

## رابطه سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی

دکتر نوراله محمدی\*

### چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی رابطه «سبک‌های حل مسئله» سازنده و غیر سازنده با «سلامت عمومی» بوده است. به همین منظور، یک گروه نمونه ۱۱۳ نفری از دانشجویان دختر دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز؛ شامل، علوم تربیتی و روانشناسی، علوم انسانی و علوم، به صورت تصادفی انتخاب شدند. تمام آزمودنی‌ها به «سیاهه سبک‌های حل مسئله» و «پرسشنامه سلامت عمومی» پاسخ دادند. در این تحقیق، از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد که نتایج زیر را در پی داشت: ۱. از بین سبک‌های حل مسئله، درماندگی، خلاقیت و مهارگری، به ترتیب بهترین پیش بینی کننده نارساکنش وری اجتماعی به حساب آمده‌اند. ۲. سبک‌های حل مسئله درماندگی و خلاقیت، مهمترین پیش بینی کننده افسردگی هستند. ۳. مهارگری در حل مسئله، پیش بینی کننده اضطراب و نشانه‌های جسمانی بوده است. ۴. درماندگی، اعتماد در حل مسئله و خلاقیت، سلامت عمومی را تبیین می‌کنند. در مجموع نتایج این تحقیق، نشان داده‌اند که سبک‌های حل مسئله نقش مهمی در تأمین تندرستی و رواندستی روانی ایفا می‌کنند.

**کلید واژه‌ها:** سبک‌های حل مسئله، سلامت عمومی، رواندستی، تندرستی

### ● مقدمه

وقفه یا «بازداری»<sup>۱</sup> در ظرفیت‌های روانشناختی فرد و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول

\* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز

کننده، سبب بی تفاوتی فرد نسبت به وظایف و اعمال خود می‌گردد. این فرآیند، سبب استقرار و گسترش نشانه‌های جسمانی، افسردگی و اضطراب گردیده و نهایتاً «کنش وری اجتماعی»<sup>۲</sup>، شغلی و تحصیلی را به سطح نارسایی می‌کشاند.

«تندرستی» و «رواندرستی»<sup>۳</sup>، همواره مورد توجه دانشمندان در دو حیطه پزشکی و روانشناسی بوده است. به نظر می‌رسد که از وحدت مفاهیم تندرستی و رواندرستی، مفهوم مهمتری، تحت عنوان «سلامت عمومی»<sup>۴</sup> به وجود می‌آید. کارسن، بوچر و کلمن (۱۹۸۸)، نشان داده‌اند که در طول تاریخ، میزان توجه به هر یک از مفاهیم «تندرستی» و «رواندرستی» و یا هر دوی آنها (سلامت عمومی) به چالش‌های فکری موجود در خصوص ارتباط تن و روان و یا برتری یکی بر دیگری بستگی داشته است.

در هر صورت، هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روانشناسی و پزشکی به حداکثر رساندن احساس سلامت در افراد است. در این راستا، ساراسن<sup>۵</sup> و ساراسن (۱۳۸۱)، نشان داده‌اند که سلامتی؛ یک «ادراک شخصی»<sup>۶</sup> است، که زیر تأثیر عوامل جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد. آگاهی از نشانه‌های جسمانی به فرآیند روانشناختی خاصی بستگی دارد. به عبارت دیگر، تابع ادراک و جنبه‌های شناختی شخصیت فرد است که در پردازش محرک‌های درونی و برونی، تأثیر دارند. بدگر (۱۹۹۲)، سلامت عمومی را نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روانشناختی تعریف کرده است. بنابراین، چنین ادراکی از نشانه‌ها، تعیین کننده وجود مشکل جسمانی و یا روانشناختی می‌باشد.

نتایج پاره‌ای از تحقیقات (بورنشتاین، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند که یکی از شاخص‌های مهم سلامت روانی، توانایی «حل مسئله»<sup>۷</sup> و «تصمیم‌گیری»<sup>۸</sup> است. وی خاطر نشان می‌سازد، «خود ارزیابی»<sup>۹</sup>، «خودکارآمدی»<sup>۱۰</sup>، «خود پیروی»<sup>۱۱</sup> و تشخیص به موقع «موقعیت‌های مسئله‌دار»<sup>۱۳</sup> از جمله معیارهایی هستند که با واسطه آنها می‌توان سطح رواندرستی افراد را برآورد کرد. نتایج تحقیقات دیگری (میرفسکی و ژس، ۱۹۹۰؛ یلسما و مونتامبو، ۱۹۹۰؛ ناکانو، ۱۹۹۱؛ هپنر و همکاران، ۱۹۹۵ و کاترین، والتر و گود، ۲۰۰۳)، به خوبی نشان داده‌اند که حل مسئله یکی از متغیرهای مهم پیش بین برای «سلامت روانی» است.

