

## مطالعه تحولی حل مسئله اجتماعی و نشخوار فکری در زنان

جمیله غلامی<sup>۱</sup>، نادره سهرابی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از این تحقیق، تبیین تفاوت حل مسئله اجتماعی، و نشخوار فکری در گروه‌های مختلف سنی در زنان شهر شیراز بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان از نوجوانی تا سالمندی که در سال ۱۳۹۳ ساکن شهر شیراز بودند تشکیل می‌دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۷۰ نمونه از میان گروه‌های مختلف سنی (نوجوانی ۲۱-۱۴، جوانی ۴۰-۲۱، میانسالی ۶۰-۴۰، و کهنسالی ۶۰ به بالا) انتخاب شد. به منظور سنجش حل مسئله اجتماعی از پرسشنامه حل مسئله اجتماعی دی‌زورویلا و نزو و نشخوار فکری از سیاهه نشخوار فکری یوسفی (RQ) استفاده گردید. روایی و پایایی این ابزارها در پژوهش‌های مختلف احراز شده است. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از این است که بین گروه‌های مختلف سنی زنان از لحاظ حل مسئله اجتماعی در سه بعد جهت‌گیری مثبت به حل مسئله، جهت‌گیری منفی به حل مسئله و سبک اجتنابی حل مسئله و هم‌چنین از لحاظ نشخوار فکری در دو بعد سردرگیبانی و درون‌نگری تفاوت معناداری وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** حل مسئله اجتماعی، نشخوار فکری، زنان

<sup>۱</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

<sup>۲</sup> - استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

## مقدمه

زنان به عنوان قشر مهمی از جامعه، نقش بنیادی در ایجاد، برپایی و استحکام خانواده دارند. نقش همسری و مادری نقشی است که هر زن در بنیاد خانواده آن را به عهده می‌گیرد و به واسطه آن در شکل‌گیری و دوام خانواده اثرگذار است. خانواده نیز به نوبه خود به عنوان اولین جامعه‌ای که هر کودک در آن حضور پیدا می‌کند و از شرایط آن تأثیر همه جانبه می‌گیرد، حائز اهمیت است. از این رو سلامت روان<sup>۱</sup> زنان به عنوان هدایت‌گران خانواده بر سلامت روان فرزندان، خانواده و در نتیجه کل جامعه، تأثیر مستقیم داشته و به این دلیل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از آنجا که بررسی و مطالعه سلامت روان از طریق سنجش شاخص‌های اندازه‌گیری آن امکان‌پذیر می‌باشد، لذا در این پژوهش تمرکز بر روی شاخص‌های حل مسئله اجتماعی، و نشخوار فکری در زنان قرار گرفته است.

حل مسئله اجتماعی<sup>۲</sup> که به عنوان یکی از شاخص‌های سنجش سلامت روان در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است، یک راهبرد کلی است که افراد به واسطه آن برای موقعیت‌های چالش برانگیز، پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر پیدا می‌کنند. حل مسئله اجتماعی به سازگاری روان‌شناختی کمک فراوان می‌کند زیرا در گستره موقعیت‌های تنش‌زا، بر کارکرد انطباقی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، تعجب آور نیست که حل مسئله اجتماعی از یک سو با اشکال مختلف ناسازگاری و آسیب‌شناسی روانی و از سوی دیگر با سازگاری روان‌شناختی، رابطه دارد (Chang et al, 2004). از این رو در واقع حل مسئله اجتماعی، یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده آسفتگی روان‌شناختی است. مطالعات انجام شده در این حوزه غالباً متغیر حل مسئله اجتماعی را در زمینه اختلال‌های محور I، کتاب راهنمای آماری و تشخیصی روانی<sup>۳</sup> مورد بررسی قرار داده‌اند و شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد نقص در حل مسئله اجتماعی، با آسفتگی روان‌شناختی بویژه اختلال‌های محور یک، رابطه دارد. (Cassidy, T., & Long, 1996). در واقع، مهارت حل مسئله فرآیندی شناختی-رفتاری است که در آن بر اساس مدل حل مسئله اجتماعی، جهت‌گیری حل مسئله‌ای افراد افسرده و مضطرب، منفی است و این موضوع تلاش‌های آنها برای حل مسئله را بازداری می‌کند (Tagiloo et al, 2010). از طرف دیگر دی‌زوربلا و همکاران بر این باورند که جهت‌گیری مثبت به مسئله<sup>۴</sup>، از یک سو هیجانات منفی<sup>۵</sup> چون اضطراب و افسردگی را دفع می‌کند و از سوی

<sup>1</sup> - mental health

<sup>2</sup> - social problem solving

<sup>3</sup> - DSM-IV

<sup>4</sup> - positive problem orientation

<sup>5</sup> - negative emotions

دیگر هیجانات مثبت<sup>۱</sup> و شایستگی ادراک شده<sup>۲</sup> را فرا می‌خواند، این عمل در یک چرخه توانایی مؤثر، حل مسئله را افزایش می‌دهد (Sepahmansor et al 2009). حل مسئله اجتماعی زمانی ناکارآمد محسوب می‌شود که با جهت‌گیری منفی به مسئله<sup>۳</sup>، تکانشگری<sup>۴</sup> یا تعلل و اجتناب شدید همراه است. با توجه به مفهوم کیفیت زندگی که در آن ابعاد مختلفی نظیر بهزیستی مولد<sup>۵</sup> (مثلاً شایستگی و زیایی) مدنظر قرار می‌گیرد (Felce & Perry, 1995; Wallander, Schmitt. & Koot, 2001)، حل مسئله اجتماعی می‌تواند به عنوان شاخصی از کفایت فردی و نشانه‌ای از کیفیت زندگی در تعاملات بین فردی مورد توجه قرار گیرد.

