. در تعریف دیگر دان<sup>۳</sup> (۱۹۶۷؛ به نقل از ادلین، گولانتی و براون، ۱۹۹۹) سلامتی رایج روش کنش‌وری وحدت یافته‌ای می‌داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمند را با محیط، یعنی جایی که کنش‌وری خود را در آن آشکار می‌سازد، نگاه دارد.

برخی از مؤلفین مفهوم سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی<sup>۴</sup> آورده‌اند. به نظر این مؤلفان کیفیت زندگی در برگیرنده مجموعه شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند. برای این مفهوم - کیفیت زندگی - دو معنی در نظر گرفته شده است: الف) وجود شرایط لازم برای یک زندگی خوب، ب) تمرین برای خوب زندگی کردن. این دو معنی ممکن است با هم تلاقی<sup>۵</sup> داشته باشند و با همدیگر توافق نداشته و در یک مسیر نباشند. لذا فرد می‌تواند غنی، نیرومند و مشهور باشد اما پریشان، آزرده خاطر و مأیوس باشد یا برعکس فردی که فقیر، ضعیف و منزوی است ممکن است از نظر روانی و جسمانی شاداب و کامیاب باشد. در این دیدگاه، نقش ادراک فرد از موقعیت‌ها و تفسیرهای ذهنی وی کاملاً نمایان است (اراسموس، ۱۹۹۷).

تعاریف مربوط به مفهوم سلامتی از الگوهای پدید آمده‌اند که جزء معتقدات دانشمندان مختلف بوده‌اند. براساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی از طرف دانشمندان و مؤلفان همواره مدنظر بوده است:

۱) الگوی پزشکی: عقیده کلی الگوی پزشکی این است که سلامتی یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد: «مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی». پیروان این الگو عمدتاً بر تبیین زیست‌شناختی سلامتی و یا بیماری می‌پردازند.

۲) الگوی محیطی: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدید آمده است. در این الگو سلامتی برحسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است. این الگو تأثیرات وضعیت اقتصادی-اجتماعی، آموزش و عوامل محیطی چندگانه بر سلامتی را در بر می‌گیرد.

۳) الگوی کلی‌نگر<sup>۷</sup>: این الگو سلامتی را برحسب کلیت شخص و نه براساس بخش بیماری از بدن، تعریف می‌کند. الگوی کلی‌نگر جنبه‌های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد و جوامع را شامل می‌شود و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است. (هرمن، هزلر، ۱۹۹۹). استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو بین رشته‌ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی در پی پاسخگویی به معماهای حل نشده دیدگاه‌های تک بعدی درباره سلامت و بیماری است (آزاد فلاح و همکاران، ۱۳۷۸).

رواج الگوی کلی‌نگر و افزایش پیروان این دیدگاه باعث شده است که به مفهوم سلامت از منظر متفاوت نگریسته شود و به همین منظور ابعاد مختلفی برای آن در نظر گرفته شده است. بر شمردن ابعادی مانند جسمانی، اجتماعی، هیجانی، عقلانی، معنوی و روانشناختی از ره‌آورد‌های این دیدگاه است (بزنر، اشتین هارت، ۱۹۹۷؛ ادلین و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویسینگ، فوری، ۲۰۰۰). هر کدام از این ابعاد دارای معنی و مفهوم متناسب با سازه‌های نظری مربوط به خود می‌باشند؛ سازه‌هایی که دیدگاه کلی‌نگر آنها را معرفی کرده است. لیکن، چون پژوهش حاضر بر بعد سلامت روانشناختی متمرکز است لذا به توصیف آن پرداخته می‌شود.

سلامت روانشناختی نیز همانند مفهوم کلی سلامت دارای تعاریف متعددی است که این تنوع در تعاریف می‌تواند ناشی از تفاوت روی‌آورد‌های مختلف در روانشناسی و اعتقاد متفاوت مؤلفان نسبت به مؤلفه‌های مختلفی که در ارتباط با سلامت روانشناختی وجود دارد و یا در برخی مواقع به واسطه نتایجی که از پاره‌ای بررسی‌ها بدست می‌آید، باشد.

برخی از مؤلفان معتقدند که سلامت روانشناختی یعنی: «ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط زندگی». این تعریف به یک منبع روانی<sup>۸</sup> با نام خوش‌بینی ارثی<sup>۹</sup> اشاره می‌کند، به طوری که فرد خوش بین عقیده دارد هر موقعیت و وضعیتی سرانجام نتیجه مثبتی خواهد داشت (سویتمن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از بزنر، اشتین هارت، ۱۹۹۷).