نتایج پژوهش هنسن و مینتز (۱۹۹۷)، نشان داده‌اند که بین روش‌های حل مسئله سازنده و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، فرآیند حل مسئله از متغیرهای پیش بین اعتماد»<sup>۱۴</sup>، «مهارگری»<sup>۱۵</sup> و «روی آورد»<sup>۱۶</sup> مثبت به موقعیت‌های مسئله دار است. افزون بر

این، حل مسئله نقش بسیار مهمی در کاهش «تنیدگی»<sup>۱۷</sup> و در نتیجه تأمین رواندرستی ایفا می‌کند. در مقابل، روش‌های غیر سازنده حل مسئله، تهدید جدی علیه «بهداشت روانی»<sup>۱۸</sup> و افزایش ادراک «اجتنابی»<sup>۱۹</sup> نسبت به موقعیت‌های مسئله‌دار می‌باشند. شواهد و نتایج تحقیقات متعددی (پری‌توریوس، ۱۹۹۳ و شولدبرگ، ۱۹۹۳)، نشان داده‌اند، آزمودنی‌هایی که در سیاهه حل مسئله، نمره پایینی دریافت داشته‌اند، از سلامت روانی مناسبی برخوردار نبوده‌اند. به عبارت دیگر، «مقابله»<sup>۲۰</sup> مبتنی بر حل مسئله با خود ارزیابی پایین، ضعف در «حرمت خود»<sup>۲۱</sup>، بازدارنده در «توانش»<sup>۲۲</sup> شخصی، اضطراب و افسردگی ارتباط منفی معناداری دارند.

نتایج پاره‌ای دیگر از پژوهش‌هایی که زیر تأثیر تفکر دوگانگی جسم و ذهن، انجام شده، نشان داده‌اند که عوامل شناختی، نقش بسیار مهمی در ایجاد مشکلات جسمانی داشته و تأثیر درمانی مداخله‌های بالینی مبتنی بر جنبه‌های شناختی در پیشگیری و مهار این گونه مشکلات معنادار بوده‌اند. در این راستا، نتایج این گونه تحقیقات، تأثیر درمانی آموزش سبک‌های حل مسئله را بر مشکلات «روان تنی»<sup>۲۳</sup> (ویل کینسن و والیس، ۱۹۹۴) «بیماری‌های قلبی و عروقی»<sup>۲۴</sup> (یانگ، لیو و تونز، ۱۹۹۴)، «روان عصب ایمنی‌شناسی»<sup>۲۵</sup> (مک‌کاین و اسمیت، ۱۹۹۴) سرطان (تایس و همکاران، ۱۹۹۵)، و «فشارخون»<sup>۲۶</sup> (ایوارت همکاران، ۱۹۹۱)، نشان داده‌اند. نتایجی که از یکسو نشانگر تفکیک ناپذیری دو مفهوم سلامت جسمانی و روانشناختی است و از سوی دیگر ضرورت غنی سازی ارتباط بین رشته‌ای در دو حوزه پزشکی و روانشناسی را برجسته می‌سازد.

اهمیت این تحقیق از این جهت برجسته است که نتایج آن می‌توانند کمک عمده‌ای در تدوین دکترین‌های لازم برای دستیابی به اصول پیشگیری و در نتیجه تأمین بهداشت روانی باشند. چه استفاده از سبک‌های حل مسئله سازنده و پرهیز از شیوه‌های حل مسئله غیرسازنده، سبب کاهش احتمال بروز رویدادهای تنیدگی‌زا گردیده و انرژی روانی را در مسیر کنش وری موثرتر، متمرکز سازد.

این پژوهش، در چارچوب یک طرح غیر آزمایشی، از نوع همبستگی انجام شده است. برای تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسن و «تحلیل رگرسیون چندگانه»<sup>۲۷</sup>، استفاده شده‌اند. هدف عمده این تحقیق، بررسی «ارتباط سبک‌های حل مسئله»<sup>۲۸</sup> با «سلامت عمومی» بوده است. به عبارت دیگر، این پژوهش در پی پاسخگویی به این سوال بوده است که: آیا سبک‌های حل مسئله مثبت و منفی، سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کنند؟

## ● فرآیند روش شناختی

### ○ آزمودنی‌ها

در این تحقیق، یک گروه نمونه با حجم ۱۱۳ نفر از دانشجویان دختر دانشکده‌های علوم انسانی (۳۷ = n؛ ۳۲ درصد)، علوم تربیتی و روانشناسی (۴۸ = n؛ ۴۲ درصد) و علوم (۲۷ = n؛ ۲۴ درصد)، به روش تصادفی انتخاب گردیده است. به این صورت که از هر دانشکده، به تصادف یک کلاس انتخاب گردیده و تقریباً تمام دانشجویان دختر آن کلاس، به «سیاهه حل مسئله» و «پرسشنامه بهداشت عمومی»، پاسخ دادند. این گروه از افراد نمونه، در سال تحصیلی ۸۲-۸۳ در دانشگاه شیراز مشغول به تحصیل بوده‌اند.

