###### 28

###### آزاد.jpeg

###### دانشگاه آزاد اسلامي

###### واحد تهران مرکز

**موضوع:**

**سبک های حل مسأله در افراد افسرده و مقايسه آن با افراد غير افسرده**

**فصل اول : چارچوب کلی پژوهش**

* 1. ***مقدمه***

***2-1 بيان مسأله پژوهش***

***3-1 اهميت نظری و عملی پژوهش÷***

***4-1 اهداف پژوهش***

***5-1 سئوال ها و فرضیه های پژوهش***

***6-1 متغیرهای پژوهش***

***7-1 تعریف متغیرها واصطلاحات***

***افسردگی***

***بهنجار***

***سبک حل مساله***

***1-1مقدمه***

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

**افراد افسرده نسبت به آينده ديد انعطاف پذيري ندارند. آنها احتمالاً بيشتر از افراد غير افسرده آينده خود را منفي مي بينند و به نظرشان احتمال دستيابي به تجارب خوشايند كمتر است به همين دليل افراد افسرده به جاي تلاش براي دستيابي به موفقيت هاي با ارزش در آينده تمام نيروي خود را صرف اجتناب از موقعيت هاي ناخوشايند موجود مي كنند ( ورتهايم [[1]](#footnote-1) ، 1983).**

**افراد افسرده احساس غمگيني مي كنند چون مشكلات خود را پايدار [[2]](#footnote-2) ، كلي [[3]](#footnote-3) و دروني [[4]](#footnote-4) تلقي مي كنند ( هايمبرگ ، ورميليا، دوج [[5]](#footnote-5) ، بيگر . و پارلو 1987؛ پترسون و سليگمن ، 1987؛ رپس [[6]](#footnote-6) ، پترسون ،‌رينمارد، ابرامسون [[7]](#footnote-7) و سليگمن [[8]](#footnote-8) 1982؛ سوييني [[9]](#footnote-9) و همكاران 1986) :**

**پايداري : افراد افسرده رويدادهاي منفي زندگي شان را هميشگي و پايدار تلقي مي كنند، يعتي تغيير دادن آنها را بعيد مي دانند. افراد غير افسرده تجارب منفي را به عنوان موانع موقتي كه زياد هم طول نمي كشد در نظر مي گيرند.**

**كلي نگري : افراد افسرده غرق در مشكلات خود مي شوند و آنها را به همه چيز تعميم مي دهند. افراد غير افسرده مي توانند مسايل را از خود دور كنند . آنها قادرند بين رويدادهاي منفي و مثبت زندگي خود تعامل ايجاد كنند.**

**دروني بودن : افراد افسرده خودشان را مسئول مشكلات خود مي دانند. غير افسرده ها مسئوليـــت چيزهايــي را كه مي‌توانند تغيير دهند مي پذيرند اما خود را مسئول كامل نبودن خود نمي دانند.**

**به نظر جروم فرانك ( 1973) يكي از بهترين كارهايي كه روان درمانگرها مي توانند براي مراجعان خود انجام دهند كمك به آنها براي غلبه بر يأس و نا اميدي شان است . در هر مقطع معيني از زمان 20-15 درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهي ازنشانه هاي افسردگي رنج مي برند و حدس زده مي شو دكه حدود 75 درصد بيماران بستري در بيمارستان هاي رواني را موارد افسردگي تشكيل مي دهند ( فنل[[10]](#footnote-10)۱ 1989).**

**در مورد اختلال افسردگی اساسی , مطالعات کلی در ممالک مختلف انجام شده است که ميزان شيوع آن را در زنان دو برابر مردان نشان می دهد. دليل چنين اختلافی ممکن است استرسهای متفاوت , زايمان , درماندگی آموخته شده [[11]](#footnote-11) واثرات هورمونی باشد ( کاپلان [[12]](#footnote-12) و سادوک [[13]](#footnote-13) , 1988).**

**افسردگی در مفهوم بالينی پنج يا بيش از پنج مورد از موارد زير را در بر می گيرد :**

* **خلق افسرده**
* **کاهش بارز علاقه يا احساس لذت در اکثر فعاليت ها**
* **کاهش قابل ملاحظه وزن يا افزايش وزن**
* **بی خوابی [[14]](#footnote-14) يا پرخوابی [[15]](#footnote-15)**
* **تحريک يا کندی روانی حرکتی**
* **خستگی يا فقدان انرژی**
* **احساس بی ارزشی يا احساس گناه بيجا**
* **کاهش توانایی تمرکز يا بلا تصميمی [[16]](#footnote-16)**
* **افکار تکرار شونده مرگ يا فکر خودکشی .**