رایف<sup>۱۱</sup> و همکاران (۱۹۹۷؛ به نقل از ویسینگ، فوری، ۲۰۰۰) یک الگوی چند بعدی از سلامت روان‌شناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده‌اند. در این الگو سلامت روان‌شناختی دارای ماهیت مثبت عملکردی می‌باشد که متشکل از عناصر مختلفی است از قبیل:

- پذیرش خود<sup>۱۲</sup>: نگرش مثبت به خود، شناخت جنبه‌های مختلف خود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد، احساس مثبت درباره‌ی گذشته خود.
- رابطه مثبت با دیگران<sup>۱۳</sup>: داشتن رابطه گرم، رضایت بخش و توأم با اعتماد به دیگران، توجه به سلامتی و خشنودی دیگران، احساس همدردی قوی با سایر افراد.
- خود پیروی<sup>۱۴</sup>: مستقل<sup>۱۵</sup> و خودمختار بودن<sup>۱۶</sup>، توانایی مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی، توانایی تنظیم رفتار از درون و ارزیابی خود به وسیله معیارهای شخصی.
- غلبه بر محیط<sup>۱۷</sup>: داشتن حس غلبه و برتری بر محیط، مهار کردن آرایه پیچیده‌ای<sup>۱۸</sup> از فعالیت‌های بیرونی، استفاده مؤثر بردن از فرصت‌های به عمل آمده، توانایی انتخاب یا ایجاد زمینه‌های مناسب برای نیازها و ارزشهای شخصی.
- هدفمندی در زندگی<sup>۱۹</sup>: داشتن هدف و جهت در زندگی، معنی دادن به زندگی در حال و گذشته، داشتن عقیده و باوری که به زندگی هدف می‌دهد.
- رشد شخصی<sup>۲۰</sup>: احساس رشد ممتد داشتن، خود را در حال رشد و تحول دیدن، گشاده‌رو بودن<sup>۲۱</sup> برای تجارب جدید، داشتن حس تشخیص، توان بالقوه خود.

سرانجام اینکه برخی از مؤلفان (برای مثال کوزما، استونز و استونز، ۲۰۰۰) سلامت روان‌شناختی را مترادف با شادی و خشنودی از زندگی در نظر گرفته‌اند. به نظر این افراد سلامت روان‌شناختی یعنی تعادل بین هیجان مثبت و منفی.

صرف نظر از دیدگاهها و به تبع آن تعاریف مختلف درباره سلامت روان‌شناختی، مشخص شده است که عوامل متعددی وجود دارند که می‌توانند مستقیم یا غیر مستقیم و به طور مثبت یا منفی بر آن اثر بگذارند. از بین این عوامل تأثیر گذار می‌توان به شیوه‌های حل مسأله<sup>۲۲</sup> اشاره کرد که تأثیر مهمی بر فعالیت‌های مختلف و در نهایت سلامت افراد می‌گذارد.

حل مسأله یک مهارت حیاتی برای زندگی در عصر حاضر است. امروزه در تمامی فعالیت‌ها، صاحبان امر به سوی مهارت‌های تفکر سطح بالا و حل مسأله، چه در حیطه عمومی و چه در حیطه فناوری، خواه در فعالیت‌های طبیعی و خواه در فعالیت‌های مسأله‌دار فراخوانده می‌شوند و در

اغلب جوامع همه بر این عقیده‌اند که باید بر افزایش مهارت‌های حل مسأله تأکید کرد (وو و همکاران، ۱۹۹۶).

به طور کلی حل مسأله به فرآیند شناختی - رفتاری ابتکاری فرد اطلاق می‌شود که به وسیله آن فرد می‌خواهد راهبردهای مؤثر و سازش‌یافته مقابله‌ای برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند. به عبارت دیگر حل مسأله یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و نشانه‌شناسی روانی را کاهش می‌دهد (دزوریلا، شیدی، ۱۹۹۲).

حل مسأله مستلزم راهبردهای ویژه و هدفمندی است که فرد به وسیله آن مشکلات را تعریف می‌کند، تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، راهبردهای حل مسأله را انجام داده و بر آن نظارت می‌کند (الیوت و همکاران، ۱۹۹۹).