متغیر دیگر مورد بررسی در این پژوهش، نشخوارفکری<sup>۶</sup> می‌باشد. بسیاری از مردم معتقدند زمانی که افسرده می‌شوند باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند، زیرا فکر می‌کنند چنین ارزیابی و تمرکزی به آنان بی‌نفع می‌دهد تا بتوانند راه‌حلی را برای مشکلشان پیدا کنند. بنابراین دچار نشخوارفکری شده که خود منجر به تداوم افسردگی می‌گردد. شواهد نشان می‌دهد که نشخوارفکری پیامدهای آسیب‌زای زیادی به دنبال دارد، از جمله: حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری از رفتارهای مؤثر، و تمرکز و شناخت به هم ریخته (Nolen-Hoeksema & Marrow 1991). به نظر می‌رسد نشخوارفکری با نگرانی<sup>۷</sup> در ارتباط است. نگرانی بیش‌تر در بیماران اضطرابی دیده می‌شود، اما به نظر می‌رسد در بیماران افسرده نیز رایج است. نگرانی به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصورات و عواطف منفی سنگین و احتمالاً غیرقابل کنترل شناخته می‌شود (Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, 1997). برخی از پژوهشگران قدیمی و نظریه‌پردازان افسردگی از جمله Seligman (1975) بر این باورند که بهتر است به جای افسردگی به شادمانی توجه شود. بنابراین برخی از پژوهشگران تحقیقاتی را در این زمینه انجام دادند و به بررسی اثرات القاء خلق شاد و افسرده در آزمودنی‌ها پرداختند و متوجه شدند که افراد دارای خلق شاد خاطرات مثبت را بیش‌تر به یاد می‌آورند و افراد دارای خلق غمگین بیش‌تر بر خاطرات منفی متمرکز می‌شوند (Teasdale, J. D., Fogarty, S. J., Taylor, 1980)، که این خود منجر به نشخوارفکری در آنان می‌شود.

1- positive emotions

2- Perceived Competence

3- negative problem orientation

4- impulsivity

5- welfare feed

6- rumination

7- worry

همان‌گونه که گفته شد، چهار رده سنی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند که یکی از آنها رده سنی نوجوانان<sup>۱</sup> می‌باشد. بیش‌تر دختران نوجوان در سنین ۱۹-۱۵ بالغ شده و دوران نوجوانی را سپری می‌کنند. دختران حدود ۲ سال زودتر از پسران بالغ می‌شوند. از جمله مسایل حائز اهمیت در این دوره بحث بهداشت روانی آنان می‌باشد، زیرا وضعیت سلامت روانی در این دوره اثرات زیادی بر الگوهای سازگاری رفتاری در بزرگسالی خواهد داشت. با این وجود در بسیاری از موارد والدین مسئولیت نظارت بر بهداشت و سلامت روانی نوجوانان را بر عهده نمی‌گیرند و توجه لازم و کافی را در این زمینه نشان نمی‌دهند، درحالی که آنها وظیفه دارند نوجوان را برای ورود به دوره پرتلاطم نوجوانی آماده کنند و با درک شرایط و وضعیت رشد جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی نوجوان در جهت برقراری یک رابطه عاطفی، صمیمانه و احترام‌آمیز با او تلاش کنند. در رده سنی جوانان<sup>۲</sup> نیز، زنان با مشکلات و مسایل فراوانی روبرو هستند که این مشکلات به دلیل تاثیرات و پیامدهایی که در زندگی فردی و اجتماعی آنها برجای می‌گذارد، حائز اهمیت بسیار می‌باشد. در این دوره سنی زنان با طیف وسیعی از مسائل مانند ازدواج، تشکیل خانواده، بارداری، فرزندپروری، سرپرستی خانواده، طلاق، تحصیل، شغل و غیره مواجه هستند که هرکدام از این مسائل، متعاقباً می‌تواند اثرات و پیامدهای دیگری نیز در زندگی مادی و معنوی زنان به همراه داشته باشد که بررسی و ارزیابی راهکار برای هر کدام مستلزم پژوهش‌های گسترده و فراوان می‌باشد. دوره میانسالی<sup>۳</sup> نیز از دوره‌های مهم زندگی هر زن بشمار می‌رود. دوره میانسالی برای زنان معمولاً با تغییرات فیزیولوژیکی و جسمی همراه است. زنان در این سن دوره یائسگی را تجربه می‌کنند. در واقع یائسگی دوره‌ای ویژه برای زنان است که با توجه به نوع نگرش‌ها، احساس بانوان نسبت به این مرحله متفاوت است. زنان در این مرحله از زندگی با تنش‌های روانی فراوانی روبه‌رو خواهند شد، زیرا تفسیر صحیحی از این دوران نداشته و به یک دوره تعریف نشده پا گذاشته‌اند، بنابراین، زنانی که با آگاهی نسبت به این مرحله حساس پا در آن می‌گذارند، توانایی سازگاری بیش‌تری را با این دوره خواهند داشت. دوره یائسگی با عوارض روانی و جسمانی خاصی همراه می‌باشد. هجوم افکارمنفی در مورد نزدیکان و نگرانی از آینده آنها که موجب عوارض منفی جسمی مثل گرگرفتن، احساس خستگی، دردهای عضلانی، بی‌خوابی و غیره می‌شود. ترس از بیماری‌های مهلک و خطرناک، نگرانی از آینده فرزندان، ترس از فقر و مشکلات اقتصادی، ترس از پیری و از کارافتادگی و احساس پوچی از جمله عوارض دوران یائسگی می‌باشد که می‌تواند بر سلامت روان زنان تأثیرگذار باشد.

<sup>1</sup> - adolescents

<sup>2</sup> - youth

<sup>3</sup> - midlife

و اما دوره سالمندی<sup>۱</sup> یا کهنسالی نیز مانند سایر دوره‌های زندگی یک فرآیند طبیعی و عمومی است که باید در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. بنابراین وضعیت سلامت روان سالمندان یکی از موضوعاتی است که باید توجه ویژه‌ای به آن شود. مسائل و بیماری‌های سالمندان از جمله افزایش خطر مرگ با بالا رفتن سن و وجود بیماری‌های مزمن همواره در همه جوامع مشترک است. یکی از مهمترین مواردی که فرد سالمند با آن روبرو می‌شود احتمال بروز افسردگی و تغییرات در خلق و خوی است به طوری که افراد ۵۰ سال به بالا تغییرات تدریجی شخصیتی خود را به حساب پیری می‌گذارند. علت افسردگی در سالمندان مانند افراد جوانتر، اجتماعی، روانی و زیستی است که تمایل به دائمی شدن دارد و فاکتورهای خطر فراوانی جهت ابتلا سالمندان به مشکلات روحی و روانی را به وجود می‌آورد. اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی<sup>۲</sup>، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی بروز می‌کند. انزوا و تغییر در فعالیت‌های اجتماعی مانند بازنشستگی، وضعیت زندگی زناشویی به شکل سالمند بیوه، مطلقه یا متارکه کردن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پائین، بیماری‌های ناتوان‌کننده، درد کنترل نشده، بیخوابی و اختلالات عملکردی - شناختی از جمله عواملی است که مشکلات روحی و روانی سالمندان را بیش‌تر می‌کند. ایجاد شناخت صحیح نسبت به عناصر مثبتی که در زندگی فعلی فرد سالمند وجود دارد دلایل امیدوارکننده‌ای برای زندگی کردن ایجاد می‌کند. کارشناسان بهداشتی راهکارهای مؤثر در برخورد با سالمندان مبتلا به افسردگی را درک مسایل روانی و عاطفی افراد سالمند، نیاز به کسب آگاهی، مطالعه و دریافت آموزش‌های لازم و بحث و گفت‌وگو در مورد مشکلات روانشناختی خاص دوران سالمندی معرفی می‌کنند. براساس یک تحقیق جدید که اخیراً در شهر تهران به منظور وضعیت سلامت روان سالمندان صورت گرفته در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به جز درد جسمانی و سلامت عمومی وضعیت مردان بهتر از زنان است. مشکلات سلامت روانی زنان به جز افسردگی بیش‌تر از مردان می‌باشد. براساس مطالعاتی که صورت گرفته وضعیت سلامت روانی سالمندان در شهر تهران در زنان بدتر از مردان و میزان افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی<sup>۳</sup> در زنان بیش‌تر از مردان بوده است. بیش از نیمی از سالمندان تهرانی دچار اختلالات سلامت روان شامل اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی هستند که نزدیک به دو سوم آنان را زنان سالمند تشکیل می‌دهند. این آمار از آمارگیری که در سال ۱۹۹۹ برای بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در سراسر کشور صورت گرفت، به مراتب بیش‌تر است. بر اساس