### ○ ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس سبک حل مسئله: این مقیاس ۳۲ سؤال، ۶ نوع سبک حل مسئله را مورد سنجش قرار می‌دهد: ۱. «درماندگی»<sup>۲۹</sup> که استیصال فرد را در موقعیت مسئله دار نشان می‌دهد ۲. «مهارگری در حل مسئله»<sup>۳۰</sup>، که نشانگر برخورد با مسایل، برحسب مهارگری درونی و برونی است ۳. «خلافت»<sup>۳۱</sup> بیانگر در نظر گرفتن راه حل‌های متنوع در هنگام مواجهه با موقعیت مسئله دار است ۴. «اعتماد در حل مسئله»<sup>۳۲</sup> که سطح پذیرش توانایی خویش برای حل مشکلات را نشان می‌دهد ۵. «سبک اجتنابی»، نشانگر پرهیز از موقعیت‌های مسئله دار است. ۶. «سبک روی آورد» که مبین «بازخورد»<sup>۳۳</sup> مثبت به مشکلات و گرایش به مقابله با آنهاست. با توجه به دامنه ضرایب آلفای کرونباخ (۰/۳۷ تا ۰/۷۲) برای خرده مقیاس‌های این سیاهه، می‌توان گفت که این ابزار از «اعتبار»<sup>۳۴</sup> مطلوبی برخوردار است. (محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰). افزون بر این، این پژوهش نشان داده است که بین خرده مقیاس‌ها همبستگی معناداری وجود دارد که دامنه این ضرایب بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ می‌باشد. ارتباطی که نشانگر «روایی همگرای»<sup>۳۵</sup> این مقیاس است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳۶</sup>: این ابزار که مبتنی بر روش خودگزارش دهی است، به مجموعه پرسش‌هایی پوشش می‌دهد که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلالات روانی مختلف وجود دارند، تشکیل شده است. بنابراین، هدف اصلی این پرسشنامه، دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای، دارای چهار زیر مقیاس است که عبارتند از: «نشانه‌های بدنی»، «اضطراب»، «نارساکنش‌وری اجتماعی» و «افسردگی وخیم». زیر مقیاس اول (A)، شامل موادی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و

احساس خستگی وی می‌باشد و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. زیر مقیاس دوّم (B)، به موادی پوشش می‌دهد که با اضطراب مرتبطند. زیر مقیاس سوّم (C) گستره توانایی فرد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، آشکار می‌کند. چهارمین مقیاس (D) دربرگیرنده سؤالاتی است که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبطند. همبستگی بالا و معنادار، بین زیر مقیاس‌ها، مبین وجود روایی همگرای این ابزار است (استورا<sup>۳۷</sup>، ۱۳۷۷). نتایج تحقیق تقوی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۲ برآورد کرده است. همچنین وی نشان داده است که همبستگی این پرسشنامه با «پرسشنامه میدلسکس»<sup>۳۸</sup> (۰/۵۰)، نشانگر «روایی» مناسب این ابزار است.

### ● تحلیل داده‌ها

برای بررسی رابطه «سبک‌های حل مسئله» و «سلامت عمومی»، در آغاز سعی شده است ضرایب همبستگی هریک از شاخص‌های سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن، با سبک‌های حل مسئله سازنده و غیر سازنده، محاسبه گردد و سپس بر حسب مفروضه‌های رگرسیون وارد معادله شوند. نتایج تحلیل اولیه داده‌ها در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

جدول ۱- ضریب همبستگی بین سبک‌های حل مسئله و زیرمقیاس‌های سلامت عمومی

متغیرها	نشانه‌های جسمانی	اضطراب	نارساکنش‌وری	افسردگی	سلامت عمومی
خلاقیّت	-۰/۱۱	-۰/۰۳	-۰/۲۶**	-۰/۲۲*	-۰/۱۷*
اعتماد	-۰/۱۶	-۰/۰۷	-۰/۲۱*	-۰/۱۷	-۰/۱۸*
روی آورد	-۰/۱۵	-۰/۱۴	-۰/۰۱	-۰/۱۴	-۰/۱۵
درماندگی	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۳۴**	۰/۳۵**	۰/۲۹**
مهارگری	۰/۱۹*	۰/۲۰*	۰/۳۰**	۰/۲۰*	۰/۲۶**
اجتناب	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۵

\* p < ۰/۰۵      \*\* p < ۰/۰۱

جدول ۱ به خوبی نشان می‌دهد که سبک‌های سازنده حل مسئله؛ مانند «خلاقیّت»، «اعتماد در حل مسئله» و «سبک حل مسئله» مبتنی بر روی آورد با هر یک از شاخص‌های سلامت عمومی و نمره کل سلامت عمومی همبستگی معکوس دارند. دامنه این ضرایب همبستگی بین ۰/۰۱- تا ۰/۲۶- است. علاوه بر این، سبک‌های غیرسازنده حل مسئله؛ مانند مهارگری در حل مسئله،

درماندگی و اجتناب با هر یک از شاخص‌های سلامت عمومی و نمره کل «سلامت عمومی»، همبستگی مستقیم دارند. دامنه این ضرایب همبستگی بین ۰/۰۲ تا ۰/۳۵ می‌باشد. با توجه به این که، این تحقیق در پی پیش‌بینی سلامت عمومی و هر یک از عوامل آن بوده است، به ترتیب، هر یک از عوامل سلامت عمومی؛ مانند، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و نهایتاً کل نمره سلامت عمومی، روی سبک‌های حل مسئله مورد تحلیل رگرسیون قرار گرفته‌اند.