دزوریلا و نزو<sup>۳۳</sup> (۱۹۹۰، به نقل از دزوریلا و شیدی، ۱۹۹۲) الگوی تبدیلی از حل مسأله ارائه داده‌اند که نظریه‌های مربوط به تنیدگی، شیوه‌های مقابله‌ای و حل مسأله را یکپارچه می‌سازد. فرض عمده این الگو چنین است که حل مسأله یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که می‌تواند فرد را قادر سازد موقعیت‌های مشکل آفرین زندگی روزمره و تأثیر هیجانی آنها را به خوبی مهار کند و از این طریق تنیدگی روانشناختی را کاهش دهد، به حداقل برساند و یا پیشگیری نماید. اگر این الگو صحیح باشد پس توانایی حل مسأله و استفاده از شیوه‌های حل مسأله کارآمد و سازنده به طور معنی‌داری با میزان تنیدگی روانشناختی ارتباط دارد بدین صورت که میزان توانایی حل مسأله بالا، پیش‌بینی‌کننده سطح تنیدگی پایین و یا مقابله مؤثر با آن و در نتیجه میزان سلامتی بالاست.

با توجه به مطالب عنوان شده، هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال است که: آیا شیوه‌های حل مسأله (به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای) می‌تواند فرد را قادر به مهار موقعیت‌های مشکل‌دار و درک خوشایند موقعیت‌ها و مشکلات روزمره نماید و با میزان سلامت روانشناختی وی ارتباط داشته باشد؟ همچنین با توجه به برخی بررسی‌های انجام گرفته در مورد نقش متغیر جنس در شیوه حل مسأله، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال نیز هست که: آیا استفاده از شیوه‌های مختلف حل مسأله با توجه به متغیر جنس، متفاوت است؟

## روش

### ● جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد بررسی این پژوهش، دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه‌های دولتی و غیر پزشکی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۰ است و نمونه مورد بررسی ۴۲۰ نفر از دانشجویان (۱۴۸ پسر و ۲۷۲ دختر) می‌باشد. با استفاده از جدول کرجی - مورگان و با در نظر گرفتن تعداد دانشجویان دوره کارشناسی، ۴۳۵ نفر آزمودنی به طور تصادفی طبقه‌ای از میان دانشگاه‌های دولتی تهران انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. از میان آنها ۱۵ پاسخنامه، به خاطر ناقص بودن کنار گذاشته شد و نهایتاً ۴۲۰ نفر باقی ماندند. نمونه آماری پژوهش از نظر جنس و سن محدودیتی نداشته و دانشجویان از هر دو جنس و با سنین مختلف انتخاب شده‌اند.

### ● ابزار و مقیاس‌های پژوهش

الف) مقیاس شیوه حل مسئله: این مقیاس توسط کسیدی<sup>۲۴</sup> و لانگ<sup>۲۵</sup> (۱۹۹۶) طی دو مرحله ساخته شده و دارای ۲۴ سؤال است که ۶ عامل را می‌سنجد و هر کدام از عوامل در برگزیده ۴ ماده آزمون می‌باشد. این عوامل عبارتند از: درماندگی، مهارگری حل مسئله، سبک خلاقیت، اعتماد در حل مسئله، سبک اجتناب، سبک روی آورد.

عامل درماندگی، بیانگر بی‌یاوری فرد در موقعیت‌های مسئله‌زاست. مهارگری حل مسئله، بُعد مهارگری بیرونی - درونی را در موقعیت‌های مسئله‌زا منعکس می‌کند. سبک خلاقیت، نشان دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه‌حلهای متنوع بر حسب موقعیت مسئله‌زاست. اعتماد در حل مسئله بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. سبک اجتناب، تمایل به رد شدن از کنار مشکلات به جای مقابله با آنها را منعکس می‌کند. سبک روی آورد، نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها را نشان می‌دهد.

این مقیاس در پژوهش‌های مختلفی (به عنوان مثال محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰) اعتبار و روائی قابل قبولی را نشان داده است. در پژوهش حاضر نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ بدست آمد.

ب) مقیاس رضایت خاطر دانشگاه مموریال نیوفاندلند (مونش<sup>۲۶</sup>). این آزمون برای اندازه‌گیری

بهداشت روانی یا سلامتی روانشناختی طرح شده است. کوزما، استونز و استونز (۱۹۹۰) با استفاده از مقیاس‌های «شادی» برادبرن<sup>۲۷</sup> (۱۹۶۹)، «رضایت از زندگی» وود<sup>۲۸</sup> (۱۹۶۹)، و «اخلاقیات» لاوتون<sup>۲۹</sup> (۱۹۷۲) این آزمون را ساخته‌اند که بیشتر بر مقدار و شدت احساسات مثبت و منفی تأکید می‌کند. هر کدام از این احساسات دو بعد کوتاه مدت و بلندمدت را در برمی‌گیرد. ماده‌های مربوط به بعد کوتاه مدت (۱۰ ماده) نشان دهنده جنبه‌های مثبت و منفی حالتی<sup>۳۰</sup> و ماده‌های مربوط به بعد بلند مدت (۱۴ ماده) نشان دهنده جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای<sup>۳۱</sup> است. هر کدام از جنبه‌های مثبت و منفی حالتی دارای ۵ سؤال و هر کدام از جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای این مقیاس دارای ۷ سؤال می‌باشد. در مجموع این مقیاس ۲۴ سؤال دارد. (کوزما، استونز و استونز، ۱۹۹۴؛ نقل از هرمون، هزلر، ۱۹۹۹).