**(DSM-IV , 1994/ به نقل از فرايدنبرگ[[17]](#footnote-17) ).**

**مطالعات اخير در حوزه افسردگی حاکی از وجود چندين عنصر متفاوت در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی است. يک عنصر شناختی فعال در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی در ادبيات به نام نگرانی [[18]](#footnote-18) يا افکار مزاحم منفی [[19]](#footnote-19) ذکر شده است.**

**تعدادی از مطالعات نشان داده اند که نگرانی قوياٌ با افسردگی ارتباط دارد ( می ير [[20]](#footnote-20) و همکاران 1990؛ متزگر[[21]](#footnote-21)و همکاران , 1990) هنگامی که افکار منفی ناخواسته به خودآگاهی فرد می آيند فشارزا و ناراحت کننده هستند. آنها ترديدهايی در مورد ارزش خويشتن [[22]](#footnote-22) , دلواپسی هايی [[23]](#footnote-23) در مورد آينده يا توهماتی در مورد گذشته تشکيل می دهند. چنين افکاری حس سلامت فرد را تحليل می برند و خلق منفی را افزايش می دهند. خوشبختانه به نظر می رسد که اکثر مردم قادر هستند که چنين افکار ناخواسته ای را با افکار مطلوبتری جانشين نمايند. اما به نظر می رسد که همه افراد قادر به چنين کنترل ذهنی نيستند , به گونه ای که تعدادي از افراد برای يک دوره طولانی دچار افسردگی می شوند و افکار منفی نافذ[[24]](#footnote-24) و پايداری را تجربه می کنند و ممکن است افسردگی آنها ناشی از شکست ويژه در توانايی شان برای کنترل افکار منفی باشد ( ونزولاف [[25]](#footnote-25) , وگنر[[26]](#footnote-26) و روپر [[27]](#footnote-27), 1988). از سوی ديگر وجود افکار منفی ممکن است با توانايی فرد در ايجاد راه حل های سودمند برای حل مشکلاتش تداخل کند ( نولن – هوکسما [[28]](#footnote-28) , پارکر[[29]](#footnote-29) و لارسون [[30]](#footnote-30) , 1994).**

***2-1 بيان مسأله پژوهش***

**افراد با وقايع تنش زای زندگی , ناکامی ها و نااميدی ها روبرو می شوند؛ بعضی افراد قادرند از تجربه های ناخوشايند زندگی استفاده کنند, در حالی که ديگران در افسردگی خود باقی می مانند؛ کسانی که خود را از افسردگی نجات می دهند واجد نوعی تفکر زیر بنایی هستند بنحویکه از تدابير و راهبردهای موثرتری سود می جویند. تعدادی از پژوهشگران عوامل مشترکی را در افرادی که به احتمال زياد افسرده می شوند و هم چنين نوع مداخله آنان در حل مسائل و مشکلات زندگيشان را شناسايی کرده اند و دريافتند که از طريق سنجش همبستگی بين پاسخ های رويارويی ترجيح داده شده افراد افسرده و مقايسه راه حل های آنان با افراد غير افسرده می توان راهبردهای مؤثر مقابله با افسردگی را شناسايی کرد.**

**هم چنين افرادی که مهارت مسأله گشای خوبی دارند در مقايسه با افرادی که فاقد اين مهارت هستند کمتر احتمال دارد افسرده شوند. عدم توانايی در اتخاذ تصميم يکی از مشخصات عمده افراد افسرده است اين ناتوانی را می توان نوعی بی کفايتی در استفاده از مهارت های موثر در تصميم گيری يا حل مسأله به شمار آورد .دزوريلا و گلدفريد [[31]](#footnote-31))1971) حل مسأله را بعنوان فرايندی رفتاری شناختی تعريف کرده اند که می تواند انواعی از پاسخ های متناوب بالقوه سودمند را جهت مقابله با موقعيت های دشوار در اختيار افراد قرار دهد. بدين جهت از اهداف آموزش به مراجعان در مهارت های حل مسأله اين می باشد که يک راهبرد جهت سازگاری کلی در اختيار آنان قرار دهد.**

**بررسی نزو[[32]](#footnote-32) و پری [[33]](#footnote-33) (1989) نشان داد که حل مسأله يک رويکرد درمانی شناختی – رفتاری است که در درمان افسردگی موثر و مفيد می باشد. افراد افسرده بر اساس مدلهای شناختی دارای ساختارها وفرايندهای شناختی افسردگی زا می باشند ( مبينی 1372).**

