

بررسی رابطه بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویان

علی اصغر بیانی^۱

منصور رنجبر^۲

علی بیانی^۱

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی و هراس اجتماعی از اختلالات متداول روان پزشکی اند. هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی رابطه بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - همبستگی ۴۰۳ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر (۲۴۵ زن و ۱۵۸ مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از فرم کوتاه پرسشنامه حل مسئله اجتماعی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-13 و همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک طرفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها حاکی از رابطه توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی بود ($p < 0/001$). اختلاف معنی‌داری در میزان افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان دارای توانایی حل مسئله اجتماعی کم، متوسط و زیاد وجود داشت. دانشجویانی که از توانایی حل مسئله اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، افسردگی و هراس اجتماعی کمتری داشتند ($p < 0/001$).

استنتاج: توانایی حل مسئله اجتماعی بر کاهش افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان تأثیر می‌گذارد. آموزش این مهارت می‌تواند منجر به ارتقاء سطح سلامت روانی آن‌ها گردد.

واژه‌های کلیدی: حل مسئله اجتماعی، افسردگی، هراس اجتماعی

مقدمه

سیگار کشیدن زیاد همراه است (۲). هراس اجتماعی سومین اختلال متداول روان پزشکی است. این اختلال، ترس یا برجای از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است که در آن موقعیت‌ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می‌گیرد و می‌ترسد به گونه‌ای

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)^۱ در طول زندگی احتمال وقوع افسردگی برای مردان و زنان به ترتیب ۵ تا ۱۵ و ۲۵ تا ۳۰ درصد است (۱). مطالعات نشان می‌دهد افسردگی با سلامت جسمانی ضعیف، میزان بالای مشکلات قلبی و

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

E-mail: aabayani@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی اصغر بیانی - آزادشهر: خیابان شهید رجایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

۲. دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۹۱/۷/۱۸

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۱/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۵

خوارکننده یا تحقیرآمیز عمل کند(۳). تقریباً ۷ تا ۸ درصد مردم از این اختلال رنج می‌برند(۴). نسبت شیوع اختلال هراس اجتماعی در زنان نسبت به مردان بیشتر است(۵). با توجه به شیوع بالا و تداخل جدی با زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد، این اختلال مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است(۶). هراس اجتماعی معمولاً در اواخر دوره کودکی و اوایل نوجوانی (۲۰-۱۰ سالگی) شروع می‌شود(۷).

در ایران مطالعات حاکی از شیوع اختلال‌های روانی از قبیل افسردگی در دانش آموزان و دانشجویان است(۹،۸). بررسی‌ها نشان داد مشکلات روزمره اثر مستقیم بر روی افسردگی دانشجویان دارد(۱۰). توانایی حل مسله اجتماعی^۱، مهارتی است که می‌توان تأثیر آن را در کاهش این اختلال‌ها مورد توجه قرار داد(۱۱). این توانایی به عنوان یک میانجی مهم در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است(۱۴-۱۲). در فرآیند حل مسئله اجتماعی مسئله در محیط طبیعی یا دنیای واقعی حل می‌شود(۱۵) و با حل مسئله آزمایشگاهی که معمولاً در علوم پایه به کار برده می‌شود، متفاوت است(۱۶). مدل حل مسئله اجتماعی ابتدا به وسیله دزریلا^۲ و گلدفرید^۳ معرفی و سپس توسط دزریلا، نزو^۴ و مایدو-اولیوارس^۵ تکمیل شد. در مدل دزریلا و همکاران سه مفهوم اساسی وجود دارد: حل مسئله، مسئله و راه حل(۱۷).

حل مسئله فرآیندی شناختی-رفتاری^۶ است که در طی آن یک فرد یا گروه تلاش می‌کنند راه حل مؤثری برای مشکلات زندگی روزمره ارائه دهند. مسئله زمانی به وجود می‌آید که فرد هدفی دارد اما فاقد راه روشن دسترسی به آن است. راه حل، پاسخ ناشی از فرآیند حل مسئله است که قابلیت به کارگیری در موقعیت خاص مشکل آفرین را دارد(۱۸). توانایی حل مسئله اجتماعی

