

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۲۰ زمستان ۱۳۸۹

## اثربخشی آموزش حل مسأله در تغییر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان

سعیده زنونزبان - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

بنفشه غرایی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

رخساره یکه یزدان دوست - استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

### چکیده

هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله‌ی گروهی در تغییر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان بود. بدین منظور ۲۰ دانشجو به وسیله‌ی روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هریک به تعداد ۱۰ نفر) تقسیم شدند. پیش از اجرای آموزش حل مسأله برای دانشجویان گروه آزمایش، هر دو گروه به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای بی‌لینگز و موس، مورد سنجش قرار گرفتند که از لحاظ نمرات کسب شده در این ابزار، دو گروه با هم تفاوت معنادار نداشتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۷ جلسه تحت آموزش حل مسأله قرار گرفت. پس از اجرای آموزش برای گروه آزمایش، مجدداً از دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه‌ی فوق‌الذکر را تکمیل کنند. سپس تفاوت میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه به کمک روش تحلیل کوواریانس مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتیجه‌ی یافته‌ها حاکی از آن بود که آموزش حل مسأله باعث تغییر در راهبردهای مقابله‌ای می‌شود که در برخی از آنها (حل مسأله، جلب حمایت اجتماعی) تفاوت بین

دو گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. همچنین در سایر راهبردهای مقابله‌ای (مانند ارزیابی شناختی، مهار هیجانی، مهار جسمانی) هر چند تغییرات بالینی مشاهده شد، ولی از لحاظ آماری معنادار نبود. مبتنی بر یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت حل مسأله به طور کلی می‌تواند به تغییر در راهبردهای مقابله‌ای منجر گردد که نتایج این پژوهش در راستای پژوهش‌های پیشین در این زمینه می‌باشد.

واژگان کلیدی: آموزش مهارت حل مسأله، راهبردهای مقابله‌ای.

### مقدمه

مفهوم مقابله در سال ۱۹۶۶ توسط لازاروس<sup>۱</sup> معرفی شد و از آن پس شیوه‌ی مقابله افراد با مشکلاتشان مورد بررسی قرار گرفت و ابزارهایی برای اندازه‌گیری آن تهیه شدند. مقابله شامل ابعادشناختی، رفتاری، عاطفی است و می‌تواند همراه با حل مشکل یا سازگاری با مشکل بدون ارائه‌ی راه‌حل انجام شود (سارافینو<sup>۲</sup>، ۱۳۸۶).

روش‌های مقابله از جمله حل مسأله، روش‌هایی برای مقابله با استرس و حل مشکلات زندگی می‌باشند و برای ارتقا زندگی به مطلوب‌ترین سطح ممکن، افراد می‌توانند راه‌های مختلف مقابله با استرس را بیاموزند (هاوتون<sup>۳</sup>، کرک<sup>۴</sup>، سالکووس کیس<sup>۵</sup>، کلارک<sup>۶</sup>، ۱۳۸۵).

کنار آمدن و سازگاری موفقیت‌آمیز با محیط اجتماعی مستلزم مجموعه‌ای از مهارت‌های حل مسائل بین شخصی است که نمی‌توان آنها را به وسیله‌ی آزمون‌های رایج هوش یا آزمون‌های شخصیت اندازه‌گیری کرد. حل مسأله بر یک فرایند رفتاری-شناختی دلالت دارد که پاسخ‌های بالقوه مؤثر را برای یک موقعیت مشکل فراهم می‌آورد و احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از میان پاسخ‌های متعدد افزایش می‌دهد. در واقع

1- Lazarus  
3- Hawton  
5- Salkovskis

2- sarafino  
4- Creck  
6- Clark

آموزش حل مسأله را می‌توان فرایند کمک به فرد برای رشد یادگیری او در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها تعریف کرد (مالوف<sup>۱</sup>، تورستینسون<sup>۲</sup>، اسکاتل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