اعتبار<sup>۳۲</sup> و همسانی درونی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف (به عنوان مثال کوزما و همکاران، ۱۹۹۹) بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ بدست آمد.

## نتایج

● میانگین، انحراف معیار و همبستگی زیر مقیاس‌های شیوه حل مسأله و سلامت روانشناختی در جدول ۱ آورده شده است. همانطور که در این جدول ملاحظه می‌شود همبستگی بین زیر مقیاس‌های شیوه حل مسأله و سلامت روانشناختی از ۰/۴۷- تا ۰/۵۱+ متغیر است که اولی رابطه بین شیوه حل مسأله، درماندگی و سلامت روانشناختی را نشان می‌دهد و بین این دو متغیر رابطه منفی وجود دارد. همبستگی ۰/۵۱+ رابطه بین اعتماد در حل مسأله و سلامت روانشناختی را منعکس می‌کند.

برای اینکه بتوانیم ارتباط بین شیوه‌های حل مسأله و سلامت روان شناختی را دقیق‌تر بررسی کنیم و سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بین را در تبیین متغیر وابسته معین نمائیم از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

● در نخستین تحلیل برای تبیین واریانس متغیر سلامت روانشناختی (متغیر وابسته)، متغیر اعتماد در حل مسأله (متغیر مستقل) وارد معادله رگرسیون شده است. نسبت F حاصل از این تحلیل (F=۱۴۸/۸۷) معنی‌دار (p< ۰/۰۰۱) و نمایانگر ارتباط مثبت بین این دو متغیر است.

نتایج تحلیل رگرسیون بیانگر این است که ۲۶/۳ درصد واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل تعیین می‌شود.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین زیر مقیاس‌های شیوه حل مسأله و سلامتی روان‌شناختی

انحراف معیار	میانگین	۷	۶	۵	۴	۳	۲		
۲/۳۰	۱/۸۳	۰/۴۷**	۰/۲۵**	۰/۰۹*	۰/۴۰**	۰/۳۶**	۰/۴۶**	درماندگی	۱
۲/۲۸	۳/۱۰	۰/۴۳**	۰/۲۲**	۰/۱۲*	۰/۴۵**	۰/۳۵**		مهارت‌گری حل مسأله	۲
۲/۱۲	۶/۲۳	۰/۴۰**	۰/۳۲**	۰/۰۴*	۰/۴۴**			اخلاقیت	۳
۲/۳۰	۴/۷۲	۰/۵۱**	۰/۲۴**	۰/۰۲*				اعتماد در حل مسأله	۴
۲/۴۳	۴/۵۴	۰/۰۵	۰/۰۶					اجتناب	۵
۱/۵۳	۶/۸۲	۰/۲۹**						روی آورد	۶
۱۰/۸۲	۷							سلامت روان‌شناختی	۷

\* $p < 0/05$  \*\* $p < 0/01$

● در ادامه تحلیل‌ها، برای بررسی نقش تعدیل‌کننده مولفه‌های حل مسأله، هر بار یکی از این مؤلفه‌ها به عنوان متغیر مستقل دوم وارد معادله رگرسیون شدند تا تغییر ضریب تعیین و افزایش دقت پیش‌بینی مورد آزمون قرار گیرد. بنابراین در دومین تحلیل، افزودن متغیر درماندگی به معادله رگرسیون دقت پیش‌بینی را به صورت معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) افزایش داد. در حالیکه ۲۶/۳ درصد واریانس متغیر وابسته (سلامت روان‌شناختی) از طریق متغیر مستقل نخست (اعتماد در حل مسأله) تعیین می‌شد، اضافه شدن متغیر مستقل دوم (مؤلفه درماندگی) این میزان را به ۳۴/۶ درصد افزایش داد. از سوی دیگر در حالی که متغیر اعتماد در حل مسأله با سلامت روان‌شناختی ارتباط مثبتی داشت، مؤلفه درماندگی با سلامت روان‌شناختی ارتباط منفی دارد.