جدول ۲- تحلیل رگرسیون نارساکنش وری اجتماعی روی سبک‌های حل مسئله درماندگی، خلاقیت و مهارگری

متغیر پیش‌بین	مشبع	شاخص		df	F	p
		مجموع مجذورات	میانگین مجذورات			
درماندگی	رگرسیون	۶۰/۵۱۲	۶۰/۵۱۲	۱	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۵۲۲/۰۱۴	۴/۶۶	۱۱۲		
خلاقیت	رگرسیون	۸۷/۶۰	۴۳/۸۰	۲	۱۲/۶۰	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۴۹۸/۹۲	۴/۴۵	۱۱۱		
مهارگری	رگرسیون	۱۱۶/۷۱۷	۳۸/۹۰	۳	۱۰/۸	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۴۶۵/۸۰۸	۴/۲۳	۱۱۰		

نتایج موجود در جدول ۲ نشانگر این است که سبک‌های سازنده (خلاقیت) و غیرسازنده حل مسئله (درماندگی و مهارگری)، بهترین پیش‌بینی‌کننده «نارساکنش وری اجتماعی» به عنوان یکی از زیر مقیاس‌های سلامت عمومی به حساب آمده‌اند. نسبت‌های معنادار F در جدول ۲، نشانگر ارتباط معنادار سبک‌های حل مسئله مبتنی بر درماندگی، خلاقیت و مهارگری در حل مسئله با نارساکنش وری اجتماعی این گروه از دانشجویان هستند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). این در حالی است که خلاقیت به عنوان روش سازنده حل مسئله، با متغیر وابسته ارتباط معنادار معکوس دارد و سبک‌های حل مسئله غیر سازنده درماندگی و مهارگری با متغیر ملاک در ارتباط مستقیم هستند.

خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت حاصل از تحلیل رگرسیون نارساکنش وری اجتماعی روی سبک‌های حل مسئله درماندگی، خلاقیت و مهارگری در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

جدول ۳- نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول دو

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R <sup>۲</sup>	ضریب استاندارد رگرسیون (بتا)	b	r	t	p
نارساکنش‌وری اجتماعی	درماندگی	۰/۱۰	۰/۳۲	۰/۵۴	۰/۳۲	۳/۶۰	۰/۰۰۱
	خلاقیت	۰/۱۵	-۰/۲۱	-۰/۲۵	۰/۳۸	۲/۴۶	۰/۰۱
	مهارگری	۰/۲۰	۰/۲۴	۰/۳۱	۰/۴۴	۲/۶۲	۰/۰۱

با توجه به نتایج R<sup>۲</sup> موجود در جدول ۳ به خوبی می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های حل مسئله مبتنی بر درماندگی، خلاقیت و مهارگری به ترتیب ۱۰، ۱۵ و ۲۰ درصد واریانس متغیر وابسته نارساکنش‌وری اجتماعی را تبیین می‌کنند. نتیجه دیگر این است که افزودن متغیرهای خلاقیت، ضریب تعیین ۱۰ درصدی متغیر درماندگی را به ۱۵ و نهایتاً با متغیر مهارگری ۲۰ درصد، افزایش داده‌اند.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون افسردگی روی سبک‌های حل مسئله درماندگی و خلاقیت

p	F	df	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	شاخص		متغیر پیش‌بین
					منبع	متغیر	
۰/۰۰۰۱	۱۶/۷۰	۱	۳۵۶/۸۳۸	۳۵۶/۸۳۸	رگرسیون		درماندگی
		۱۱۲	۲۱/۳۶۳	۲۳۹۲/۶۰۹	باقیمانده		
۰/۰۰۰۱	۱۰/۵۳	۲	۲۱۹/۳۰۲	۴۳۸/۶۰۴	رگرسیون		خلاقیت
		۱۱۱	۲۰/۸۰۸	۲۳۱۰/۸۴۳	باقیمانده		

با توجه به مقادیر F مشاهده شده (۱۶/۷۰ و ۱۰/۵۳) که در جدول ۴ نیز نشان داده شده‌اند، می‌توان گفت که بین سبک حل مسئله مبتنی بر درماندگی و خلاقیت با افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد (p < ۰/۰۰۰۱). البته، با توجه به همبستگی معنادار سبک‌های حل مسئله درماندگی و خلاقیت با افسردگی، که در جدول ۱ هم نشان داده شده است و با توجه به ورود این دو متغیر به معادله رگرسیون، می‌توان گفت که بعد از سبک حل مسئله مبتنی بر درماندگی و خلاقیت، روش حل مسئله مهارگری قدرت تبیین معناداری نداشته است.

خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت‌های حاصل از تحلیل رگرسیون افسردگی روی سبک‌های حل مسئله درماندگی و خلاقیت در جدول ۵ نشان داده شده‌اند.

جدول ۵- نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول چهار

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	$R^2$	ضریب استاندارد رگرسیون (بتا)	b	r	t	p
افسردگی	درماندگی	۰/۱۳	۰/۳۶	۱/۳۲	۰/۳۶	۴/۰۸	۰/۰۰۱
	خلاقیت	۰/۱۶	-۰/۱۷	-۰/۴۴	۰/۳۹	۱/۹۸	۰/۰۵

نتایج موجود در جدول ۵ به خوبی نشان می‌دهند که سبک‌های حل مسئله مبتنی بر درماندگی، خلاقیت به ترتیب ۱۳ و ۱۶ درصد واریانس افسردگی را تبیین می‌کنند. با توجه به مقادیر  $R^2$  موجود در جدول فوق، متغیرهای پیش‌بین در ماندگی و خلاقیت، به ترتیب ۰/۱۳ و ۰/۱۶ واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند. در این تحلیل، سبک حل مسئله مبتنی بر مهارگری، قدرت تبیین معناداری نداشته است.