یک سازه^۷ واحد نیست، بلکه سازه‌ای چندبعدی و مرکب از توانایی‌های مختلف است(۱۹). در مدل اولیه فرض بر این بود که توانایی حل مسئله اجتماعی از دو مولفه^۸ مستقل جهت‌گیری مسئله و مهارت‌های حل مسئله تشکیل می‌شود که بعدها سبک حل مسئله^۹ لقب گرفت. جهت‌گیری مسئله مجموعه‌ای از روان‌بند^{۱۰}‌های شناختی-عاطفی است که احساس‌ها و باورهای فرد را درباره مسائل زندگی منعکس می‌کند. مهارت‌های حل مسئله دلالت بر فعالیت‌های شناختی و رفتاری دارد که به وسیله آن شخص تلاش می‌کند مسئله را درک و راه حل مؤثری پیدا کند. چهار مهارت اصلی حل مسئله عبارتند از: ۱- تدوین و تعریف مسئله ۲- ارائه راه‌حل‌های مختلف ۳- تصمیم‌گیری و ۴- اثبات و اجرای راه‌حل(۲۰، ۲۱). پرسشنامه حل مسئله اجتماعی (SPSI) بر مبنای این مدل نظری طراحی شد. سلامت روانی وقتی اهمیت خود را نشان می‌دهد که نگاهی به پیامدهای اختلال‌های روانی داشته باشیم. شیوع افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویان پی آمدهای زیان بار فردی و اجتماعی به دنبال خواهد داشت که توجه دانشگاه‌ها را در جهت کاهش آن می‌طلبد. با توجه به اهمیت شناسایی راهکارهای ارتقاء سلامت روانی دانشجویان و توجه کمتر پژوهش‌های قبلی به این گروه، در مطالعه حاضر رابطه بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی در یک نمونه دانشجویی مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی بود. از بین دانشجویان گروه‌های علوم انسانی، علوم کشاورزی، فنی و مهندسی و هنر دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ طبق جدول کرجسی

1. Social problem solving
2. D'Zurilla
3. Goldfried
4. Nezu
5. Maydeu-Olivares
6. Cognitive-behavioral

7. Construct
8. Component
9. Problem solving style
10. Schema

می‌سازد) است. آزمودنی‌ها پاسخ خود را در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای مشخص می‌کنند. طبق بررسی‌های صورت گرفته نسخه فارسی SPSI-R:SF از اعتبار^۸ و روایی^۹ قابل قبولی برخوردار است (۲۳).

۲- پرسشنامه هراس اجتماعی^{۱۰}: از ۱۷ ماده تشکیل شده است و میزان هراس اجتماعی پاسخ‌دهندگان به موقعیت‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۴). این مقیاس به عنوان یک ابزار غربال‌گری نیز به کار می‌رود تا افراد دارای اختلال هراس اجتماعی را شناسایی کند. از آزمودنی‌ها درخواست می‌شود روی طیف ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه، خیلی کم، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) مشخص کنند طی هفته گذشته هر یک از مسائلی که در پرسشنامه آمده است چقدر باعث ناراحتی آن‌ها می‌شود. برای مثال: "از افرادی که دارای پست و مقام اند، می‌ترسم". "یا خجالت کشیدن در مقابل جمع باعث آزارم می‌شود". اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۲۵). مقدار ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه هراس اجتماعی در پژوهش حاضر ۰/۶۶ به دست آمد.

۴- پرسشنامه افسردگی بک^{۱۱}: یکی از متداول‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری افسردگی و دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند ۲۱ ماده و فرم کوتاه ۱۳ ماده دارد (۲۶). در مطالعه حاضر از فرم بلند استفاده گردید. اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک در گزارش‌های مختلفی مناسب یافته شده است. بک، استیر و گارین همسانی درونی فرم بلند را برابر با ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی پرسشنامه را بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش نمودند (۲۷).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال و ۱۱۶ نفر متأهل و ۲۸۷ نفر مجرد بودند.

و مورگان^۱ (۲۲) تعداد ۴۰۳ نفر (۲۴۵ زن و ۱۵۸ مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب، انتخاب شدند. در صورتی که بین مشارکت‌کنندگان دانشجوی بالاتر از مقطع کارشناسی و یا دارای سابقه اختلال روانی وجود داشت حذف می‌گردید که موردی مشاهده نشد. آزمودنی‌ها در جلسه توجیهی شرکت و پس از اعلام داوطلبانه به منظور مشارکت در پژوهش به سوالات دفترچه‌ای پاسخ دادند که شامل ابزارهای مورد نیاز بود. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های آماری *t-test*، ANOVA، Tukey و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل و *p* کمتر از ۰/۰۱ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