● در تحلیل سوم که تبیین واریانس سلامت روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های اعتماد در حل مسأله، درماندگی و اخلاقیت صورت می‌گرفت، اضافه شدن متغیر مؤلفه اخلاقیت، دقت پیش‌بینی را به صورت معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) افزایش داد و به ۳۶/۵ درصد رساند.



ضرایب رگرسیون بیانگر این نکته است که بین مؤلفه اخلاقی و سلامت روانشناختی رابطه مثبت وجود دارد.

● در تحلیل چهارم افزودن متغیر مهارگری حل مسأله به معادله رگرسیون، دقت پیش بینی را به صورت معنی داری ( $p < 0/001$ ) افزایش داده و به ۳۸ درصد رساند. ضرایب رگرسیون بیانگر رابطه منفی بین مؤلفه مهارگری حل مسأله و سلامت روانشناختی است.

● در تحلیل پنجم متغیر مؤلفه اجتناب وارد معادله رگرسیون شد و دقت پیش بینی را به طور معنی دار ( $p < 0/001$ ) به ۳۹/۱ درصد افزایش داد. آنچه جالب است اینکه این متغیر با سلامت روانشناختی رابطه مثبتی نشان می دهد.

جدول ۲- تحلیل رگرسیون گام به گام سلامت روانشناختی بر متغیر روش حل مسأله

گام	منبع	شاخص	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری F
۱	رگرسیون باقیمانده	۱	۴۱۸	۱۲۸۸۷/۹۶	۱۲۸۸۷/۹۶	۱۴۸/۸۷	۰/۰۰۰
۲	رگرسیون باقیمانده	۲	۴۱۷	۱۶۹۹۵/۹۷	۸۴۹۷/۹۹	۱۱۰/۴۶	۰/۰۰۰
۳	رگرسیون باقیمانده	۳	۴۱۶	۱۷۹۲۵/۷۵	۵۹۷۵/۲۵	۷۹/۸۰	۰/۰۰۰
۴	رگرسیون باقیمانده	۴	۴۱۵	۱۸۶۲۷/۹۳	۴۶۵۶/۹۸	۶۳/۴۷	۰/۰۰۰
۵	رگرسیون باقیمانده	۵	۴۱۴	۱۹۱۷۱/۲۰	۲۸۳۴/۲۴	۵۳/۰۸	۰/۰۰۰
۶	رگرسیون باقیمانده	۶	۴۱۳	۱۹۵۰۰/۶۰	۳۲۵۰/۱۰	۴۵/۳۸	۰/۰۰۰

● نهایتاً در تحلیل ششم که مؤلفه روی آورد به مؤلفه های قبلی برای تبیین واریانس سلامت روانشناختی اضافه شده است، دقت پیش بینی به صورت معنی داری ( $p < 0/001$ ) افزایش یافته و به ۳۹/۷ درصد رسیده است. ضرایب رگرسیون بیانگر این نکته است که بین مؤلفه روی آورد (به عنوان متغیر مستقل دوم) و سلامت روانشناختی (به عنوان متغیر وابسته) رابطه مثبت وجود دارد. خلاصه نتایج این تحلیل ها در جدول ۲ و خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و ضرایب رگرسیون آنها در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۳- خلاصه اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون، ضریب تعیینی و خطای معیار برآورد تحلیل تأثیر روش حل مسأله بر سلامت روانشناختی (به روش تحلیل رگرسیون گام به گام).