جدول ۶- تحلیل رگرسیون اضطراب روی سبک حل مسئله مهارگری در حل مسئله

متغیر پیش‌بین	شاخص منبج	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	F	p
مهارگری	رگرسیون	۷۱/۳۹۹	۷۱/۳۹۹	۱	۴/۶۸	۰/۰۵
	باقیمانده	۱۷۰۸/۰۳۹	۱۵/۲۵۰	۱۱۲		

با توجه به میزان F مشاهده شده (۴/۶۸) که در جدول ۶ نیز نشان داده شده است، می‌توان گفت که بین «سبک حل مسئله مبتنی بر مهارگری» با «اضطراب»، ارتباط معنادار وجود دارد (۰/۰۵  $p <$ ). البته، با توجه به همبستگی معنادار سبک حل مسئله مهارگری با اضطراب، که در جدول ۱ هم نشان داده شده است، صرفاً متغیر مهارگری وارد معادله شده است.

جدول ۷- نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول ۶

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	$R^2$	ضریب استاندارد رگرسیون (بتا)	b	r	t	p
اضطراب	مهارگری	۰/۴	۰/۲۰	۰/۴۵	۰/۲۰	۲/۱۶	۰/۰۵

با توجه به میزان  $R^2$  موجود در جدول فوق، متغیر پیش‌بین مهارگری، ۰/۴ واریانس متغیر وابسته اضطراب را تبیین کرده است.



جدول ۸- تحلیل رگرسیون نشانه‌های جسمانی روی سبک حل مسئله مهارگری

p	F	df	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	شاخص منبع		متغیر پیش‌بین
					رگرسیون	باقیمانده	
۰/۰۵	۴/۶۸	۱	۷۱/۳۹۹	۷۱/۳۹۹	رگرسیون		مهارگری
		۱۱۲	۱۵/۲۵۰	۱۷۰۸/۰۳۹	باقیمانده		

با توجه به میزان F مشاهده شده (۴/۶۸) که در جدول ۸ نیز نشان داده شده است، می‌توان گفت که بین «سبک حل مسئله مبتنی بر مهارگری» با «نشانه‌های جسمانی» ارتباط معنادار وجود دارد (p < ۰/۰۵). با توجه به همبستگی معنادار سبک حل مسئله مهارگری با نشانه‌های جسمانی که در جدول شماره ۱ هم نشان داده شده است، فقط متغیر مهارگری وارد معادله شده است.

جدول ۹- نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول ۸

p	t	r	b	ضریب استاندارد رگرسیون (بتا)	R <sup>۲</sup>	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۵	۲/۱۹	۰/۲۰	۰/۴۷	۰/۲۰	۰/۴	مهارگری	نشانه‌های جسمانی

میزان R<sup>۲</sup> موجود در جدول ۹، نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین مهارگری ۰/۴ واریانس متغیر وابسته نشانه‌های جسمانی را تبیین کرده است.

جدول ۱۰- تحلیل رگرسیون سلامت عمومی، روی سبک‌های حل مسئله در ماندگی، اعتماد و مهارگری

p	F	df	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	شاخص منبع		متغیر پیش‌بین
					رگرسیون	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۱۱/۶۷۴	۱	۱۶۶۰/۵۱۲	۱۶۶۰/۵۴۱	رگرسیون		درماندگی
		۱۱۲	۱۴۲/۲۳۸	۱۵۹۳۰/۶۹۶	باقیمانده		
۰/۰۰۱	۸/۰۶۱	۲	۱۱۱۵/۴۷۲	۲۲۳۰/۹۴۵	رگرسیون		اعتماد
		۱۱۱	۱۳۸/۳۸۱	۱۵۳۶۰/۲۹	باقیمانده		
۰/۰۰۱	۶/۹۸۷	۳	۹۳۸/۵۳۴	۲۸۱۵/۶۰۲	رگرسیون		مهارگری
		۱۱۰	۱۳۴/۳۲۴	۱۴۷۷۵/۶۳۴	باقیمانده		

با توجه به این که در «پرسشنامه سلامت عمومی»، نمره کمتر نشانگر بهداشت روانی بهتر است، نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۱۰ نشان می‌دهند که سبک‌های حل مسئله درماندگی، اعتماد و

مهارگری با سلامت روانی رابطه معناداری دارند ( $p < 0/001$ ). به عبارت دیگر، با افزایش نمره روش‌های حل مسئله مبتنی بر درماندگی و مهارگری، نمره سلامت عمومی نیز افزایش می‌یابد (سلامت عمومی کمتر). همچنین نتایج موجود در جدول فوق نشان می‌دهند که بین سبک حل مسئله خلاقیت با سلامت عمومی ارتباط معکوس معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و رگرسیون و نسبت حاصل از تحلیل فوق در جدول ۱۱ نشان داده شده‌اند.