**تفکر افسردگی زای بيماران , آنها را از حل مسائل باز می دارد, هدف اصلی درمان پيدا کردن راه حل هايی برای مسائل بيمار با استفاده از راهبردهای شناختی – رفتاری است نه اينکه صرفاٌ به بيمار کمک شود, دارای تفکر منطقی گردد . لذا درمان شناختی – رفتاری را می توان نوعی حل مسأله در نظر گرفت که هدف کوتاه مدت آن تسکين نشانه های افسردگی و هدف دراز مدت آن استفاده از راهبردهای حل مسائل برا ی حل مشکلات زندگی و کاهش برهه های [[34]](#footnote-34) افسردگی در آينده است فنل ( 1989).**

**لذا با مطالعه دقيق و بررسی علمی سبک های حل مسأله در افراد افسرده و مقايسه آن با افراد غير افسرده می توان سبک های مقابله ای متفاوت را شناسايی و ارزيابی کرد , و هم چنين پی برد که فرايندهای حل مسأله در راهبردهای مقابله ای چگونه در ساخت های شناختی افسردگی نقش داشته تا درمانگران آگاهی و توانايی بيشتری در خصوص اين فرآيند , چگونگی کنترل و کاهش آن کسب نمايند.**

***3-1 اهميت نظری و عملی پژوهش***

**به لحاظ ماهيت پيچيده و تغيير يابنده جامعه ما , مردم پيوسته خود را روياروی با مشکلات متنوع می يابند . بسته به پيچيدگی موقعيت و پيامدهای اين مشکلات مقابله ها ممکن است ، مهم و يا قابل توجه نباشد. انسان ها از نظر نحوه کنترل و تحمل مشکلات به رغم ميزان دشواری آن با هم متفاوتند. بسياری از مسائل را , که از نظر بالينی رفتار نابهنجار يا آشفتگی هيجانی خوانده می شود, می توان به مثابه رفتار غير کارآمد همراه با پيامدهای منفی آن از جمله اضطراب , افسردگی و ايجاد مشکلات ثانوی دانست . در اين راستا , رويکرد حل مسأله می تواند در حکم ابزار مهمی برای مواجهه با بسياری از مشکلات موقعيتی و حل آن ها مورد استفاده قرار گيرد. حل مسأله بر يک فرايند رفتاری شناختی يا آشکار دلالت دارد که: 1) پاسخ های بالقوه موثر برای موقعيت مشکل را فراهم می کند و 2) احتمال انتخاب موثرترين پاسخ را از بيان پاسخ های متعدد, افزايش می دهد.**

**ربط سبک حل مساله با درمان بر این فرض استوار است که سبک حل مساله نوعی تفکر زیر بنایی است که فرد در خصوص مشکلات و موقعیت های استرس زا اتخاذ می کند و ناتوانی در شناخت و ارزیابی صحیح از مشکلات موجب ناکارآمدی تلاش فرد در حل مساله بطور موثر می گردد بنحویکه پیامدهای آن در ایجاد و ابقا اختلالات عاطفی در مطالعات روان شناختی بتازگی مطرح شده است بطوریکه بوربوک ( 1995) بر لزوم بکار گیری روش های شناختی رفتاری از جمله تصمیم درمانی جهت تداوم بهبودی و کنترل افسردگی تاکید می کند.**

**طبق نظريه شناختی افسردگی , هسته مرکزی افسردگی اختلال شناختی است و تغييرات عاطفی و جسمی و ساير خصوصيات افسردگی نتيجه اختلالات شناختی است ( کاپلان – سادوک 2003).**