گام	متغیر	شاخص	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معنی‌داری t	ضریب تعیین	خطای معیار برآورد
۱	اعتماد در حل مسأله	۲/۴۱	۰/۵۱۲	۱۲/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۳	۹/۳۰	
۲	اعتماد در حل مسأله	۱/۸۱	۰/۳۸۶	۸/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۶	۸/۷۷	
	درماندگی	-۱/۶۳	-۰/۳۱۶	-۷/۳۱	۰/۰۰۰			
۳	اعتماد در حل مسأله	۱/۵۵	۰/۳۳۱	۷/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۳۶۵	۸/۶۵	
	درماندگی	-۱/۴۵	-۰/۲۸۱	-۶/۴۱	۰/۰۰۰			
۴	اعتماد در حل مسأله	۱/۳۸	۰/۲۹۳	۶/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۸۰	۸/۵۶	
	درماندگی	-۱/۲۲	-۰/۲۲۷	-۵/۲۱	۰/۰۰۰			
	خلاقیت	۰/۷۱	۰/۱۴۰	۳/۱۶	۰/۰۰۲			
۵	مهارگری حل مسأله	-۰/۶۸	-۰/۱۴۳	-۳/۰۹	۰/۰۰۲			
	اعتماد در حل مسأله	۱/۳۵	۰/۲۸۶	۶/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۳۹۱	۸/۵۰	
	درماندگی	-۱/۲۵	-۰/۲۴۳	-۵/۳۸	۰/۰۰۰			
۶	خلاقیت	۰/۷۲	۰/۱۴۱	۳/۲۰	۰/۰۰۱			
	مهارگری حل مسأله	-۰/۷۴	-۰/۱۵۵	-۳/۳۷	۰/۰۰۱			
	اجتناب	۰/۴۷	۰/۱۰۶	۲/۷۴	۰/۰۰۶			
	اعتماد در حل مسأله	۱/۳۲	۰/۲۸۱	۶/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷	۸/۴۶	
۶	درماندگی	-۱/۲۰	-۰/۲۳۳	-۵/۱۴	۰/۰۰۰			
	خلاقیت	۰/۶۲	۰/۱۲۱	۲/۶۹	۰/۰۰۷			
	مهارگری حل مسأله	-۰/۷۱	-۰/۱۴۹	-۳/۲۵	۰/۰۰۱			
	اجتناب	۰/۴۴	۰/۰۹۸	۲/۵۴	۰/۰۱۲			
۶	روی آورد	۰/۶۲	۰/۰۸۸	۲/۱۴	۰/۰۳۳			

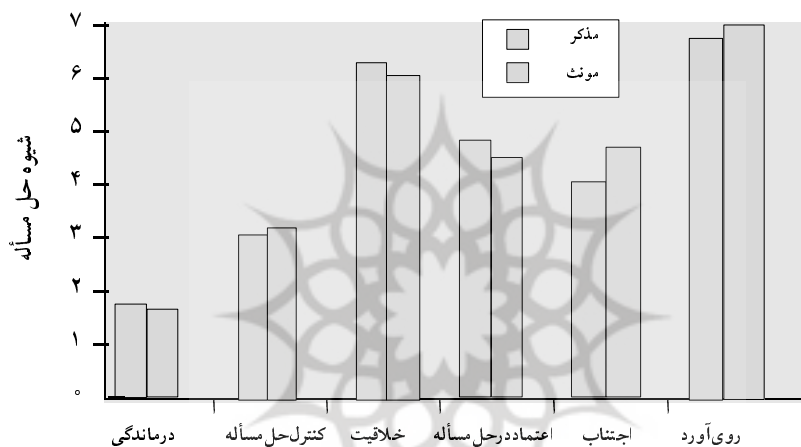
● برای آزمودن تفاوت دانشجویان دختر و پسر در شیوه‌های حل مسأله از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج بدست آمده در جدول ۴ منعکس شده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار برآورد نمرات شیوه‌های حل مسأله در بین دختران و پسران دانشجو

شاخص	مذکر (تعداد: ۱۴۸)		مؤنث (تعداد: ۲۷۲)		آماره t
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درماندگی	۱/۸۴	۲/۰۹	۱/۸۲	۲/۱۱	۰/۰۸
مهارگری حل مسأله	۳/۰۷	۲/۳۳	۳/۱۱	۲/۲۵	-۰/۱۵
خلاقیت	۶/۴۴	۲/۰۴	۶/۱۱	۲/۱۵	۱/۵۵
اعتماد در حل مسأله	۴/۸۸	۲/۱۸	۴/۶۳	۲/۳۶	۱/۰۵
اجتناب	۴/۰۳	۲/۴۲	۴/۸۲	۲/۳۹	-۳/۲۳*
روی آورد	۶/۷۴	۱/۶۳	۶/۸۶	۱/۴۸	-۰/۸۱

\*  $p < ۰/۰۰۱$

نتایج حاکی از آن است که دو گروه دختر و پسر در شیوه حل مسأله اجتنابی تفاوت معنی داری با هم دارند. نتیجه بدست آمده این نکته را می‌رساند که دختران بیشتر از پسران به هنگام مواجهه با مشکلات از شیوه اجتنابی حل مسأله استفاده می‌کنند. در بقیه شیوه‌های حل مسأله تفاوت معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد. خلاصه میانگین‌های برآورده شده نمرات شیوه‌های حل مسأله در بین دختران و پسران در نمودار ۱ منعکس شده است.