حل مسأله نوعی از مقابله متمرکز بر مشکل و سازگار است و موجب خطامشی‌های هدفمندانه خاصی می‌شود که افراد به وسیله‌ی آن مسأله را تعریف کرده و راه‌حل‌های مختلف را تولید نموده، تصمیم‌گیری کرده و یک راه‌حل را انجام می‌دهند. آموزش حل مسأله روش درمانی است که بدان طریق فرد می‌آموزد تا از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های بین فردی مشکل‌آفرین استفاده کند. رویکرد حل مسأله می‌تواند در حکم ابزاری برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آنها باشد. حل مسأله اغلب با عباراتی چون استقلال و شایستگی و اعتماد به نفس توصیف می‌شود. در فرایند آموزش حل مسأله ۵ مرحله وجود دارد که اکثر نظریه‌پردازان با آن موافقت و این ۵ مرحله شامل موارد زیر است: ۱- جهت‌گیری کلی، ۲- تعریف و صورت‌بندی مسأله، ۳- ارائه راه‌حل‌های بدیل، ۴- تصمیم‌گیری ۵- تحقیق و بررسی. در راهبرد آموزش حل مسأله این باور وجود دارد که تحت تأثیر این آموزش میزان انتظار خودکارآمدی و کفایت شخصی افراد افزایش خواهد یافت (گلدفرد<sup>۴</sup> و دیویدسون<sup>۵</sup>، ۱۳۷۸). وقوع رویدادهای فشارزا در زندگی افراد همراه با ناتوانی در مهارت‌های حل مسأله منجر به راهبردهای مقابله‌ای غیرمؤثر شده و نه تنها مشکلات قبلی حل نمی‌شود، بلکه مشکلات و مسائل جدیدی نیز پیش می‌آورد. نتایج پژوهش‌های بسیاری بیانگر رابطه‌ای پایدار بین تعداد رویدادهای فشارزای زندگی آدمی با سلامت جسمانی و هیجانی وی است (اتکینسون<sup>۶</sup>، اتکینسون، هیلگارد<sup>۷</sup>، ۱۳۸۰).

1- Malouff  
3- Schuttle  
5- Davidson  
7- Hilgard

2- Thorsteinsson  
4- Goldfried  
6- Atkinson

از آنجائی که ارتباط تنگاتنگی بین شرایط جسمانی و هیجانی فرد با رویدادهای فشارزای زندگی وجود دارد، و همچنین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌تواند منجر به برخورد مؤثر با فشار روانی و در اغلب موارد کاهش مشکل یا مسأله مسبب فشار روانی منجر شود، بخصوص روش‌های حل مسأله، می‌تواند اثربخشی این روش‌ها را معین کند از این رو هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش حل مسأله در تغییر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار در دانشجویان بود. در این راستا فرضیه‌های زیر مورد توجه پژوهشگر بوده است:

- ۱- آموزش روش‌های حل مسأله قادر است در راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار تغییرات مثبت به وجود آورد .
- ۲- آموزش روش‌های حل مسأله به مهار جسمانی تأثیر منفی دارد.
- ۳- آموزش روش‌های حل مسأله بر جلب حمایت اجتماعی تأثیر مثبت دارد.
- ۴- آموزش روش‌های حل مسأله بر مهار هیجانی تأثیر منفی دارد.
- ۵- آموزش روش‌های حل مسأله به ارزیابی شناختی تأثیر مثبت دارد.

### روش تحقیق

طرح مورد استفاده در این پژوهش یکی از طرح‌های نیمه‌آزمایشی یعنی طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود، که در این راستا آموزش حل مسأله به عنوان متغیر نمره‌ی راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. برنامه‌ی آموزش حل مسأله به صورت یک برنامه‌ی ۷ جلسه‌ای ۲ ساعته (هر هفته یک جلسه) و به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که توسط پژوهشگران با تلفیق سه روش حل مسأله بیان‌زاده و نوری قاسم‌آبادی (۱۳۷۹)، گلدفرید و زوربلا (به نقل از حاجی‌پور، ۱۳۸۱) و کارگاه دو روزه‌ی حل مسأله‌ی ویلیامز (۲۰۰۲، به نقل از لطفی‌نیا، ۱۳۸۶)