جدول ۱۱ - نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول ده

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	$R^2$	ضریب استاندارد رگرسیون (بنا)	b	r	t	p
سلامت عمومی	درماندگی	۰/۹	۰/۳۰	۲/۸۷	۰/۳۰	۳/۴۱	۰/۰۰۱
	خلاقیت	۰/۱۲	-۰/۱۸	-۰/۹۷	۰/۳۵	۲/۰۳	۰/۰۵
	مهارگری	۰/۱۶	۰/۱۹	۱/۳۹	۰/۴	۲/۰۸	۰/۰۵

مقادیر  $R^2$  در جدول ۱۱ نشان می‌دهند که درماندگی، ۹ درصد؛ اعتماد ۱۲ درصد و مهارگری ۱۶ درصد متغیر وابسته سلامت عمومی را تبیین می‌کنند. با افزودن متغیرهایی که با سلامت عمومی ارتباط معناداری داشته‌اند، تنها سه متغیر درماندگی، اعتماد و مهارگری در حد معناداری، واریانس متغیر سلامت عمومی را تغییر داده‌اند. بدین ترتیب، متغیر سبک حل مسئله مبتنی بر خلاقیت، از معادله خارج شده است.

### ● بحث و نتیجه‌گیری

با استناد به مجموعه پژوهش‌هایی که در قلمرو سلامت عمومی انجام گرفته‌اند، می‌توان گفت که هدف اساسی علم روانشناسی، به حداکثر رساندن احساس سلامت در افراد جامعه است. چرا که وجود این احساس فردی، سبب افزایش کنش وری روانی، اجتماعی و شغلی فرد می‌گردد و وی می‌تواند با بازبینی رفتار خود و مهار موقعیت‌های مسئله‌دار، اهداف با معناتری را دنبال کند. □ نخستین یافته این تحقیق، ارتباط معنادار «سبک‌های حل مسئله درماندگی»، «خلاقیت» و «مهارگری» با «نارساکنش وری اجتماعی» است ( $p < 0/001$ ). نتیجه‌ای که با نتایج تحقیقات متعددی (ناکانو، ۱۹۹۱؛ هپنر و همکاران، ۱۹۹۵ و کاترین و همکاران، ۲۰۰۳ و بورنشتاین، ۲۰۰۳)، همسویی دارد. عوامل و شرایطی که این یافته را به خوبی تبیین می‌کنند، در نظریه‌ها و یافته‌هایی

ریشه دارند که از یکسو سلامت روانی و جسمانی را محصول تفکر مبتنی بر حل مسئله تلقی می‌کنند (پارک و همکاران، ۱۹۹۷ و اپشتاین و کاتز، ۱۹۹۲) و از سوی دیگر، تأثیر درمانی مداخله‌های مبتنی بر حل مسئله را روش مناسبی جهت ترمیم و افزایش کنش‌وری روانی، اجتماعی، شغلی معنادار می‌دانند. این‌گونه درمانگری‌ها که روی نظام‌های رفتاری-شناختی نگر تکیه زده‌اند، راهبردهای سازشی مناسبی را جهت ارزیابی و مقابله با موقعیت‌های مسئله‌دار به دست داده‌اند (دزوریلا و گلدفرید، ۱۹۷۱ و نزو و پری، ۱۹۸۹). توجه دیگری که در خصوص این یافته می‌توان به دست داد، این است که سبک‌های غیر سازنده (درماندگی و مهارگری)، همانند سبک‌های حل مسئله سازنده (خلاقیت)، تعیین‌کننده سطح سلامت روانی و جسمانی به حساب می‌آیند. به نظر می‌رسد که، سبک‌های سازنده که بهترین راه حل «جانشینی»<sup>۳۹</sup> را از بین راه‌حل‌های متعدد، در اختیار فرد قرار می‌دهد و سبک‌های غیر سازنده، که بلافاصله‌ترین پاسخ محسوب می‌گردند، به ترتیب سبب استقرار و گسترش کنش‌وری سازشی و مرضی قابل ملاحظه‌ای در فرد می‌شوند. در هر صورت، به همان اندازه که اتخاذ روش‌های سازنده حل مسئله، به استقرار و پیشرفت سلامت عمومی منتهی می‌گردند، بکارگیری سبک‌های غیر سازنده نیز، رفته رفته، استخوانبندی ساختار روانی و جسمانی را در هم می‌شکنند.

□ دومین نتیجه این تحقیق نشانگر این است که «حل مسئله مبتنی بر درماندگی و خلاقیت»، افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند ( $p < 0/05$ ). نتایج تحقیقات متعددی (توماس، ۲۰۰۳ و مارکس، ۲۰۰۲)، نشان داده‌اند که خلق پایین، نقش بسیار موثری در بازخورد و جهت‌گیری افراد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های مسئله‌دار، ایفا می‌کند. همسویی این نتایج، با نتیجه‌ای که از این مطالعه به دست آمده است، به خوبی نشان می‌دهد که برخورد مناسب با موقعیت‌های مسئله‌دار، عامل مهمی است که از شکست‌های احتمالی پیشگیری می‌کند. شکست‌هایی که می‌توانند به راحتی سبب تغییر خلق گردند. نتایج یکی دیگر از تحقیقات (بیگام و پاور، ۲۰۰۲)، نشانگر این واقعیت است که ضعف در مهارت‌های حل مسئله، به طور معناداری با سطوح افسردگی و نومییدی مرتبط است و مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های حل مسئله، می‌تواند در ترمیم این‌گونه مشکلات نقش بسیار موثری را ایفا نماید.