نمودار ۱. میانگین برآورده شده نمرات شیوه‌های حل مسأله در بین دختران و پسران دانشجوی

## بحث

● این تحقیق به بررسی رابطه بین شیوه حل مسأله و سلامت روانشناختی دانشجویان پرداخته است. سلامت روانشناختی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی از طرف محققین و نظریه پردازان با واژه‌های مختلفی از قبیل «ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط کنونی»، «شادی و خوشنودی از زندگی یا تعادل بین هیجانهای مثبت و منفی»، «زندگی با کیفیت مطلوب» تعریف شده است. آنچه از بطن این تعریف مشخص می‌شود این است که سلامت روانشناختی در ارتباط با عوامل و متغیرهای مختلف و در اثر تأثیر این عوامل معانی مختلفی پیدا می‌کند. به عبارت دیگر این مفهوم با متغیرهای متعددی در ارتباط می‌باشد که یکی از آنها شیوه حل مسأله است که در این تحقیق مورد

مطالعه قرار گرفته است. شیوه حل مسأله دارای ۶ مؤلفه می‌باشد که سهم هر کدام از آنها در تعیین سلامت روانشناختی به بوتۀ آزمایش گذاشته شده است. لذا با مراجعه به نتایج بدست آمده مشخص می‌شود که تمامی زیرمقیاس‌های شیوه حل مسأله بجز شیوه اجتناب دارای رابطه معنی داری با سلامت روانشناختی است. در این میان رابطه زیرمقیاسهای درماندگی، مهارگری حل مسأله منفی بوده و رابطه زیرمقیاسهای خلاقیت، اعتماد در حل مسأله و روی آورد مثبت می‌باشد.

● از بین زیرمقیاس‌های شیوه حل مسأله، اعتماد در حل مسأله بیشترین ارتباط را با سلامت روانشناختی دارد و بعد از آن به ترتیب درماندگی، مهارگری حل مسأله، خلاقیت و سبک روی آورد قرار دارند و زیرمقیاس شیوه اجتناب در آخرین ترتیب جای گرفته است. اما با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام، متوجه می‌شویم که ترتیب ورود این متغیرها با توجه به ضریب تعیین آنها اندکی با یافته‌های مربوط به ضریب همبستگی متفاوت است به طوری که متغیرها با ترتیب «اعتماد در حل مسأله، درماندگی، خلاقیت، مهارگری حل مسأله، اجتناب و روی آورد» وارد شده‌اند و تمامی آنها ضریب معنی داری نشان داده‌اند.

● یکی از تناقض‌های عمده موجود در ترتیب رابطه متغیرها به شیوه‌های اجتناب و روی آورد مربوط می‌شود، به گونه‌ای که در ماتریس همبستگی شیوه روی آورد نقش مهمی در سلامت روانشناختی نشان می‌دهد و شیوه اجتناب رابطه معنی داری با سلامت ندارد. اما در تحلیل رگرسیون گام به گام این دو متغیر جای خود را تغییر داده و شیوه اجتناب نقش بیشتری از شیوه روی آورد از خود نشان می‌دهد.

● نکته دیگر اینکه رابطه بین شیوه اجتناب و سلامت روانشناختی برخلاف آنچه که انتظار می‌رفت، مثبت است و با برخی یافته‌های قبلی (فرایدنبرگ، لوپس، ۱۹۹۹) تضاد دارد. این مسأله می‌تواند این تفکر را ایجاد کند که ممکن است بنا بر پاره‌ای از متغیرهای وراثتی، شرایط محیطی یا شیوه‌های تربیتی خانوادگی، افراد، شخصیت خود را به گونه‌ای شکل دهند و از شیوه‌های خاصی استفاده کنند که اجتناب از مسائل و مشکلات را به عنوان یکی از شیوه‌های انتخابی حل مسأله قرار داده و آن را برتر از شیوه روی آورد بدانند. در چنین شرایطی آنها می‌توانند با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی خاص و پیچیده‌ای این شیوه حل مسأله را جزء ساختار شخصیتی خود قرار دهند و نگرش مثبتی بر آن ایجاد نمایند. علت دیگر تفاوت در ترتیب متغیرها می‌تواند مربوط به واریانس‌های مشترک بین برخی از این متغیرها یا ناشی از متغیرهای مداخله‌گر ناشناخته باشد.

● برای پاسخگویی به سؤالاتی مانند نقش جنس در شیوه حل مسأله، نتیجه بدست آمده ما را با یافته جدیدی آشنا ساخت. بدین صورت که از زیر مقیاس‌های مربوط به شیوه حل مسأله، زیرمقیاس اجتناب بین دو جنس مذکر و مؤنث متفاوت بوده است. به عبارت دیگر نتایج نشان می‌دهد که هنگام مواجهه با مشکلات، افراد مؤنث بیشتر از افراد مذکر از شیوه حل مسأله اجتنابی استفاده می‌کنند. این نتیجه با برخی از یافته‌ها همسو و با برخی دیگر ناهمسو است. تفاوت دو جنس در استفاده از این نوع شیوه حل مسأله معنی‌دار است.