تدوین شد. جلسه‌ی اول به معرفی اعضا گروه و بیان اصول گروه درمانی و انواع مقابله به علاوه تمرینات مربوط به آن اختصاص یافت. در جلسه‌ی دوم پرسشنامه تعیین مشکل ارائه شد و به بحث گروهی درباره‌ی فواید برنامه‌ریزی برای مشکل پرداخته شد. در همین جلسه شناخت‌های ناکارآمد اصلی در حل مشکل و یافتن آنها در اعضا گروه مورد بررسی قرار گرفت. البته با چالش‌های کلامی و بحث گروهی سعی در تعدیل آنها شد. در جلسه‌ی سوم تعیین دقیق مشکل و تبدیل آن به اجزای ساده‌تر و بدون ابهام به همراه توصیف عملیاتی از مشکل مدنظر قرار گرفت و روش سیال‌سازی یا بارش ذهنی<sup>1</sup> آموزش داده شد و مورد تمرین قرار گرفت. در جلسه‌ی چهارم از روش بارش ذهنی برای مشکلات واقعی آزمودنی‌ها استفاده شد. در جلسه‌ی پنجم ارزیابی راه‌حل‌ها و اولویت‌بندی آنها مورد توجه قرار گرفت و آزمودنی‌ها تشویق شدند که به ارزیابی راه‌حل‌های پیشنهادی خود در خصوص مشکلات بپردازند. در جلسه‌ی ششم به تمرین بیشتر روش حل مسأله براساس داستان‌های از پیش آماده پرداخته شد. در انتهای این جلسه آزمودنی‌ها تشویق شدند که به منظور حل مشکلات خود دست به اقدام بزنند و گام به گام روش حل مسأله را اجرا کنند. در جلسه‌ی هفتم آزمودنی‌ها به گزارش فرایند و نتیجه روش حل مسأله در حل مشکلات شخصی پرداختند و سودمندی این روش را در حل مشکل خود مورد ارزیابی قرار دادند. در نهایت از آزمودنی‌ها در خصوص این جلسات پسخوراند دریافت شد تا میزان مفید بودن آن و اثر آن در تغییر افکار و احساسات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گیرد. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیف مربوط به همان جلسه به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد تا در فاصله بین جلسات به آنها بپردازند و در ابتدای جلسه بعد به بررسی و صحبت درباره‌ی آنها پرداخته می‌شد. اجرای جلسات مداخله توسط پژوهشگر و نویسنده‌ی مسؤؤل مقاله صورت گرفت.

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دانشجویان کارشناسی دانشگاه تهران با دامنه‌ی

---

1- Brain storming

سنی ۱۸ تا ۲۲ سال بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه تهران بود. این افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت نمودند.

گزارش دارا بودن اختلالات یا سابقه‌ای از اختلالات روانپزشکی براساس پرسشنامه مشخصات دموگرافیک به خروج آزمودنی‌ها از نمونه‌ی مورد نظر منجر می‌گردید. پیش از شروع آموزش حل مسأله برای گروه آزمایش از هر دو گروه خواسته شد که به پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس پاسخ دهند. البته عدم تفاوت معنادار در پیش‌آزمون مورد نظر بود و این مطلوب حاصل گردید. پس از خاتمه‌ی جلسات آموزش حل مسأله برای گروه آزمایش، مجدداً از هر دو گروه خواسته شد که به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس پاسخ دهند. نتایج به کمک روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از گروه آزمایش، تحت آموزش حل مسأله قرار گیرند. بنابراین در مدتی که گروه آزمایش تحت آموزش حل مسأله قرار داشتند، گروه کنترل تحت هیچ نوع مداخله یا آموزشی قرار نگرفتند.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس نحوه‌ی پاسخگویی افراد به حوادث استرس‌زا را می‌سنجد و شامل ۱۹ سوال بلی / خیر است که سه نوع مقابله رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی را می‌سنجد. بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۴ در بررسی رفتارهای مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده آیم‌های پرسشنامه‌ی قبلی را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی / خیر از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده نمودند. در این پرسشنامه‌ی جدید ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می‌باشد.

نمره‌گذاری ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس حل مسأله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶).

### یافته‌ها

نمونه‌ی مورد نظر در این پژوهش ۲۰ دانشجو (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) دختر و مجرد مقطع کارشناسی با میانگین سنی ۱۹ سال و از چهار رشته تحصیلی روانشناسی کودکان استثنائی، کتابداری، تکنولوژی آموزشی و مدیریت بودند که تعداد ۸ نفر از افراد این نمونه ساکن خوابگاه و ۱۲ نفر تهرانی بودند و با خانواده خود زندگی می‌کردند. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش به قرار زیر است.