از آزمودنی‌ها درخواست شد بدون ذکر نام و نام خانوادگی به سوالات مقیاس‌های ذیل پاسخ دهند:
الف- فرم کوتاه پرسشنامه حل مسئله اجتماعی- تجدیدنظر شده^۲ (SPSI-R:SF): یک مقیاس خود گزارشی ۲۵ ماده‌ای است که براساس مدل حل مسئله اجتماعی دزریلا و همکاران به منظور اندازه‌گیری پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد به مسائل زندگی واقعی طراحی شده است (۲۱). این پرسشنامه از ۵ زیر مقیاس:

- ۱- جهت‌گیری مثبت به مسئله (PPO)^۳
- ۲- جهت‌گیری منفی به مسئله (NPO)^۴
- ۳- حل مسئله منطقی (RPS)^۵
- ۴- سبک شتاب‌زده / نسنجیده (ICS)^۶
- ۵- سبک اجتناب (AS)^۷ تشکیل شده است. هر زیر مقیاس متشکل از ۵ ماده است که تعدادی از آن‌ها مثبت (برای مثال: وقتی با مسئله‌ای روبرو می‌شوم، معمولاً بر این باورم برای آن راه حلی وجود دارد) و تعدادی دیگر منفی (برای مثال: مسئله دشوار من را نگران

1. Krejcie and Morgan
2. The Social Problem-Solving Inventory-Revised (Short Form)
3. Positive Problem Orientation Scale
4. Negative Problem Orientation Scale
5. Rational Problem Solving Scale
6. Impulsivity Carelessness Style Scale
7. Avoidance Style Scale

8. Reliability
9. Validity
10. Social Phobia Inventory
11. Beck Depression Inventory

میانگین سنی آزمودنی‌ها و انحراف استاندارد آن (۴/۴۸) بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانشجویان در مقیاس‌های افسردگی، هراس اجتماعی و حل مسئله اجتماعی به تفکیک جنسیت در جدول شماره ۱ گزارش داده شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانشجویان زن و مرد در مقیاس‌های افسردگی، هراس اجتماعی و حل مسئله اجتماعی

مقیاس	مردان		زنان		سطح معنی داری
	تعداد میانگین	انحراف معیار	تعداد میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	۱۳/۴۳	۱۰/۲۹	۱۷/۵۱	۱۰/۸۷	۰/۰۰۱
هراس اجتماعی	۱۸/۲۴	۱۰/۸۹	۱۹/۹۹	۱۰/۱۵	۰/۱۰۴
حل مسئله اجتماعی	۱۵/۷	۶۶/۰۹	۵۹/۰۶	۱۳/۹۰	۰/۰۰۱

بین این دو در گروه متوسط قرار گرفتند. سپس با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) افسردگی و هراس اجتماعی آن‌ها مقایسه گردید. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان، با توانایی‌های حل مسئله اجتماعی مختلف را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: همبستگی بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی

مقیاس	حل مساله اجتماعی	افسردگی	هراس اجتماعی
حل مسئله اجتماعی	۱	-۰/۴۱۷*	-۰/۳۹۲*
افسردگی	-۰/۴۱۷*	۱	-۰/۴۵۵*
هراس اجتماعی	-۰/۳۹۲*	-۰/۴۵۵*	۱

*

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان با توانایی حل مسئله اجتماعی مختلف

مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
توانایی حل مسئله اجتماعی کم	۵۱	۲۲/۰۹	۱۴/۱۳
توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط	۲۷۹	۱۶/۵۲	۱۰/۰۴۰
توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد	۷۱	۹/۳۱	۷/۲۱
توانایی حل مسئله اجتماعی کم	۵۶	۲۵/۵۵	۱۲/۷۳
توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط	۲۷۹	۱۹/۷۹	۹/۹۰
توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد	۷۱	۱۲/۹۰	۷/۲۸

ملاحظه می‌شود که میانگین نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویانی که توانایی حل مسئله اجتماعی کم دارند، بیشتر از میانگین نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویانی است که توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط و زیاد دارند. هم چنین میانگین نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویانی که توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط دارند، از میانگین نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویانی که توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد دارند، بیشتر است. برای اطمینان بیشتر از اختلاف نمرات، از تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