● تحلیل نتایج بدست آمده می‌تواند به اتخاذ تصمیم‌هایی در حمایت از سلامت دانشجویان در وهله اول و در دیگر افراد جامعه در وهله بعدی منجر شود. آنچه که همواره باید مورد توجه قرار گیرد برنامه‌ریزی‌های درسی و بهداشتی صحیح و کاستن از ناخوشحالی‌ها و ناراحتی‌های دانشجویان است. تجربه تنیدگی‌های ناخوشایند و طولانی مدت برای قشری از جامعه که در شرایط سنی و موقعیتی خاصی است می‌تواند بسیار شکننده و آسیب‌رسان باشد به طوری که برخی از دانشجویان در اثر تجربه ممتد برخی تنیدگی‌ها تا سرحد رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی می‌رسند. برای مقابله با چنین حوادثی باید یک سری اقدامات پیشگیرانه انجام گیرد. این اقدامات می‌تواند شامل شناسایی برخی متغیرهای مرتبط با سلامت دانشجویان و همچنین کمک و راهنمایی دانشجویان برای انتخاب صحیح این متغیرها و تغییر و اصلاح آنها باشد. بر همین اساس متغیر شیوه حل مسأله که به عنوان متغیر مرتبط با سلامت به تأیید رسیده است می‌تواند به عنوان یکی از عوامل پیشگیری از برخی آسیب‌های روان‌شناختی در نظر گرفته شود.

○ پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

#### یادداشت‌ها

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1- Well-being                      | 2- World Health Organization (WHO) |
| 3- Dunn, H.                        | 4- Quality of life                 |
| 5- Coinside                        | 6- Concur                          |
| 7- Holistic                        | 8- Psychic resource                |
| 9- Dispositional optimism          | 10- Sweetman, M.                   |
| 11- Ryff, C. D.                    | 12- Self-acceptance                |
| 13- Positive relations with others | 14- Autonomy                       |
| 15- Independent                    | 16- Self-determined                |

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 17- Environmental mastery  | 18- Complex array          |
| 19- Purpose in life  | 20- Personal growth        |
| 21- Openness   | 22- Problem solving styles |
| 23- Nezu, A. M.  | 24- Cassidy, T.            |
| 25- Long, C.   |                            |
| 26- Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) |                            |
| 27- Bradburn, M.   | 28- Wood, V.               |
| 29- Lawton, M. P.  | 30- State                  |
| 31- Trait  | 32- Reliability            |

### منابع:

- آزاد فلاح، پرویز؛ دادستان، پریرخ؛ اژه‌ای، جواد و مؤذنی، سیدمحمد (۱۳۷۸). تنیدگی (استرس)، فعالیت مغزی / رفتاری و تغییرات ایمنونوگلوبولین ترشحي A. مجله روانشناسی، سال سوم، شماره ۱، صفحات ۳ تا ۲۲.
- محمدی، فریده و صاحبی، علی (۱۳۸۵). بررسی سبک حل مسأله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی، مجله علوم روانشناختی، جلد اول، شماره ۱، صفحات ۲۴ تا ۴۲.
- Bezner, A. T. & Steinhart, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 23, 208-218.
- D'Zurilla, T. J.; Sheedy, C. F. (1992). The relations between social problem solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 5/589-599.
- Edlin, G. & Golanty, E.; Brown, K. M. (1999). *Health and wellness*. Jones and Bartlett Publisher, International Barb House, Barb Mews, London W6, 7PA, UK.
- Elliot, T. R.; Shewchuk, R. M. & Richard, J. S. (1999). Caregiver social problem solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 44, 104-123.
- Erasmus, R. V. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18, 29-79.
- Hermon, D. A. & Hazler, R. J. (1999). Adherence to a wellness model and perceptions of psychological well-being. *Journal of Counseling and Development*, 77, 3, 339-343.
- Kozma, A.; Stones, S. & Stones, M. J. (2000). Stability in components and predictors of subjective well-being (SWB): Implications for SWB Structure. *Advances in Quality of life theory and Research*, 13-30.
- Wissing, M. P. & Fourie, A. (2000). *Spirituality as a component of psychological well being*. 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.
- Wu, T. F.; Custer, R. L. & Dyrenfurth, M. J. (1996). Technological and personal problem solving styles: Is there a difference? *Journal of Technology Education*, 7, 2.