1- aging

2- cognitive disorder

3- mood disorder

این تحقیق افزایش شیوع اختلالات روانی می‌تواند سبب کاهش حمایت‌های خانوادگی، افزایش عوامل تنش‌زا و مشکلات اقتصادی و اجتماعی بیش‌تر در شهرهای بزرگ شود. پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام شده که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

(Ward, A. H., Lyubomirski, S., Sousa, L. E., Nolen-Hoeksema, 2003)، نشان دادند که

زنان مبتلا به سرطان سینه و مبتلا به نشخوار فکری نسبت به زنان سالم مبتلا به سرطان سینه، دو ماه دیرتر به پزشک مراجعه می‌کنند. نکته‌ی قابل توجه آن بود که ارتباط بین نشخوار فکری و تأخیر در جستجوی درمان توسط اضطراب و یا ترس‌های مربوط به سرطان، تحت تأثیر قرار نمی‌گرفت.

(Lyubomirsky, S., & Tkach, 2003)، معتقدند که نشخوارکنندگان فکری از ارتباطات بین

فردی ضعیف رنج می‌کشند و به نظر می‌رسد افراد مبتلا به نشخوار فکری مزمن، با خانواده، فامیل و حتی غریبه‌ها رفتار مناسبی نداشته باشند.

(Ward et al (2003)، نشان دادند که نشخوارکنندگان فکری به هنگام تداعی آزاد، افکار منفی و

سودار را مطرح می‌کنند و خود و خانواده‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و در برنامه‌هایشان اعتماد به نفس پایین نشان می‌دهند.

(Adler, 2008)، نشان می‌دهد که گرایش به نشخوار فکری، عامل خطری برای افسردگی است.

همچنین به عقیده وی نشخوار فکری با کم کردن تأثیر راهبردهای حل مسئله رابطه دارد، یادآوری حافظه‌ی خودکار منفی را افزایش می‌دهد و اثرات بی‌حوصلگی و بی‌حسی را در افسردگی افزایش می‌دهد.

نتایج تحقیق (Chang et al, 2009)، نشان می‌دهد که حل مسئله اجتماعی به عنوان متغیر

میانجی بین استرس و بهزیستی روانی عمل می‌کند. هم‌چنین وی معتقد است اگرچه استرس و جهت‌گیری منفی به مسئله به عنوان پیش‌بین‌های واحدی ابعاد متفاوت بهزیستی روانی را پیش‌بینی می‌کنند، دیگر ابعاد حل مسئله اجتماعی هم به عنوان پیش‌بین‌های مهمی پدیدار می‌شوند.

(Watkins, 2009)، در تحقیقی به بررسی نشخوار افسردگی و علائم همراه پرداخت. نتایج نشان

داد که نشخوار فکری با افسردگی و اضطراب همراه بود. هم‌چنین همراهی اختلال وسواس مرضی و اختلال شخصیت مرزی نیز گزارش شد. هم‌چنین نشخوار با گزارشات سوءاستفاده جنسی همراه بود و هیچ تفاوت جنسیتی در نشخوار فکری مشاهده نشد.

(Turner L., McLaren, 2011)، در پژوهشی به بررسی حمایت اجتماعی و حس تعلق به عنوان

عوامل حفاظتی در نشخوار فکری و افسردگی مرتبط در میان زنان استرالیا پرداخت. نتایج نشان داد

که مداخلات جهت کاهش علائم افسردگی در میان زنانی که نشخوار فکری می‌کنند باید متمرکز بر افزایش عوامل حفاظتی باشد.

(Özdemir, Y., Kuzucu, Y., and Koruklu 2013)، معتقدند که حل مسئله اجتماعی و افسردگی از عوامل مهم در ادراک خشم در میان جوانان ترک می‌باشد. نتایج تحقیق آنها بیانگر این است که حل مسئله اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری با خشم و افسردگی دارد. همچنین افسردگی ارتباط مثبت و معناداری با خشم داشته و به نظر می‌رسد افسردگی به عنوان میانجی در رابطه بین حل مسئله اجتماعی و خشم عمل می‌کند.

(Abolmaali, Mojtabae, Rahimi, 2013)، در تحقیق خود در ارتباط با پیش‌بینی رضایت از زندگی زناشویی بر اساس مهارت‌های حل مسئله اجتماعی، به این نتیجه رسیدند که جهت‌گیری مثبت مسئله بیش‌ترین سهم را در پیش‌بینی رضایت از زندگی زناشویی مردان و زنان دارد. هم‌چنین پیش‌بینی رضایت از زندگی زناشویی بر اساس مهارت‌های حل مسئله اجتماعی در هر دو جنس به گونه متفاوت صورت می‌گیرد.

(Mirzaee, Nazaribadea, Abedi, 2013)، در پژوهشی به بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر می‌باشند و توجه به آن می‌تواند رویکردی مؤثر در آموزش اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد.

(Bayani, Ranjbar and Bayani, 2012)، در پژوهشی به بررسی رابطه بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آنها به این نتیجه رسیدند که بین توانایی حل مسئله و افسردگی و هراس اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد و هر چه توانایی حل مسئله اجتماعی در فردی بالاتر باشد میزان افسردگی و هراس اجتماعی وی کمتر می‌باشد.