داده‌ها حاکی از این بود دانشجویان زن در مقایسه با دانشجویان مرد از افسردگی بیشتری برخوردارند. توانایی حل مسئله اجتماعی دانشجویان مرد بیشتر از دانشجویان زن بود. ولی در هراس اجتماعی تفاوت معنی داری بین زنان و مردان وجود نداشت. یافته‌ها نشان داد (جدول شماره ۲) توانایی حل مسئله اجتماعی دانشجویان با افسردگی آن‌ها رابطه معکوس و معنی داری دارد ($t = -0/417$ و $p < 0/001$). رابطه توانایی حل مسئله اجتماعی و هراس اجتماعی نیز معکوس و معنی دار بود ($t = -0/392$ و $p < 0/001$). به منظور بررسی بیشتر رابطه حل مسئله اجتماعی با هراس اجتماعی و افسردگی، دانشجویان براساس میانگین و انحراف استاندارد نمرات شان در حل مسئله اجتماعی به سه گروه کم، متوسط و زیاد تقسیم شدند. یک انحراف استاندارد بالای میانگین به عنوان توانایی بالا و بین یک انحراف استاندارد بالا و پایین میانگین به عنوان توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط و یک انحراف استاندارد زیر میانگین هم به عنوان توانایی حل مسئله اجتماعی پایین در نظر گرفته شد. نمرات بالای ۷۶/۲۳ در گروه بالا، نمرات پایین تر از ۴۷/۲۱ در گروه پایین و نمرات

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان با توانایی حل مسئله اجتماعی مختلف

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی داری
هراس اجتماعی	بین گروهی	۴۹۶۶	۲	۲۴۸۳	۲۵/۲۸	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۹۰۷/۸۸	۳۹۸	۹۸/۱۸		
افسردگی	بین گروهی	۵۱۴۸۷۶	۲	۲۵۷۴۳۸	۲۴/۶۰	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۴۱۶۴۳/۳۳	۳۹۸	۱۰۴/۶۳		

شایع در بین دانش آموزان و دانشجویان است (۹۸) که سلامت روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. توانایی حل مسئله اجتماعی به عنوان یک متغیر مهم تعدیل کننده در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است. مسئله و تلاش برای حل آن جزئی از زندگی است. توانایی حل مسئله اجتماعی یک مهارت حیاتی برای زندگی در عصر حاضر است.

بعضی‌ها قادر به برطرف کردن مسائل روزمره خود نیستند و در مقابل کوچک‌ترین مسئله دچار پریشانی، دستپاچگی و ناراحتی می‌شوند. در سال‌های اخیر تأکید زیاد مراکز آموزشی به انتقال دانش و اطلاعات به فراگیران مورد انتقاد قرار گرفته و به مریبان توصیه می‌شود به مهارت‌های حل مسئله اقدام نمایند. هدف اصلی این مطالعه بررسی رابطه بین توانایی حل مسئله اجتماعی با افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویان بود. نتایج این مطالعه حاکی از رابطه معنی دار بین حل مسئله اجتماعی و افسردگی بود و با افزایش میزان توانایی حل مسئله اجتماعی میزان افسردگی نیز کاهش می‌یافت ($p < 0/001$).

این یافته با نتایج پژوهش مارکس و همکاران، هاگا و همکاران و باتز و همکاران هماهنگ است (۲۸-۳۰). طبق گزارش‌های این پژوهشگران افراد دارای تجربه افسردگی، در حل مسئله دشواری داشتند. این یافته همچنین با نتیجه گزارش شده توسط هاوکینز و همکاران و سی‌یو و شک نیز هماهنگ است (۳۱-۳۲). آن‌ها نیز همبستگی بین افسردگی و حل مسئله اجتماعی را معکوس و معنی دار گزارش دادند.

نتایج این مطالعه نشان داد بین حل مسئله اجتماعی و هراس اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و افزایش میزان توانایی حل مسئله اجتماعی منجر به کاهش هراس اجتماعی گردید. این یافته مشابه با نتیجه مطالعه نزو است. او در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ناتوانایی در حل مسئله با افزایش اضطراب همراه است (۳۳). یافته‌های این مطالعه نشان داد

معنی داری F در سطح $p < 0/001$ نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین سه گروه در هراس اجتماعی و افسردگی است. برای این که مشخص شود بین کدام گروه‌ها اختلاف معنی دار وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است. نتایج این آزمون نشان داد افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان دارای توانایی حل مسئله اجتماعی پایین، بیشتر از دانشجویان دارای توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط و زیاد است. افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویانی که توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط داشتند، بیشتر از دانشجویانی بود که دارای توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد بودند.