نتایج تجزیه و تحلیل این فرضیه‌های پژوهش در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون راهبردهای مقابله‌ای پنجگانه

انواع راهبردهای مقابله‌ای	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حل مسأله	۴/۲	۱/۲۲۹	۵/۵	۲/۱۲۱
مهار جسمانی	۵/۵	۳/۳۰۸	۳/۹	۲/۰۲۴
جلب حمایت اجتماعی	۲/۷	۱/۷۶۷	۷/۳	۱/۶۳۶
مهار هیجانی	۱۵/۷	۳/۴۶۵	۱۴/۵	۳/۶۸۹
ارزیابی شناختی	۷/۹	۲/۰۲۴	۸/۷	۲/۶۶۸

با توجه به اطلاعات جدول ۱ تفاوت میانگین مقابله متمرکز بر حل مسأله، مقابله متمرکز بر جلب حمایت اجتماعی و مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی پس‌آزمون افزایش یافته است. همچنین نمرات مقابله متمرکز بر مهار هیجانی و مهار جسمانی کاهش یافته است. در ادامه برای مشخص کردن تأثیر متغیر مستقل (آموزش مهارت حل مسأله) بر متغیرهای وابسته (راهبردهای مقابله‌ای پنجگانه فوق‌الذکر) از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در راهبردهای مقابله‌ای پنجگانه

منع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مقابله متمرکز بر پیش‌آزمون	۳۲/۴۴۸	۱	۳۲/۴۴۸	۱۷/۴۲۸	۰/۰۰۱
حل مسأله	۹/۶۶۳	۱	۹/۶۶۳	۵/۱۹	۰/۰۳۶
خطا	۳۱/۶۵۲	۱۷	۱/۸۶۲		
مقابله متمرکز بر پیش‌آزمون	۷۰/۳۰۴	۱	۷۰/۳۰۴	۲۳/۲۰۹	۰/۰۰۰
گروه	-۰۲E۱/۱۷۲	۱	-۰۲E۱/۱۷۲	۰/۰۰۴	۰/۹۵۱
خطا	۵۱/۴۹۶	۱۷	۳/۰۲۹		
مقابله متمرکز بر پیش‌آزمون	۳۷/۹۴۷	۱	۳۷/۹۴۷	۵/۱۳	۰/۰۳۷
گروه	۴۹/۵۷	۱	۴۹/۵۷	۶/۷۰۱	۰/۰۱۹
خطا	۱۲۵/۷۵۳	۱۷	۷/۳۹۷		
مقابله متمرکز بر پیش‌آزمون	۵۰/۹۹۱	۱	۵۰/۹۹۱	۷/۰۸۱	۰/۰۱۶
گروه	۷/۰۷۹	۱	۷/۰۷۹	۰/۹۸۳	۰/۳۳۵
خطا	۱۲۲/۴۰۹	۱۷	۷/۲۰۱		
مقابله متمرکز بر پیش‌آزمون	۴۴/۰۸۲	۱	۴۴/۰۸۲	۱۰/۴۶۴	۰/۰۰۵
گروه	۰/۵۹۸	۱	۰/۵۹۸	۰/۱۴۲	۰/۷۱۱
خطا	۷۱/۶۱۸	۱۷	۴/۲۱۳		



در نتایج جدول ۲ با توجه به ارزش F محاسبه شده (۵/۱۹) و سطح معناداری (۰/۰۳۶) برای مقابله متمرکز بر حل مسأله، این اختلاف در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش حل مسأله منجر به افزایش مقابله متمرکز بر حل مسأله می‌شود.

همچنین با توجه به نتایج حاصل، ملاحظه می‌گردد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش در مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی با گروه کنترل معنادار نیست. البته کاهش مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل صورت گرفته است اما اختلاف حاصل از این تفاوت میانگین‌ها از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین فرضیه‌ی مورد تأیید قرار نمی‌گیرد؛ یعنی آموزش حل مسأله مقابله متمرکز بر مهار جسمانی از لحاظ آماری اثربخش نبوده است.

نتایج فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر اینکه آموزش روش‌های حل مسأله بر جلب حمایت تأثیر مثبت دارد، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون این دو گروه دارای اختلاف معنادار می‌باشد. بنابراین با توجه به ارزش F محاسبه شده (۶/۷۰۱) و سطح معناداری ارائه شده در جدول (۰/۰۳۷) این فرضیه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

از سویی مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که آموزش روش‌های حل مسأله تأثیر معنی‌دار بر مهار هیجانی ندارد، چرا که F محاسبه شده (۰/۹۸) از نظر آماری معنی‌دار نیست.

از سویی تحلیل داده‌ها نشان داد که روش آموزش حل مسأله تأثیر معنی‌دار بر ارزیابی شناختی ندارد، چرا که F محاسبه شده (۰/۱۴) از نظر آماری معنی‌دار نیست.