(Yosefi et al, 2008)، در تحقیقی با عنوان نشخوار فکری: آغاز و دوام افسردگی، به بررسی نقش نشخوار فکری، و باورهای مثبت و منفی فراشناخت مربوط به نشخوار فکری در شروع و دوام افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان پرداخت. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که نشخوار فکری به تنهایی می‌تواند ۵۴ درصد تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کند. با ورود باور مثبت به تحلیل، این عدد به ۵۷/۹ درصد می‌رسد و هنگام ورود باور منفی به تحلیل، این رقم به ۶۱ درصد می‌رسد. به این ترتیب سهم نشخوار فکری در شکل‌گیری افسردگی ۵۴ درصد، سهم باورهای مثبت ۳/۹ درصد و سهم باورهای منفی ۳/۱ درصد است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناخت می‌توانند پیش‌بینی‌کننده افسردگی باشند.

**فرضیه‌های پژوهش:**

مهارت حل مسله تفاوت معناداری در گروه‌های مختلف سنی زنان دارد.  
مهارت نشخوار فکری تفاوت معناداری در گروه‌های مختلف سنی زنان دارد.

**روش پژوهش**

این تحقیق از نوع پژوهش بنیادی بوده جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان شهر شیراز در گروه‌های مختلف سنی نوجوانان ۲۱-۱۴ سال، جوانان ۴۰-۲۱ سال، میانسالان ۶۰-۴۰ سال و کهنسالان بالای ۶۰ سال بود (بر اساس دیدگاه اریکسون، ۱۹۶۳). با توجه به اینکه تعداد دقیق جامعه آماری در دسترس نمی‌باشد، لذا به طور تخمین از هر گروه سنی حدود ۱۰۰ نمونه انتخاب شد. نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

**جدول ۱-۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس گروه سنی**

سن	فراوانی	درصد فراوانی
نوجوان	۹۴	۲۰/۰
جوان	۱۹۸	۴۲/۱
میانسال	۸۸	۱۸/۷
کهنسال	۹۰	۱۹/۱
جمع	۴۷۰	۱۰۰/۰

**جدول ۲-۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان تحصیلات**

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم	۱۰۳	۲۱/۹
دیپلم	۱۳۷	۲۹/۱
فوق دیپلم	۴۷	۱۰/۰
لیسانس	۱۵۱	۳۲/۱
فوق لیسانس	۲۷	۵/۷
دکتر و بالاتر	۵	۱/۱
جمع	۴۷۰	۱۰۰/۰



جدول ۳-۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی
مجرد	۲۱۰	۴۴/۷
متأهل	۲۲۹	۴۸/۷
مطلقه	۶	۱/۳
بیوه	۲۵	۵/۳
جمع	۴۷۰	۱۰۰/۰

جدول ۴-۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی
خانداندار	۲۸۴	۶۰/۴
شاغل	۱۸۶	۳۹/۶
جمع	۴۷۰	۱۰۰/۰

### ابزار گردآوری اطلاعات

در این مطالعه از دو پرسشنامه‌ی حل مسئله‌ی اجتماعی و پرسشنامه‌ی نشخوار فکری برای گردآوری اطلاعات استفاده شد که در ادامه به توصیف هر یک از این دو پرسشنامه پرداخته شده است.

### پرسشنامه حل مسئله اجتماعی

فرم کوتاه تجدیدنظر شده پرسشنامه توانایی حل مسئله اجتماعی<sup>۱</sup> یک مقیاس خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری مهارت‌های حل مسئله اجتماعی است. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مؤلفان (D'Zurilla., (Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002) است، که مؤلفه‌های عمده مدل نظری حل مسئله اجتماعی را بررسی و اندازه‌گیری می‌کند. فرم بلند این مقیاس دارای ۵۲ سؤال است و ۵ خرده مقیاس دارد. فرم کوتاه آن دارای همان ۵ خرده مقیاس اما شامل ۲۵ سؤال است و روی مقیاس ۵ درجه لیکرت از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. دو خرده مقیاس، جهت‌گیری حل مسئله را اندازه‌گیری می‌کنند. یعنی جهت‌گیری مثبت حل مسئله (PPO) به وسیله سؤالات (۵-۷-۱۴) و جهت‌گیری منفی حل مسئله (NPO) به وسیله سؤالات (۲-۴-۹-۱۳-۲۲)، سه خرده مقیاس آن نیز سبک حل مسئله اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند. سبک منطقی حل مسئله (RPS) که به وسیله سؤالات (۲-۸-۱۶-۲۰-۲۱-۲۴-۲۵) اندازه‌گیری

<sup>۱</sup>- SPSSI-R:SF

می‌شود. سبک اجتنابی حل مسئله (APS) به وسیله سؤالات (۱- ۱۰- ۱۲- ۱۷- ۱۸) و سبک تکانشی - بی توجهی حل مسئله (ICPS) که به وسیله سؤالات (۶- ۱۱- ۱۵- ۱۹- ۲۳) اندازه‌گیری می‌شوند. دو خرده‌مقیاس (PPO, RPS)، حل مسئله سازنده و کارا را اندازه‌گیری می‌کنند. و سه خرده‌مقیاس باقی‌مانده (ICPS, APS, NPO)، حل مسئله غیرعادی و ناقص را اندازه‌گیری می‌کنند.

### نمره‌گذاری پرسشنامه توانایی حل مسئله اجتماعی

دو خرده‌مقیاس حل مسئله سازنده و کارا یعنی (RPS, PPO) به صورت مثبت نمره‌گذاری می‌شوند اما خرده‌مقیاس‌های بدکارکردی به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره خرده‌مقیاس‌های بدکارکردی (APS, ICPS, NPO) می‌توان گفت که نتیجه این مقیاس‌ها، نمره‌های وارونه‌ای هستند که از تفریق نمرات حقیقی از بالاترین نمره احتمالی به دست می‌آیند. برای بدست آوردن نمره کل مقیاس باید نمره هر خرده‌مقیاس را بر تعداد آیتم‌های خود خرده‌مقیاس تقسیم کرد تا همه خرده‌مقیاس‌ها به طور یکسانی در نمره نهایی مشارکت داشته باشند. نمره بالا در (SPSI) نشان دهنده حل آسان، کارا و سازنده مسئله است. در حالی که نمره پایین نشان دهنده حل ناقص، ناکارآمد و بدکارکردی برای مسئله است.