جدول شماره ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای نمره افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان با توانایی حل مسئله اجتماعی مختلف

مقیاس	میزان توانایی حل مسئله	حل مسئله	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
افسردگی	توانایی حل مسئله اجتماعی کم	حل مسئله متوسط	۵/۷۵۸°	۰/۰۰۱
	توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط	حل مسئله زیاد	۱۲/۷۸۸°	۰/۰۰۱
		حل مسئله کم	-۵/۵۷۸°	۰/۰۰۱
	توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد	حل مسئله زیاد	۷/۲۱°	۰/۰۰۱
		حل مسئله کم	-۱۲/۷۸۰°	۰/۰۰۱
		حل مسئله متوسط	-۷/۲۰۸°	۰/۰۰۱
حل مسئله متوسط		-۵/۷۵۸°	۰/۰۰۱	
هراس اجتماعی	توانایی حل مسئله اجتماعی کم	حل مسئله زیاد	۱۲/۶۴۸°	۰/۰۰۱
	توانایی حل مسئله اجتماعی متوسط	حل مسئله کم	-۵/۷۵۸°	۰/۰۰۱
		حل مسئله زیاد	۶/۸۹۰°	۰/۰۰۱
	توانایی حل مسئله اجتماعی زیاد	حل مسئله کم	-۱۲/۶۴۰°	۰/۰۰۱
		حل مسئله متوسط	-۶/۸۹۰°	۰/۰۰۱

*

بحث

افسردگی و هراس اجتماعی از اختلال‌های روانی

دانشجویان زن در مقایسه با دانشجویان مرد از افسردگی بیشتری برخوردارند ($p < 0/001$) که با نتیجه پژوهش بینگتون سازگاری دارد (۳۴).

نتایج نشان داد توانایی حل مسئله اجتماعی در دانشجویان مرد بیشتر از دانشجویان زن است ($P < 0/001$) که با نتیجه گزارش شده توسط دزریلا و همکاران هماهنگ است (۳۵). یافته‌ها همچنین نشان داد بین نمره زنان و مردان در هراس اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که میزان اضطراب و هراس اجتماعی در زنان را بیشتر از مردان گزارش داده است، مغایر است (۵).

نتایج همچنین نشان داد افسردگی و هراس اجتماعی رابطه معنی‌داری دارند ($p < 0/001$) که با نتیجه گزارش شده توسط بایرامایا و همکاران هماهنگ است (۳۶). به صورت نظری می‌توان احتمال داد که اجتناب رفتاری در افسردگی در افراد دارای هراس اجتماعی نقش دارد، زیرا اجتناب منجر به کناره‌گیری و تنهایی می‌شود.

از نتایج این پژوهش می‌توان این تبیین را ارائه کرد که توانایی حل مسئله اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی ایفاء می‌کند. آموزش حل مسئله به ویژه حل مسئله اجتماعی می‌تواند منجر به ارتقاء سطح بهداشت روانی و بهبود کیفیت زندگی شود. پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی برنامه‌هایی در خصوص تقویت توانایی حل مسئله اجتماعی در دانشجویان طراحی کنند. از جمله محدودیت این پژوهش اجرای آن بر روی یک گروه دانشجویی است. توصیه می‌شود مطالعات گسترده‌تری در جامعه‌های آماری مختلف مانند نوجوانان، بزرگسالان، سالمندان و قومیت‌های مختلف ایرانی انجام شود.

سپاسگزاری

از دانشگاه آزاد اسلامی واحد آژادشهر و دانشجویان این واحد تقدیر و تشکر می‌گردد. در ضمن یادآوری می‌شود نویسندگان تضاد منافی با نتایج در انجام این تحقیق نداشته است.

References

1. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and treatment. 1th ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
2. Kessler RC, Wang PS. Epidemiology of depression. In: Gotlib L, Hamman CL, editors. Handbook of depression. 2th ed. New York: Guilford Press; 2009. p. 5-23.
3. Dadsetan P. Developmental psychopathology from infancy through adulthood, 7th ed. Tehran: Samt, 1998. (Persian).
4. Hazen AI, Stein MB. Clinical phenomenology and comorbidity. In: Stein MB, editor. Social phobia: Clinical and research perspective. 1th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1995. p. 4-6.
5. Chapman FT, Mannuzza S, Fyer JA. Epidemiology and family studies of social phobia. In: Heimberg GR, Liebowitz RM, Hope AD, Schneier RF, editors. Social phobia. 1th ed. New York: Guilford Press; 1995. p. 21-41.
6. Taherifard Z, Fata L, Gharaie B. The Pattern of social phobia predication in students based on cognitive behavioral factor. Iranian Journal of Psychiatry 2010; 16(2): 34-45 (Persian).