**اهميت عوامل شناختی در افسردگی و ساير اختلالات روانی آنقدر مهم است که بِک , ( 1976) , می گويد : شناخت های منفی در ذات افسردگی است نه علامت يا نتيجه آن . افراد افسرده خود را ناتوان و درمانده می کنند. زيرا محيط خود را ناخوشايند می يابند ، نسبت به آينده ديد انعطاف پذيری ندارند و به نظرشان احتمال دستيابی به تجارب خوشايند کمتر است ( آندرسون , 1990 ؛ پيرنسکی , هولت و گرينبرگ , 1987) . افراد افسرده چون مشکلات خود را پايدار [[35]](#footnote-35) , کلی [[36]](#footnote-36) و درونی [[37]](#footnote-37) تلقی می کنند به جای تلاش برای دستيابی به موفقيت در حل مسائل تمام نيروی خود را صرف اجتناب از موقعيت های ناخوشايند موجود می کنند( کلينکه , ترجمه : محمد خانی , 1382) . طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ( 2001) افسردگی تک قطبی سومين رتبه را بين کل بيماری ها دارد, به طوريکه پيش از 150 ميليون نفر از مردم دنيا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می برند و حدود يک ميليون خودکشی موفق هر سال در جهان وجود دارد. شيوع افسردگی اساسی در جمعيت به طور کل بين 3 تا 10 درصد است و در افرادی که دچار بيماری های مزمن هستند اين ميزان بيشتر است ( امين اسماعيلی , 1383) . سنگينی بار اقتصادی اين بيماری بر جامعه و خانواده ها وکاهش کارآيی و ناتوانی در تحصيل و شغل يابی و حفظ شغل برای افراد مبتلا به افسردگی , ضرورت انجام پژوهش های متعددی را در اين زمينه می طلبد به خصوص در جامعه ما به دليل ويژگی های خاص هم چون جمعيت جوان و تحصيل کرده , مشکلات اشتغال , مهاجرت و پی آمدهای آن , تغييرات سريع فرهنگی همراه با رشد روز افزون آسيب هايی مانند :اعتياد , طلاق ,فرار جوانان از خانه ، ترک تحصیل رفتارهای پر خطر و غير ايمن و ديگر آسيب های روانی , اجتماعی که وجود دارند.**

**شواهد علمی پژوهشگران بين سبک حل مسأله با درماندگی و سطح استرس ارتباط پيوسته ای يافته اند که پيش بينی کننده خودکشی در دانشجويان دانشگاه است. هم چنين نتايج دو مطالعه سبک حل مسأله کسيدی و لانگ ( 196) شواهدی را فراهم ساخت مبنی بر اینکه سبک حل مسأله متغير بسيار مهمی در تفسير بيماری روانی و درک فرايند استرس است.**

**اين پژوهش به منظور استفاده ازنظریه ها و يافته ها منتج از مطالعات پژوهشگران تلاش دارد مدل های نظری و کاربردی سبک های حل مسأله را در ميان دانشجويان کشور بررسی نموده و احتمالاً موجب توسعه و گسترش آن شود و دراين راستا نسبت به رفع نقايص يا پيشنهاد وجهی بدیل کمک کننده باشد.**

***4-1 اهداف پژوهش***

**توانايی های روانی – اجتماعی فرد را قادر می سازد تا در ارتباط با ساير انسان ها , جامعه , فرهنگ و محيط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و سلامت روانی خود را تأمين کند .**

**نظريه های آسيب شناسی روانی افسردگی بيشتر بر محتوای[[38]](#footnote-38) شناخته و باورها و نگرش ها متمرکز بوده اند و کمتر به فرم[[39]](#footnote-39) شناخت در افسردگی و ديگر اختلالات بالينی توجه کرده اند از اين لحاظ نظريات دقيق و مبسوطی را ارائه کرده اند ( اليس , 1962 , بک 1967) . به لحاظ اينکه حل مسأله فرايندی شناختی – رفتاری است که به واسطه آن فرد راه های موثر سازگاری با موقعيت های مشکل زا را کشف می کند. يکی از اهداف اين پژوهش بررسی سبک های مقابله ای دانشجویان در مقابل مشکلات و مسائل است. از طرف ديگر بر اساس مدل های شناختی چنين فرض می شود که شناخت افراد افسرده دارای عناصری منفی است که از ساختارها و فرايندهای شناختی , افسردگی زا ناشی می شوند. و اصطلاح آسيب پذيری شناختی[[40]](#footnote-40) جهت توصيف شيوه تفکری به کار می رود که بعضی افراد را بيشتر در معرض واکنش نشان دادن به محيطشان با رفتار خلق افسرده می کند ( بلک بورن و اسمايت , 1985) .**

**بررسی نزو ( 1986) نشان داد که حل مسأله درمانی موجب کاهش افسردگی و هم زمان با افزايش اعتماد و توانايی فر د در حل مشکلات واتخاذ يک جهت يابی کنترل درونی می شود. هم چنين فنل ( 1989) رفتار درمانی شناختی را نوعی حل مسأله در نظر گرفت و بيان کرد ، مراجعان با تعدادی مشکل و از آن جمله خود افسردگی به درمانگر مراجعه می کنند , تفکرافسردگی زا آنها را از حل مشکلاتشان باز می دارد. بنابراين پرداختن به افکار خودآيند [[41]](#footnote-41) منفی وسيله ای است برای رسيدن به هدف و نه خود هدف ، هدف درمان عبارت از پيدا کردن راه حل هايی برای مسائل بيمار با استفاده از راهبردهای شناختی – رفتاری و بررسی شيوه های حل مساله راهی جهت دست يابی به ساخت های شناختی افراد افسرده می باشد .**