پایایی آزمون مجدد برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (D'Zurilla, et al, 2002). روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش، تأیید شده است (D'Zurilla et al, 2002) همه تحلیل‌های روایی (SPSI) را به عنوان یک مقیاس حل مسئله اجتماعی تأیید کرده‌اند. سطوح آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در یک مطالعه روی زندانیان بدین صورت گزارش شده است. خرده‌مقیاس سبک اجتنابی حل مسئله،  $IPS = 0/77$ ، خرده‌مقیاس جهت‌گیری منفی حل مسئله،  $NPO = 0/76$ ، خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت حل مسئله،  $PPO = 0/75$ ، خرده‌مقیاس سبک منطقی حل مسئله،  $RPS = 0/67$ ، و خرده‌مقیاس تکانشی - بی توجهی حل مسئله،  $ICPS = 0/66$ ، در مطالعه مذکور همچنین ضریب برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش شده است (درکزن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

یافته‌های پژوهش (Salehi, 2009)، در مورد پایایی پرسشنامه توانایی حل مسئله اجتماعی (SPSI) بیانگر این است که فرم فارسی این پرسشنامه از پایایی خوبی برخوردار است. تحلیل مؤلفه‌های اصلی، پنج عامل نظری حل مسئله اجتماعی را تأیید و نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار عاملی به دست آمده را حمایت کرد. ضرایب همبستگی بین عامل‌های پرسشنامه حل مسئله اجتماعی و

<sup>1</sup> - Derkzen

پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت مبین روایی همگرایی این پرسشنامه است. ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های جهت‌گیری مثبت نسبت به مسئله، جهت‌گیری منفی نسبت به مسئله، حل منطقی مسئله، سبک اجتنابی و سبک تکانشی/بی‌دقتی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ به دست آمده است. نتایج موجود نشان داده است که آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها و مقیاس کلی پرسشنامه مذکور با نتایج پژوهش‌های فراوانی که در کشورهای مختلف روی جامعه مجرمان انجام گرفته است از جمله انگلیس، امریکا، چین و کانادا بسیار نزدیک است. پژوهش (Derkzen, Dena marie, 2007)، در کانادا نشان داده که ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری مثبت، جهت‌گیری منفی، سبک تکانشی، سبک اجتنابی و سبک منطقی به ترتیب برابر ۰/۶۴، ۰/۷۶، ۰/۶۹، ۰/۶۸ و ۰/۷۱ است. هم‌چنین یافته‌های پژوهش با توجه به نتایج تحلیل عاملی و با استناد به نتایج مربوط به روایی همگرا و همزمان به دست آمده بیانگر روایی مطلوب پرسشنامه تکانشگری توانایی حل مسئله اجتماعی است.

### پرسش نامه نشخوار فکری RQ

فرم اولیه این پرسشنامه دارای ۵۰ سؤال بوده که در هر ماده محتوای افکار نشخواری و فرآیند آن ارائه شده و از آزمودنی خواسته می‌شد تا در قالب طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (به هیچ وجه ۱، تا حدودی ۲، بیش‌تر اوقات ۳ و بسیار زیاد ۴) در مورد تجربه آن افکار یا احساسات در دو هفته گذشته پاسخ بدهد. هرچه فرد این افکار را بیش‌تر تجربه کند، نمره بیش‌تری می‌گیرد. هر ماده این پرسشنامه با توجه به مرور پیشینه نظری و پژوهشی و تجارب بالینی پژوهشگران با بیماران افسرده تنظیم شده است.

روایی سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس و روایی افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه بالینی و غیر بالینی بررسی شده است. نتایج آزمون  $t$  مستقل، روایی افتراقی این پرسشنامه را تأیید کرده و نشان داده دو گروه بالینی و غیر بالینی تفاوت معنادار دارند ( $p < 0.05$ ). همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ و اعتبار پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمده است. تحلیل عاملی پرسشنامه نشخوار فکری نشان داده که این ابزار از پنج عامل تشکیل شده و ۵۰/۰۹ درصد واریانس این آزمون را توضیح می‌دهد. ضریب روایی همزمان با آزمون بک ( $r = 0.63$ ) و با شادمانی آکسفورد ( $r = -0.73$ ) به دست آمده که هر دو معنادار بوده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0.92$ ) و ضریب اعتبار بازآزمایی ( $r = 0.78$ ) محاسبه شده است. در مجموع، پنج عامل از «پرسشنامه نشخوار فکری» استخراج شده است که این پنج عامل نزدیک به ۵۰/۰۹ درصد از واریانس کل پرسشنامه استخراج شده است و در حالت چرخش یافته، عامل اول ۳۲/۴۵ درصد، عامل دوم ۷/۰۰۴ درصد، عامل سوم ۴/۰۷ درصد، عامل چهارم ۳/۳۷ درصد و عامل پنجم ۳/۱۸ درصد از واریانس پرسشنامه را شامل می‌شود.

عامل اول دارای ۱۲ سؤال است به نام «سردرگribانی»<sup>۱</sup> که شامل سؤال‌های ۱۶، ۲، ۱۲، ۸، ۱، ۲۶، ۱۰، ۶، ۲۰، ۲۸، ۲۱ و ۱۴، عامل دوم با ۹ سؤال به نام «سرزنش خود» و شامل سؤال‌های ۳۱، ۳۰، ۳۲، ۲۴، ۳۳، ۳۶، ۳۵، ۳۷، ۳۴ و ۳۸، عامل سوم با ۷ سؤال با عنوان «نشخوار فکری علامت‌دار» شامل سؤال‌های ۱۹، ۲۲، ۱۷، ۱۸، ۲۷، ۲۶ و ۲۹، عامل چهارم با ۴ سؤال «درون‌نگری» شامل سؤال‌های ۱۱، ۴، ۳ و ۷ و عامل پنجم با ۵ سؤال «نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی» شامل سؤال‌های ۳۸، ۵، ۳۹، ۲۵ و ۹ نام دارند. بررسی ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه نشخوار فکری نیز بررسی شده است.