1. Marx
2. Hagga
3. Batez
4. Hawkins
5. Siu and Shek
6. Nezu
7. Bebbington

7. Vakillian S, Ghanbari hashemabadi B, Tabatabai SM. Effects adding social skill training to cognitive behavioral group therapy on the treatment of social phobia in college students of Iran. *Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(38): 87-97(Persian).
8. Hosseini SH, Mousavi SA. Mental health status of newly admitted students of Mazandaran university of medical sciences. *J Mazan Univ Med Sci* 2000; 10(28): 23-33(Persian).
9. Masoudzadeh A, Khalilian AR, Ashrafi M, Kimiabigi K. Mental status of school students of Sarri city in 2002-2003. *J Mazan Univ Med Sci* 2005; 15(45): 74-82 (Persian).
10. Nezu AM, Ronan GF. Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53(3): 693-697.
11. Biggam F, Power KA. Controlled problem-solving, group-based intervention with vulnerable increased young offenders. *Int J offender Ther Comp Criminol* 2002; 46(6): 676-698.
12. Kant GL, Dzurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognit Res* 1997; 21(1): 73-96.
13. Mcmurran M, Oaksford M, Christopher G. Does social problem solving mediate the relationship between personality traits and personality disorder? an exploratory study with a sample of male prisoners. *Pers Ment Health* 2010; 4(3): 180-192.
14. Mcmurran M, Christoph G. Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology* 2009; 14(1): 101-107.
15. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Social problem solving in adults. In: Kendall C, editor. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. 1thed. New York: Academic Press; 1982. P 201-74.
16. Frauenknecht M, Black DR. The social problem-solving inventory for adolescents (SPSI-A): A manual for application, interpretation, and psychometric evaluation, 1thed. Morgantown: PNG Publishers, 2003.
17. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention, 2thed. New York: Springer; 1999.
18. D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social problem solving: Theory and assessment. In: Chang EC, D'Zurilla TJ, Sanna LJ, Editors. *Social problem solving: theory, research, and training*. 1thed. Washington, D.C: American Psychological Association; 2004. p. 11-17.
19. D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Manual for the social problem-solving inventory- revised, 1thed. NY: Multi-Health Systems, 2002.
20. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychol Assess* 1990; 2(2): 156-163.
21. D'Zurilla T J, Chang E C, Sanna L J. Self-esteem and social problem-solving as predictors of aggression in college students. *J Soc Clin Psychol* 2003; 22(4): 424-440.
22. Marlow RC. Research methods for generalist social work, 5thed. Belmont, CA: Brooks Cole, 2011.
23. Bayani A A, Bayani A. Psychometric properties of the social problem solving Inventory. *Developmental Psychology*

-
- Journal of Iranian Psychologist 2011; 7(26): 147-154.
24. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh AR, Swinson RP. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther* 2006; 44(8):1177-1185.
25. Connor K, Davidson J, Churchill L, Sherwood A, Foa E, Weisler R. Psychometric properties of the social phobia inventory. *Br J Psychiatr* 2000; 176: 379-386.
26. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment, 5thed. New York: Wiley, 2009.
27. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8(1): 77-100.
28. Marx EM, Williams JMG, Claridge GC. Depression and social problem solving. *J Abnorm Psychol* 1992; 101(1): 78-86.
29. Haaga DAF, Fine JA, Roscow Terrill D, Stewart BL, Beck AT. Social problem-solving deficits, dependency and depressive symptoms. *Cognit Ther Res* 1995; 19(2): 147-158.
30. Bates GW, Lavery B. Social problem solving and vulnerability to depression in a clinical sample. *Psychol Rep* 2003; 92(3): 77-83.
31. Hawkins D, Sofronoff K, Sheffield J. Psychometric properties of the social problem solving inventory-Revised Short-Form: Is the short form a valid and reliable measure young adult? *Cognit Ther Res* 2009; 33(5): 462-470.
32. Siu AM H, Shek DTL. The Chinese Social Problem Solving Inventory: some initial results on reliability and validity. *J Clin Psychol* 2005; 61(3):347-360.
33. Nezu AM. Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychol Rep* 1986; 58(1): 279-283.
34. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *Int Rev Psychiatr* 1996; 8(4): 295-332.
35. D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Kant GL. Age and gender differences in social problem solving in college students, middle age, and elderly adults. *Pers Individ Differ* 1998; 25(2): 241-252.
36. Bayram E, Toros F, Ozge, C. The relationship between social phobia and depression, self-concept, smoking habit in adolescents. *Bull Clin Psychopharmacol* 2005; 15(4): 165-173.