□ یافته سوم این تحقیق، مبین این است که «سبک حل مسئله مبتنی بر مهارگری» پیش‌بینی‌کننده اضطراب به حساب آمده است ( $p < 0/05$ ). به نظر می‌رسد که باورهای غیر منطقی و جهت‌گیری‌های نامناسب نسبت به موقعیت‌های مسئله‌دار می‌تواند به یک احساس خطر قریب‌الوقوع منتهی گردد، بنابراین، فرد خود را در مقابل این‌گونه موقعیت‌ها ناتوان حس می‌کند.

در این صورت، واکنش ترس و اضطراب وجود فرد را تسخیر می‌نماید. حتی چنین باورهایی می‌توانند دامنه تجربیات فرد را محدود کرده و به اضطراب پایداری منجر شوند. نتایج تحقیقات متعددی (داگز و همکاران، ۲۰۰۳ و ملیندا و همکاران، ۲۰۰۴)، نشان داده‌اند که بین اضطراب و نوع سبک حل مسئله مورد استفاده، ارتباط معناداری وجود دارد.

□ چهارمین یافته این تحقیق، بیانگر این است که ارتباط معناداری بین «سبک حل مسئله مبتنی بر مهارگری» با نشانه‌های جسمانی ارتباط معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). ارتباط بین تعارض‌های روانشناختی و بروز نشانه‌های جسمانی مقوله مسلمی است. احساس ناتوانی در هنگام مواجهه با موقعیت‌های مسئله‌دار و در نتیجه احساس تنیدگی مداوم، به خوبی می‌تواند مرزهای سلامت جسمانی را تهدید نماید و شرایط استقرار بسیاری از بیماری‌های جسمانی را فراهم سازد. در این راستا، نتایج تحقیقات مگاسن (۱۹۹۰) و الیوت و مارماراش (۱۹۹۴)، نشان داده‌اند که سبک‌های حل مسئله، سهم بسزایی در تعیین میزان شکایات جسمانی دارند.

□ آخرین یافته این تحقیق، نشان داده است که «سبک حل مسئله مبتنی بر درماندگی»، اعتماد و مهارگری، پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی هستند ( $p < 0/001$ ). این نتیجه با نتایج تحقیقاتی زیادی (الیوت، ۲۰۰۱؛ هینر و همکاران، ۱۹۹۵ و کاترین و همکاران، ۲۰۰۳)، همخوانی دارد. احساس درماندگی، به عنوان یک راهبرد غیرسازنده حل مسئله، در مقابل موقعیت‌های پیچیده بیرونی، استفاده از امکانات عقلانی و روانشناختی را ناممکن می‌سازد. این احساس، توانمندی روانی و جسمانی را با سطحی از بازداری مواجه می‌سازد و به تدریج، زمینه بروز بسیاری از اختلالات در هم روانی و جسمانی را فراهم می‌آورد. افزون بر این، می‌توان گفت که، احساس درماندگی، نه تنها سطح فعالیت جسمانی که تأمین‌کننده سلامت جسمانی است، کاهش می‌دهد، که همچنین سبب می‌گردد، بی‌تفاوتی و بی‌توجهی نسبت به موقعیت‌های پیچیده، جز ساختار روانی فرد گردیده و نیمرخ روانی وی را به سطح مرضی هدایت کند.

□ نتیجه نهایی این که، راه‌حل‌هایی که فرد در هنگام مواجهه شدن با موقعیت‌های مسئله‌دار، استفاده می‌کند، به اتخاذ نوعی سبک زندگی مبتنی بر «اخلاقیت» و یا «استیصال» است که از جمله تعیین‌کننده‌های سطح «سلامت عمومی»، به حساب می‌آیند. از این رو، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزشی تدوین گردند که از رهگذر آن، بتوان اصول، قوانین و مهارت‌های حل مسئله فردی و اجتماعی را به افراد آموزش داد. بی‌گمان، انجام این فرآیند، نقش مهمی در تأمین بهداشت روانی و سلامت جسمانی، ایفا می‌کند.

## یادداشتها

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1- Inhibition                              | 2- Functioning                        |
| 3- Physical health                         | 4- Well-being                         |
| 5- General health                          | 6- Sarason, I. G.                     |
| 7- Personal perception                     | 8- Problem-solving                    |
| 9- Decision making                         | 10- Self-appraisal                    |
| 11- Self-efficacy                          | 12- Autonomy                          |
| 13- Problematic situations                 | 14- Confidence                        |
| 15- Control                                | 16- Approach                          |
| 17- Stress                                 | 18- Mental health                     |
| 19- Avoidance                              | 20- Coping                            |
| 21- Self-esteem                            | 22- Competence                        |
| 23- Psychosomatic                          | 24- Cardiovascular disease (CVD)      |
| 25- Psychoneuroimmunology                  | 26- Blood pressure                    |
| 27- Multiple regression analysis           | 28- Problem-solving styles            |
| 29- Helplessness                           | 30- Problem-solving control           |
| 31- Creativity                             | 32- Problem-solving confidence        |
| 33- Attitude                               | 34- Reliability                       |
| 35- Convergent validity                    | 36- Mental Health Questionnaire (GHQ) |
| 37- Stora, J. B.                           |                                       |
| 38- Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ) |                                       |
| 39- Alternative                            |                                       |