### یافته‌ها

به منظور تصریح بیش‌تر متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش ابتدا به محاسبه‌ی میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های سنی مختلف پرداخته شد. جدول شماره یک نشانگر این دو شاخص توصیفی برای متغیرهای مورد پژوهش است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

گروه				متغیر
نوجوان	جوان	میانسال	سالخورده	
۸/۹ (۲/۱۱)	۹/۱ (۱/۹)	۸/۵ (۲/۱)	۷/۹ (۲/۰)	جهت‌گیری مثبت
۱۶/۱ (۲/۶)	۱۶/۱ (۲/۷)	۱۶/۶ (۳/۰)	۱۸/۲ (۲/۸)	جهت‌گیری منفی
۲۱/۳ (۳/۶)	۲۱/۰ (۳/۷)	۲۰/۵ (۳/۸)	۱۹/۸ (۴/۰)	سبک منطقی
۱۷/۵ (۳/۲)	۱۷/۵ (۳/۳)	۱۷/۷ (۳/۷)	۱۹/۱ (۲/۴)	سبک اجتنابی
۱۸/۵ (۳/۰)	۱۸/۱ (۳/۰)	۱۹/۰ (۲/۹)	۱۹/۰ (۲/۵)	سبک تکانشی/ بی‌توجهی
۲۵/۷ (۷/۳)	۲۶/۷ (۷/۲)	۲۵/۲ (۸/۳)	۲۳/۵ (۶/۱)	سردرگribانی
۱۹/۴ (۶/۷)	۱۹/۵ (۶/۷)	۱۸/۷ (۷/۰)	۱۷/۹ (۵/۸)	سرزنش خود
۱۴/۷ (۴/۵)	۱۴/۷ (۴/۵)	۱۴/۵ (۵/۴)	۱۳/۷ (۳/۸)	علامت‌دار
۱۰/۰ (۲/۴)	۱۰/۱ (۲/۲)	۹/۲ (۲/۳)	۹/۳ (۲/۳)	درون‌نگری
۱۰/۴ (۳/۲)	۱۱/۱ (۳/۰)	۱۰/۸ (۳/۶)	۱۰/۲ (۲/۵)	نشخوار افسردگی

فرضیه اول: مهارت حل مسئله تفاوت معناداری در گروه‌های مختلف سنی زنان دارد.

### مقایسه‌ی گروه‌های سنی مختلف در ابعاد حل مساله

به منظور مقایسه‌ی گروه‌های مختلف سنی در متغیر حل مسئله‌ی اجتماعی از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه استفاده گردید. جدول شماره دو نشانگر نتایج حاصل از این تحلیل می‌باشد.

<sup>1</sup> - Brooding

## جدول ۲. مقایسه حل مسئله اجتماعی در گروه‌های مختلف سنی زنان (تحلیل واریانس یکطرفه)

جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
۱۲۱/۹۱۰	۳	۴۰/۶۳۷	۰/۹۷۳	۰/۴۰۵
۱۶۶۶۱/۹۹۶	۳۹۹	۴۱/۷۵۹		
۱۶۷۸۳/۹۰۶	۴۰۲			

همان‌گونه که از نتایج جدول فوق پیداست به لحاظ نمره کل متغیر حل مسئله‌ی اجتماعی مابین گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

در همین راستا برای مقایسه‌ی گروه‌های سنی مختلف در ابعاد سبک (منطقی، اجتنابی و تکانشی/بی توجهی) و جهت گیری (مثبت و منفی) حل مسئله اجتماعی از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. مقدار اثر پیلای برای این مقایسه برابر با ۰/۱۰ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

جدول شماره‌ی سه نشانگر نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه سبک‌ها و جهت گیری‌های حل مسئله‌ی اجتماعی می‌باشد.

## جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی ابعاد حل مسئله اجتماعی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
گروه‌های سنی	جهت‌گیری مثبت	۸۲/۵	۳	۲۷/۵۲۲	۶/۵۳۳	۰/۰۰۱
	جهت‌گیری منفی	۲۳۸/۷	۳	۷۹/۵۶۹	۹/۸۹۰	۰/۰۰۱
	سبک منطقی	۱۱۳/۷	۳	۳۷/۹۰۲	۲/۵۹۳	۰/۰۵۲
	سبک اجتنابی	۱۴۷/۹	۳	۴۹/۳۲۱	۴/۸۴۶	۰/۰۰۳
	سبک تکانشی/بی توجهی	۵۱/۴	۳	۱۷/۱۶۱	۲/۰۸۷	۰/۱۰۱

همان‌گونه که از جدول شماره سه مشاهده می‌شود به استثنای سبک منطقی در حل مسئله و سبک تکانشی/بی توجهی در بقیه ابعاد حل مسئله‌ی اجتماعی (جهت‌گیری مثبت و منفی، سبک اجتنابی) بین گروه‌های سنی مختلف تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور تصریح دقیق‌تر تفاوت‌های گروه‌ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون شفه حاکی از آن بود که در بعد جهت‌گیری مثبت به مسئله بین گروه‌های سنی جوانان و کهنسالان، در بعد جهت‌گیری منفی به مسئله بین گروه‌های سنی کهنسالان با نوجوانان، جوانان و میانسالان و در بعد سبک اجتنابی حل مسئله بین کهنسالان با نوجوانان و جوانان تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌گردد ( $P < 0.05$ ). همچنین مشاهده شد که در بعد جهت‌گیری مثبت به حل مسئله گروه سنی جوانان نمرات بیشتری از گروه کهنسالان کسب نمودند. در بعد جهت‌گیری منفی به حل مسئله گروه سنی کهنسالان نمرات بیشتری نسبت به دیگر گروه‌های سنی کسب نمودند و در بعد سبک اجتنابی حل

مسئله نیز گروه سنی کهنسالان نمرات بیشتری نسبت به گروه سنی نوجوانان و جوانان کسب نمودند.

فرضیه دوم: مهارت نشخوار فکری تفاوت معناداری در گروههای مختلف سنی زنان دارد.

#### مقایسه‌ی گروه‌های سنی مختلف در نشخوار فکری و ابعاد آن

نتایج بررسی این پرسش پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یکطرفه و تحلیل واریانس چندمتغیره در زیر ارائه می‌گردد.