## بحث

تحلیل‌های به عمل آمده حاکی از اثربخشی آموزش حل مسأله در بهبود مقابله متمرکز بر حل

مسأله دانشجویان می‌باشد که هماهنگ با سایر پژوهش‌ها در این زمینه است. به عنوان مثال می‌توان به پژوهش گریوز<sup>۱</sup> میرز<sup>۲</sup>، کلارک<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) اشاره کرد که به اثربخشی آموزش حل مسأله در درمان کودکان چاق پرداخته و نتایج نشان داد که کاربرد این روش هم برای والدین و هم برای کودکان به کاهش وزن کودکان و افزایش مهارت حل مسأله‌ی آنان منجر شده است. نتایج مطالعه‌ی هارتمن<sup>۴</sup>، بوناود آنتیگناس<sup>۵</sup>، کرسل<sup>۶</sup>، دابویس<sup>۷</sup> و دراوت<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) نیز که بر روی ۶۰ زن مبتلا به سرطان سینه انجام شد، اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله در افزایش مهارت حل مسأله و حمایت اجتماعی را نشان داد.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری، فرضیه بعدی را در خصوص اثربخشی آموزش حل مسأله در کاهش مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی مورد تأیید قرار نداد و این نتیجه در راستای پژوهش‌های دیگر در این زمینه نمی‌باشد. براساس پژوهش‌های پیشین مشابه در این زمینه، آموزش حل مسأله باعث کاهش پیامدهای جسمانی ناسازگار می‌گردد (ساینیک<sup>۹</sup> و کولتی<sup>۱۰</sup>؛ ۲۰۰۲؛ لزلی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷؛ پتر<sup>۱۲</sup>، شارادا<sup>۱۳</sup>، کلاسین<sup>۱۴</sup>، رابینسون<sup>۱۵</sup> و مک کارتی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶).

عدم معناداری تغییرات از لحاظ آماری هرچند که نکته درخور توجه می‌باشد، لیکن بدین معنا نمی‌باشد که تغییرات بالینی مشاهده شده فاقد ارزش می‌باشد. همانگونه که نتایج نشان دادند تفاوت مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی دانشجویان گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به میزان بیشتری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در

1- Grawes  
3- Clark  
5- Bonnaud-Antignac  
7- Dabouis  
9- Supnick  
11- Lesley  
13- Sharada  
15- Robinson

2- Mayers  
4- Hartmann  
6- Cercle  
8- Dravet  
10- Colleti  
12- Peter  
14- Klassen  
16- Mccarthy

واقع تغییرات بالینی در خصوص کاهش مهار جسمانی گروه آزمایش این پژوهش حاصل شده است. بنابراین امکان دارد تعداد محدود آزمودنی‌ها به نوبه‌ی خود می‌توانسته نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. از طرف دیگر می‌توان این مسأله را مد نظر قرار داد که آموزش مهارت حل مسأله که نوعی مهارت شناختی و رفتاری است به تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش مقابله‌های بدنی و مبتنی بر مهار جسمانی باشد، هر چند که باعث افزایش مقابله مبتنی بر حل مسأله و تفکر منطقی در فرایند حل مشکل و تصمیم‌گیری شود. بنابراین لزوم اجرای مداخله‌های دیگر در این امر مطرح می‌باشد.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری این فرضیه که آموزش حل مسأله منجر به افزایش مقابله متمرکز بر جلب حمایت اجتماعی می‌گردد، مورد تأیید قرار گرفت و تأیید این فرضیه هماهنگ با سایر پژوهش‌های مشابه (مک دونل<sup>۱</sup>، لیمبر<sup>۲</sup>، کانر - گادبی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ هارتمن و همکاران، ۲۰۰۷) می‌باشد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین، آموزش حل مسأله باعث افزایش جلب حمایت اجتماعی می‌گردد. به طور مثال می‌توان به پژوهش هارتمن و همکاران (۲۰۰۷) اشاره کرد که در آن اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسأله در افزایش حمایت اجتماعی بیماران سرطانی دیده شد. به طوری که این آموزش به افزایش راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی در این دسته از بیماران منجر گردید.

میزان حمایت‌های اجتماعی که افراد از آنها برخوردار می‌شوند به جنس و گروه فرهنگی - اجتماعی آنها بستگی دارد. بعضی شواهد نشان می‌دهد که زنان برای کسب حمایت اجتماعی بیشتر به دوستان زن خود تکیه می‌کنند. این تفاوت‌ها ممکن است نتیجه صمیمیت بیشتر میان خانم‌ها، منعکس‌کننده‌ی تفاوت در حمایت‌های عاطفی و ارزشی که زنان و مردان می‌طلبند و به دیگران می‌دهند، باشد (سارافینو، ۱۳۸۶).