## منابع

- استورا، جی. بی. (۱۳۷۷). تئیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه پریخ دادستان، تهران: رشد.
- تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، شماره ۲۰ ص ۳۹۸-۳۸۱.
- ساراسن، ای. جی و ساراسن، بی، آر (۱۳۸۱). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. جلد اول. تهران: انتشارات رشد.
- محمدی، فریده و صاحبی، علی. (۱۳۸۰). بررسی سبک‌های حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. مجله علوم روانشناختی، دوره اول شماره ۱.
- Badger, T. A. (1992). Coping, life-style changes, health perceptions, and marital adjustment in middle-aged women and men with cardiovascular disease and their spouses. *Health Care for Women International*; 13(1), 43-55.

- Biggam, F. H. ; & Power, K. G. (2002). A control, problem-solving, group based intervention with vulnerable incarcerated young offenders. *Intemntional Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 46, 678.
- Bornstein, M. H. (2003). *Well-being positive development across the life course*. Maha wah: Lawrence Erlbaum.
- Carson, R. C.; Butcher, J. N.; & Coleman, J. C. (1988). *Abnormal psychology and modern life*. Boston: Scott, Foreman & Company.
- Dugas, M. J.; Ladouceur, R.; Leger, E.; & Freeston, M. H. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(4), 821.
- D'zurilia, T. J.; & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*. 78. 107-126.
- Elliott, T. R. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*. 48, (2) 223.
- Elliott, T. R.; & Marmarosh, C. L. (1994). Problem-solving appraisal, health complaints and health-related expectancies. *Journal of Counseling and Development*. 72, (5) 531.
- Epstein, S.; & Katz, L. (1992). Coping ability, stress productive load and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62(5), 813-825.
- Ewart, C. K.; Taylor, C. B.; Kraemer, H. C.; & Agras, W. S. (1991). High blood pressure and marital discord: Not being nasty matters more than being nice. *Health-Psychology*; 10(3) 155-163.
- Hanson, K. M.; & Mintz, L. B. (1997). Psychological health and problem-solving, self-appraisal in older adults. *Journal of Counseling Psychology*. 44, 433-442.
- Heppner, P. P.; Walther, D. J. & Good, G. E. (1995). The differential role of instrumentality, expressivity, and social support in predicting problem-solving appraisal in men and women. *Sex-Roles* ; 32(1-2), 91-108.
- Kathryn, P.; Susan, S.; & Kathleen, T. M. (2003). Effect of teaching kids to cop (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent*. 16(2), 71.
- Magnuson, J. (1990). Stress management. *Journal of Property Management*. 55, (3) 24.
- Marrx, E. M. (1992). Depression and social problem- solving. *Journal of Abnormal Psychology*. 101, 78.
- McCain, L.; & Smith, J. (1994). Stress and coping in the context of psychoneuroimmunology: A holistic framework for nursing practice and research. *Archives of Psychiatric Nursing*; 8(4)

221-227.

- Melinda, A. S.; Gretchen, J. D.; & Derek, R. H. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care setting. *Behavior Modification*. 28(1), 73.
- Mirowsky, J.; & Ross, C. E. (1990). Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of Health and Social Behavior*; 31(1), 71-86.
- Nakano, K. (1991). The role of coping strategies on psychological and physical well-being. *Japanese Psychological Research* ; 33(4), 160-167.
- Nezu, A. M.; & Perri, M. G. (1989) Social problem - solving therapy for bipolar and unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 57, (3); 405-413.
- Park, C. L.; Moor, P. J.; Turner, R. A.; & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73(3), 584-592.
- Pretorius, T. B. (1993). Assessing the problem-solving appraisal of Black South African students. *International Journal of Psychology*; 28(6), 861-870.
- Schuldberg, D. (1993). Personal resourcefulness: Positive aspects of functioning in high-risk research. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*; 56(2), 137-152.
- Thomas, E. J. (2003). Problem - solving and cognitive scars in mood and anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 22(21), 192.
- Tyc, V. L.; Mulhern, R. K.; Jayawardene, D.; & Fairelough, D. (1995). Chemotherapy-induced nausea and emesis in pediatric cancer patients: An analysis of coping strategies. *Journal of Pain and Symptom Management*; 10(5), 338-347.
- Yang, L. L.; Liu, M. L.; & Townes, B. D. (1994). Neuropsychological and behavioral status of Chinese children with a cyanotic congenital heart disease. *International Journal of Neuroscience* ; 74(1-4), 109-115.
- Yelsma, P.; & Montambo, L. (1990). Patients' and spouses' religious problem-solving styles and their physiological health. *Psychological Reports*; 66(3), 857-858.
- Wilkinson, P.; & Mynors-Wallis, L. (1994). Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research* ; 38(6), 591-598.