#### جدول ۴- مقایسه نشخوار فکری در گروه‌های مختلف سنی زنان (تحلیل واریانس یکطرفه)

جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	
۴۴۲۳/۳۸۹	۳	۱۴۷۴/۴۶۳	۳/۰۱۹	۰/۰۳۰	بین گروهی
۱۹۵۳۸۹/۹۰۸	۴۰۰	۴۸۸/۴۷۵			درون گروهی
۱۹۹۸۱۳/۲۹۷	۴۰۳				جمع

با توجه به جدول مشاهده می‌گردد که F معنی‌دار شده است ( $P < 0.05$ ) به این معنی که بین گروه‌های مختلف سنی زنان از لحاظ نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

#### جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نمرات ابعاد نشخوار فکری

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
سن	اثر پیلائی	۰/۰۸۸	۲/۴۴۳	۱۵/۰۰۰	۱۲۰۶/۰۰۰	۰/۰۰۲
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۱۴	۲/۴۴۹	۱۵/۰۰۰	۱۱۰۴/۶۲۵	۰/۰۰۲
	اثر هتلینگ	۰/۰۹۲	۲/۴۵۲	۱۵/۰۰۰	۱۱۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۲
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۵۵	۴/۴۴۵	۵/۰۰۰	۴۰۲/۰۰۰	۰/۰۰۱

جهت بررسی مکان تفاوت و همچنین تفاوت بین بعدهای مختلف نشخوار فکری در بین گروه‌های مختلف سنی زنان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید و بر طبق نتایج بدست آمده مشاهده می‌نمائیم اثر پیلائی و ویلکز لامبدا معنی‌دار شده است. به این معنی که بین ابعاد مختلف نشخوار فکری در بین سنین مختلف تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌گردد. همان‌گونه که در جدول شماره پنج و شش مشاهده می‌گردد بین ابعاد سردرگریانی و درون‌نگری در گروه‌های مختلف سنی زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). با استفاده از آزمون تعقیبی شفه مشخص گردید که در بعد سردرگریانی بین کهنسالان و جوانان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در بعد درون‌نگری بین گروه‌های جوانان با میانسالان و کهنسالان تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). به این صورت که در بعد سردرگریانی گروه سنی جوانان نمرات بیشتری از گروه

کهنسالان کسب نمودند و در بعد درون‌نگری نیز گروه سنی جوانان نمرات بیش‌تری از گروه سنی میانسالان و کهنسالان کسب نمودند.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی ابعاد نشخوار فکری

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
سن	سردرگربانی	۶۵۲/۸۳۴	۳	۲۱۷/۶۱۱	۴/۰۴۶	۰/۰۰۷
	سرزنش خود	۱۰۵/۹۵۲	۳	۳۵/۳۱۷	۰/۷۷۱	۰/۵۱۰
	علامت‌دار	۷۲/۳۷۲	۳	۲۴/۱۲۴	۱/۱۰۸	۰/۳۴۶
	درون‌نگری	۹۸/۱۰۹	۳	۳۲/۷۰۳	۵/۷۱۴	۰/۰۰۱
	نشخوار افسردگی	۶۲/۰۱۷	۳	۲۰/۶۷۲	۲/۱۱۵	۰/۰۹۸

### بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه در ابعاد حل مساله: بر اساس داده‌های به دست آمده این نتیجه حاصل شد که بین زنان در گروه‌های مختلف سنی از لحاظ حل مسئله اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. هم‌چنین در بررسی وجود تفاوت معنادار در ابعاد مختلف حل مسئله اجتماعی در بین زنان با سنین مختلف، مشخص شد که در بعدهای نگرش مثبت به مسئله، نگرش منفی به مسئله و سبک اجتنابی حل مسئله تفاوت معناداری در بین زنان در سنین مختلف وجود دارد. بدین شرح که در بعد نگرش مثبت به مسئله بین گروه‌های سنی جوانان و کهنسالان، در بعد نگرش منفی به مسئله بین گروه‌های سنی کهنسالان با نوجوانان، جوانان و میانسالان و در بعد سبک اجتنابی حل مسئله بین کهنسالان با نوجوانان و جوانان تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید. نتایج بررسی بر روی ابعاد حل مسئله اجتماعی نشان داد که از لحاظ جهت‌گیری مثبت به حل مسئله، جوانان نمره بالاتری نسبت به کهنسالان دارند بدین معنا که در این بعد قوی‌تر می‌باشند. هم‌چنین در بعد جهت‌گیری منفی به حل مسئله کهنسالان نمره بالاتری از دیگر گروه‌های سنی دارند و بیش‌تر از این سبک استفاده می‌کنند. در بعد سبک اجتنابی نیز کهنسالان نمره بالاتری نسبت به نوجوانان و جوانان کسب کردند. نتیجه این بخش از تحقیق با تحقیقات (Denney, N. W., Palmer, 1981), (Denney, 1982), (Pearce & Palmer, 1982), (Denney, N. W., Pearce, 1989)، که از آزمون عملکرد حل مسئله استفاده کرده بودند، همخوانی دارد با این تفاوت که جامعه آماری آنها شامل مردان و زنان بوده است. نتایج این تحقیقات نشان داد که سطح مهارت حل مسئله اجتماعی در رده سنی جوانان و میانسالان افزایش می‌یابد و در رده سنی کهنسالان کاهش می‌یابد. تحقیق D'Zurilla et al (1998)، نیز تأیید کرده که میانسالان نسبت به جوانان نمره بالاتری در بعد نگرش مثبت، بعد بی‌اعتنایی و بعد سبک اجتنابی نسبت به حل مسئله کسب کردند. هم‌چنین میانسالان در مقایسه با رده سنی کهنسالان امتیاز بیش‌تری در بعد جهت‌گیری مثبت به حل مسئله و حل منطقی مسئله

کسب نمودند؛ ولی آنها در هیچ کدام از ابعاد ناکارآمدی حل مسئله با گروه کهنسالان تفاوتی نداشتند. این تحقیق نشان داد که گروه میانسالان در مقایسه با جوانان و کهنسالان دید مثبت و سازنده‌ای به مشکلات روزانه و مهارت‌های حل مسئله خود دارند و از قدرت حل مسئله بیش‌تر و موثرتری بهره‌مند هستند. در واقع در نتیجه این تحقیق میانسالان در مقایسه با جوانان نگرش منفی و ناکارآمد کمتری نسبت به مشکلات دارند و احتمال اینکه آنها از حل مشکل اجتناب کنند، کمتر می‌باشد. هم‌چنین تحقیق دی‌زورویلا و همکاران نشان داد که بین زنان و مردان تفاوت چشمگیری در دو بعد جهت‌گیری مثبت و منفی به حل مسئله وجود دارد و مردان امتیاز بیش‌تری را در بعد جهت‌گیری مثبت به حل مسئله و امتیاز کمتری را در بعد جهت‌گیری منفی کسب نمودند. هم‌چنین در رابطه با نتیجه بدست آمده می‌توان عنوان کرد که در جامعه ما به علت سبک زندگی و فشارهای زیادی که روی زنان می‌باشد و عدم آگاهی زنان نسبت به شیوه‌های حمایت از خود، زمانی که زنان به سن سالمندی می‌رسند سلامت روان در آنها کاهش پیدا کرده عموماً درگیر اختلالاتی از جمله افسردگی و اختلالات شناختی می‌باشند که منجر به بدبینی و تفکر منفی در آنها می‌شود درحالی که در سنین جوانی، زنان به دلیل انگیزه بیش‌تر جهت پیشرفت و موفقیت به مسائل با دید مثبت‌تری نگاه می‌کنند.