1- Mc Donell

2- Limber

3- Conner- Godbey

نتایج تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی امکان دارد موجب کاهش استرس مردم شود و تحقیقی درباره‌ی دانشجویان که به فعالیتی استرس‌زا مشغول بودند، نشان داد که میزان فشار خون دانشجویانی که به هنگام سخنرانی از حامی برخوردار بودند بسیار کمتر از دانشجویانی بود که به تنهایی سخنرانی می‌کردند (کورس لیندن، ۱۹۹۵، به نقل از سارافینو، ۱۳۸۶). بررسی‌ها نشان داده است که برای رویارویی با وقایع استرس‌زا، مردان بیشتر به استفاده از راهکارهای مشکل محور و زنان به راهکارهای هیجان محور و جلب حمایت اجتماعی تمایل دارند. در واقع اگرچه مردان از شبکه‌های اجتماعی وسیع‌تری برخوردارند، زنان به طور مؤثرتری از آن برای حمایت استفاده می‌کنند (همان منبع). و از آنجائی که نمونه‌ی پژوهش شامل دختران دانشجوی بوده است، تأیید فرضیه مبتنی بر افزایش حمایت اجتماعی در اثر آموزش حل مسأله دور از انتظار نبود.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری در خصوص این فرضیه که آموزش حل مسأله به کاهش مقابله متمرکز بر مهار هیجانی دانشجویان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل منجر می‌شود، حاکی از عدم معناداری آماری آن بود. البته تفاوت بالینی در کاهش نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل قابل مشاهده است. نتایج عدم معناداری آماری به دست آمده از این تجزیه و تحلیل با اکثر نتایج یافت شده در پژوهش‌های پیشین (دریر<sup>۱</sup>، الیوت<sup>۲</sup>، فلتچر<sup>۳</sup> و سوانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ جافی<sup>۵</sup>، دزوریلا، ۲۰۰۶، به نقل از لطفی‌نیا، ۱۳۸۶؛ تج<sup>۶</sup> و تج<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷) هماهنگ نمی‌باشد.

البته این یافته همسو با مطالعه‌ی مناگان<sup>۸</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از حسینی قدمگاهی، (۱۳۷۶) می‌باشد که نشان داده است، مقابله متمرکز بر مشکل یا حل مسأله، گرچه از

1- Dreer  
 3- Fletcher  
 5- Jaffee  
 7- Telch

2- Elliott  
 4- Swanson  
 6- Telch  
 8- Menagan

مشکلات بعدی می‌کاهد اما اثر کمتری بر آشفتگی هیجانی دارد. همچنین در این زمینه می‌توان به نظریه لدو<sup>۷</sup> (۱۹۹۶) اشاره کرد. طبق نظر لدو آمیگدال، خاطرات هیجانی را ذخیره می‌کند، در حالی که هیپوکامپ و قشر عالی مغز خاطرات شناختی را نگهداری می‌کنند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند بدون فعال شدن سیستم‌های پردازش قشر عالی مغز که درگیر تفکر، استدلال و هشیاری هستند، اتفاق بیفتند.

اگر براساس دیدگاه طرحواره‌درمانی به روش‌های مقابله‌ای نگاه کنیم، رفتار و پاسخ‌های مقابله‌ای از طرحواره‌ها نشأت می‌گیرند. سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند به صورت شناختی، عاطفی یا رفتاری بروز کنند و از آنجائی که طرحواره‌های زیربنای این سبک‌های مقابله اغلب در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و دارای عنصر هیجانی قوی هستند، تحت شرایط استرس‌زا و فعال شدن طرحواره‌های افراد، هیجانانگیز و مربوطه نیز فعال شده و اغلب این هیجانانگیز و احساسات بدنی از لحاظ بیولوژی در سیستم آمیگدال ذخیره می‌شوند و در این شرایط این هیجانانگیز به صورت ناهشیار و خودکار فعال شده و پیش از پردازش شناختی در مناطق عالی قشر مغز به بروز رفتار یا مقابله مربوطه منجر می‌گردند. این واقعیت که جنبه‌های شناختی و هیجانی تجارب ناراحت‌کننده و استرس‌زا در نواحی مختلف مغز ذخیره می‌شوند، ممکن است تبیین‌کننده‌ی این مسأله باشد که چرا تنها با روش‌شناختی و آموزش مهارت رفتاری (مثل روش حل مسأله) نمی‌توان باعث تغییرات عمیق شد (یانگ، کلوسکو، ویشار، ۱۳۸۶). تجزیه و تحلیل آماری درباره‌ی فرضیه‌ی آخر پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش حل مسأله در افزایش مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل حاکی از افزایش مقابله‌ی متمرکز بر ارزیابی شناختی دانشجویان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود، لیکن این تفاوت بین این دو گروه از لحاظ آماری معنادار نیست. ارزیابی شناختی نوعی مقابله مسأله‌مدار و سازگار می‌باشد و اگر این ارزیابی شناختی را به معنای