**افراد در همه مراحل زندگی خود می بایستی نسبت به تصمیم های موثر برای حل مشکلات زندگی که مبتنی بر ارزیابی های صحیح از مسائل باشد اقدام نمایند؛ و جوانان در خطیر ترین مراحل زندگی خود قرار دارند لذا ؛ فهم و آگاهی در نحوه به کار گيری عوامل سبک حل مساله دانشجویان افسرده از اهداف اين پژوهش قرار گرفته است تا قابليت در توضيح رابطه فرايند و ارزيابی استرس و چگونگی پاسخ بيماران افسرده به مشکلات توسعه يابد. اين امر احتمالاً می تواند درمانگران را قادر سازد تا در توصيف و تصحيح شيوه های روش حل مسأله و تصميم گيری افراد افسرده مطابق روش نظريه تصميم درمانی و الگوی حل مسأله دزرويلا و گلد فريد (1994) موفق تر عمل بنمايند.**

***سوال ها و فرضیه های پژوهش***

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

***سئوال های پژوهش***

**الف – آیا دانشجویان افسرده سبک متفاوتی در حل مساله دارند؟**

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

***فرضیه های اصلی پژوهش***

**1 – سبک حل مساله دانشجویان افسرده متفاوت از دانشجویان بهنجار است .**

**2 – سبک حل مساله دانشجویان دختر افسرده متفاوت از دانشجویان پسر افسرده است.**

***فرضیه های فرعی***

**1 – احساس درماندگی دانشجویان افسرده در حل مساله بیشتر از دانشجویان بهنجار است.**

**2 – منبع کنترل دانشجویان افسرده درحل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.**

**3 – اعتماد بنفس دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.**

**4 – تنوع و تعدد راه حل های دانشجویان افسرده در حل مساله کمتر از دانشجویان بهنجار است.**

**5 – سبک گرایش – اجتناب دانشجویان افسرده در حل مساله متفاوت از دانشجویان بهنجار است.**

***6-1 متغیرهای پژوهش***

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

**متغیر مستقل : افسردگی**

**متغیر مستقل دوم : جنس**

**متغیر وابسته : سبک حل مساله**

**متغیر کنترل : سن**

1. - Werlheim [↑](#footnote-ref-1)
2. - Stable [↑](#footnote-ref-2)
3. - global [↑](#footnote-ref-3)
4. - internal [↑](#footnote-ref-4)
5. - Dodge [↑](#footnote-ref-5)
6. - RaPs [↑](#footnote-ref-6)
7. - Abramson [↑](#footnote-ref-7)
8. - seligman [↑](#footnote-ref-8)
9. - sweeng [↑](#footnote-ref-9)
10. 1. Fennell [↑](#footnote-ref-10)
11. Learned helplessness [↑](#footnote-ref-11)
12. Kaplan [↑](#footnote-ref-12)
13. Sadock [↑](#footnote-ref-13)
14. insomnia [↑](#footnote-ref-14)
15. Hypersomnia [↑](#footnote-ref-15)
16. indeciveness [↑](#footnote-ref-16)
17. Frydenberg [↑](#footnote-ref-17)
18. worry [↑](#footnote-ref-18)
19. Negative intrusive thoughts [↑](#footnote-ref-19)
20. Meyer [↑](#footnote-ref-20)
21. Metzger [↑](#footnote-ref-21)
22. Self- worth [↑](#footnote-ref-22)
23. Concerns [↑](#footnote-ref-23)
24. Pervasive [↑](#footnote-ref-24)
25. Wenzlaff [↑](#footnote-ref-25)
26. Wegner [↑](#footnote-ref-26)
27. Ropper [↑](#footnote-ref-27)
28. Nolen- Hoeksema [↑](#footnote-ref-28)
29. Parker [↑](#footnote-ref-29)
30. Larson [↑](#footnote-ref-30)
31. D Zurrilla & Goldfried [↑](#footnote-ref-31)
32. Nezu [↑](#footnote-ref-32)
33. Perri [↑](#footnote-ref-33)
34. episodes [↑](#footnote-ref-34)
35. Stable 1 [↑](#footnote-ref-35)
36. global [↑](#footnote-ref-36)
37. internal [↑](#footnote-ref-37)
38. Content [↑](#footnote-ref-38)
39. Form [↑](#footnote-ref-39)
40. Congnitive Vulnerability [↑](#footnote-ref-40)
41. automatic [↑](#footnote-ref-41)