مقایسه در ابعاد نشخوار فکری: با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده نمودیم که بین گروه‌های مختلف سنی زنان از لحاظ نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر طبق نتایج بدست آمده بین ابعاد سردرگربانی و درون‌نگری در گروه‌های مختلف سنی زنان تفاوت معنی‌داری حاصل شد. در بعد سردرگربانی جوانان نمره بالاتری نسبت به کهنسالان کسب کردند و در بعد درون‌نگری جوانان نمره بالاتری نسبت به میانسالان و کهنسالان به دست آوردند و کهنسالان نیز در این بعد از میانسالان نمره بیش‌تری کسب نمودند. با توجه به رابطه میان نشخوار فکری و استرس و افسردگی می‌توان از این نتایج این گونه برداشت کرد که زنان و دختران جوان قابلیت آسیب‌پذیری بیش‌تری را در برابر اضطراب و افسردگی در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی دارند، همچنان که تحقیقات نیز نشان داده‌اند که افرادی که بیش‌تر به نشخوار فکری روی می‌آورند، نشانه‌های افسردگی بیش‌تری نیز از خود نشان خواهند داد (Carver, & Scheier 1990; Nolen-Hoeksema, & Davis, 1999)، از سوی دیگر می‌توان گفت که دوره جوانی دوره‌ای است که مهمترین اتفاقات زندگی هر فرد رقم می‌خورد و هویت هر فرد شکل واقعی خود را پیدا می‌کند. با توجه به معضلات موجود در جامعه ما برای زنان، مهمترین آن بحث ازدواج و اشتغال می‌باشد که همواره توأم با چالش‌هایی بوده است. در بعد ازدواج عدم امکان انتخاب برای دختران جوان منجر به سردرگمی و بلا تکلیفی آنها می‌شود. آنها باید منتظر انتخاب شدن باشند که گاهی هرگز اتفاق نمی‌افتد. در مورد اشتغال هم فرصت‌های شغلی برای زنان کمتر از مردان و با درآمد و امتیازات



کمتر بوده است. بنابراین، این سردرگمی در زندگی در دوره‌ای که باید دوره شکوفایی فرد باشد منجر به کاهش سلامت روان و افزایش نشخوارهای فکری می‌گردد. در مقابل در دوره سالمندی، زنان به مهمترین اتفاقات زندگی یعنی ازدواج و بچه‌دار شدن رسیده‌اند و دوره‌ای است که زنان شاهد رشد و شکوفایی فرزندان خود می‌باشند، بنابراین موضوع‌های مثبت‌تری نسبت به دوره جوانی برای پرداختن دارند.

Archive of SID

## References

Abolmaali, K., Mojtabae, M., & Rahimi, N. (2013). Prediction of Marital Satisfaction based on Social Problem Solving and Spiritual Intelligence. *Journal of Behavioral Sciences*, 24, 117-126.

Adler, A. D. (2008). Manipulation of Cognitive Biases and Rumination: An Examination of single and combined correction conditions. Thesis, Presented in partial fulfillment of requirements for the Degree Master of Arts in the Graduate school of Ohio state university.

Bayani, A. A., Ranjbar, M., & Bayani, A. (2012). Relationship between Social problem solving and Depression and social phobia in College Students. *Mazandaran Journal of Medical Sciences*, 22, 91-98.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.

Cassidy, T., and Long, C. (1996). problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multinational measures. *British Journal of clinical psychology*, 35, 265-277.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Sanna, L. J. (2009). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 33(1), 33-49.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the social problem solving inventory-revised* (pp.211-244). Nourth Tonawanda, TY: MultiHealth Systems.

Denney, N. W., Palmer, A. M. (1981). Adult age differences on traditional and practical problem- solving measures. *Journal of Gerontology*, 36, 323-328.

Denney, N. W., Pearce, K. A. (1989). A developmental study of practical problem solving in adults. *Psychology and Aging*, 4, 438-442.

Denney, N. W., Pearce, K. A., Palmer, A. M. (1982). A developmental study of adults performance on traditional and practical problem-solving tasks. *Experimental Aging Research*, 8, 115-118.

Derkzen, Dena marie. (2007). impulsivity, social problem solving & Alkol dependency as contributors to aggression in provincially incarcerated offenders. A Thesis For the Degree of Master of Arts In the Department of Psychology University of Saskatchewan Saskatoon. Head

of the Department of Psychology, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan S7N 5A5.

Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement, *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74.

Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2003). The consequences of dysphoric rumination. In C. papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression* (pp. 21-41). Chichester, England: John Wiley & Sons.

Mirzaee, R., Nazaribadea, M., & Abedi, A. (2013). Effectiveness of social Emotional Learning and Social Problem Solving to Decrease Symptoms of Disobedient. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12, 43-49.

Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.

Nolen-Hoeksema, S., & marrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stredd symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of personality and Social Psychology*, 61, 115-121.

Özdemir, Y., Kuzucu, Y., and Koruklu, N. (2013). Social Problem Solving and Aggression: The Role of Depression. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 23(01), 72-81.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Sepahmansoor, M., et al. (2009). Factor Structure of Social Problem Solving Scale: Revised Version. *Journal of Psychological Research*, 3, 25-40.

Taghiloo, S., et al (2011). A Casual Model for social problem Solving and Emotional Disturbances. *Journal of Mind and Behavior*, 5, 75-86.

Teasdale, J. D., Fogarty, S. J., Taylor, R. (1980). Effects of induced elation-depression on the accessibility of memories of happy and unhappy experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 18(4), 339-346.

Turner L., McLaren S., (2011) Social Support and Sense of Belonging as Protective Factors in the Rumination-Depressive Symptoms Relation Among Australian Women, [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com), Published online: 05 Apr 2011, pages 151-167

Wallander, J. L., Schmitt, M., & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 571-585.

Ward, A. H., Lyubomirski, S., Sousa, L. E., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 96-107.

Watkins E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 27*(3), 160-175.

Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences, 30*, 723-734.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., Stone, A. A., & Rachmiel, T. B. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 1027-1036.

Yosefi, Z., Mahrami, F., And Mehrabi, H. A. (2008). Rumination: Start and Continues the Depression. *Journal of Behavioral Sciences, 2*, 67-73.

Archive of SID