1- LeDoux

داشتن کنترل بر شرایط استرس‌زا در نظر بگیریم، افراد دارای این نوع شناخت، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسأله مدار از جمله حل مسأله استفاده می‌کنند.

تعریف و فرمول‌بندی مشکل نیز یکی دیگر از مصادیق ارزیابی شناختی است. در پژوهش نزو و دزوریلا (۱۹۸۰) که درباره اثربخشی تعریف و فرمول‌بندی مشکلات در فرایند تصمیم‌گیری صورت گرفت، نتایج حاکی از اثربخشی این روش در فرایند تصمیم‌گیری نسبت به گروهی که آموزش تعریف و فرمول‌بندی مشکل را ندیده بودند، می‌باشد.

خوش‌بینی یا بدبینی نیز می‌تواند در حیطه‌ی ارزیابی شناختی قرار گیرد. در مطالعه‌ی موسوی‌نسب و تقوی (۱۳۸۵) نیز ارتباط مثبت بین حل مسأله و راهبردهای مقابله‌ای سازگار با خوش‌بینی به دست آمد، در حالی که حل مسأله از نوع منفی و ناسازگار پیش‌بینی کننده‌ی استرس روانشناختی و بدبینی می‌باشد، هر چند که این ارتباط دوسویه می‌باشد.

حل مسأله در سطوح شناختی رخ می‌دهد و ارزیابی شناختی یکی از اجزای اصلی آموزش حل مسأله می‌باشد که در این پژوهش نیز به آن پرداخته شده است. افکار منفی افراد درباره‌ی حل مشکل (مانند اینکه مشکلات غیرقابل‌حل‌اند و فکر کردن درباره‌ی مشکل کارساز نیست یا مشکلات به خودی خود حل می‌شوند و...)، افکار و ارزیابی‌های شناختی منفی هستند که تلاش می‌شود در طول فرایند حل مسأله برطرف گردند. در این روش میزان مشخصی از بازسازی شناختی و عقلانی رخ می‌دهد که می‌تواند به افراد کمک کند تا به تشخیص موقعیت‌های مشکل و اینکه چرا این موقعیت‌ها اتفاق می‌افتند، بپردازند و نتیجه آن ایجاد آمادگی اولیه و انتظار مثبت در افراد است.

شناخت‌ها و افکار در سطوح مختلفی قابل پیگیری می‌باشند و همانند یک زنجیره از افکار خودکار منفی شروع و به زنجیره‌ی نهایی یعنی طرحواره‌ها می‌رسند. معمولاً افراد بر حسب عادت، می‌آموزند که چگونه فکر کنند و بندرت کسی پیدا می‌شود که در موقعیت واقعی به ارزیابی درست و منطقی شناخت و افکارش بپردازد؛ زیرا به دلیل ماهیت عادت‌گونه

این اعتقادات، تمایل پابرجا و خودکار و غیرارادی جهت تفکر به این شیوه و عمل بر حسب آنها وجود دارد (وودورث<sup>۱</sup>، شلوزبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۵۴، به نقل از گلدفرید و دیویسون، ۱۳۷۸).

با این تفاسیر می‌توان عدم معناداری در تغییر ارزیابی شناختی آزمودنی‌ها را به ماهیت ثابت شناخت‌ها نسبت داد که به کندی تغییر می‌یابند و نیازمند تمرین و تغییر شیوه‌ی تفکر از حالت غیرمنطقی به حالت منطقی است و این امر به نوبه‌ی خود محتاج نهادینه شدن مهارت حل مسأله در افراد است؛ چرا که دانش افراد به تنهایی برای ایجاد اصلاح واقعی و عینی ممکن است کافی نباشد و برای اینکه آنچه نظری است به عمل تبدیل شود و در واقع یادگیری مهارت حل مسأله در شناخت‌ها نیز تغییر ایجاد کنند، نیازمند تمرین و به کارگیری روش حل مسأله در زندگی روزمره است. در اثر تکرار یک عمل، نگرش نیز به طبع آن تغییر می‌یابد. با تجزیه آنچه یک واکنش خودکار است، فرد از افکار خودکارش آگاه می‌شود و می‌تواند مجدداً باورش را به طور منطقی‌تر ارزیابی کند.

با توجه به نتایج و بررسی‌های فوق می‌توان اثربخشی آموزش حل مسأله در تغییر بالینی و آماری راهبردهای مقابله‌ای را مشاهده کرد. یکی از جنبه‌های مهم در آموزش روش حل مسأله تغییر انتظارات و نگرش‌های افراد است که به افزایش مقابله‌های مسأله‌مدار و کاهش مقابله‌های هیجان‌مدار منجر می‌گردد. همچنین این مسأله به افزایش حس خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های شخصی جهت مقابله مناسب با شرایط استرس‌زا منجر می‌شود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، از جمله اینکه انجام پژوهش بر روی دانشجویان یکی از دانشکده‌های دانشگاه تهران و صرفاً در شهر تهران و نه تمام دانشگاه‌های کشور انجام شد که می‌تواند تعمیم نتایج را محدود سازد. امید است در تحقیقات آتی با انجام بررسی‌های مشابه بتوان این محدودیت را برطرف

1- Woodworth

2- Schlosberg

کرد. همچنین تحقیقاتی اجرا شود که چند ماه پس از اجرای آموزش، پیگیری برای هر دو گروه آزمایش و کنترل صورت گیرد؛ و سرانجام اینکه پژوهش‌هایی در این راستا صورت گیرد که تعداد نمونه‌ی بیشتری مورد نظر قرار گیرد تا قابلیت تعمیم‌دهی یافته‌ها افزایش یابد.

### سپاسگزاری

این بررسی طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده و با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه به انجام رسیده است. بدین وسیله از ایشان تقدیر و تشکر می‌گردد.



**References****منابع**

- اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد س؛ هیلگارد، ارنست ر. (۱۳۸۰). زمینه روانشناسی هیلگارد، جلد دوم، ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- امیر افشار، علی اکبر (۱۳۷۶). بررسی مقایسه‌ای تاثیر آموزش تکنیک آموزش حل مسأله در کاهش اضطراب، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- بیان‌زاده، سیداکبر و نوری قاسم‌آبادی، ربابه (۱۳۷۹). برنامه آموزش کارگاه پیشگیری از ایدز (بخش اول): مشاوره ساخت رفتارهای سالم به منظور پیشگیری از ایدز در نوجوانان، مرکز مدیریت بیماری‌ها، انستیتو روانپزشکی تهران.
- حاجی‌پور، حسن (۱۳۸۱). بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معنادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیر معتاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- حسینی قدمگاهی، جواد (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- داعی‌پور، پروین (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی مقیاس مقابله‌ای نوجوانان در دانش‌آموزان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۶). روانشناسی سلامت، ترجمه دکتر سیدعلی احمدابهری و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، پاول اس (۱۳۸۱). روانشناسی رشد: سفر پرماجرای کودک، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: موسسه فرهنگی رسا.

گدفرید و دیویسون (۱۳۷۸). رفتار درمانی بالینی، ترجمه فرهاد ماهر، مشهد: استان قدس رضوی.

لطفی‌نیا، حسین (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی درمان حل مسأله در دانشجویان افسرده با سبک‌های پاسخ‌نخ‌خوار ذهنی و توجه‌برگردانی، رساله دکترا روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

موسوی‌نسب، سیدمحمد حسین؛ تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۵). خوش‌بینی و بدبینی و راهبردهای کنارآمدن: پیش‌بینی سازگاری روانشناختی در نوجوانان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، سال دوازدهم، شماره ۴، ۳۸۰-۳۸۹.

هاوتون، کرک، سالکوس کیس، کلارک (۱۳۸۵). رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی، ترجمه حبیب‌ا... قاسم‌زاده، تهران: انتشارات ارجمند.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴). شناخت روش علمی در علوم رفتاری، تهران: انتشارات پارسا.

یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۸۶). طر‌حواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند و نسل فردا.

Dreer, L.E., Elliott, R., F., Donald C., Swanson, M., (2005). Social Problem Solving Abilities and Psychological Adjustment of Persons in Low Vision Rehabilitations, *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 232-238.

Graves, T., Meyers, A.W., Clark, L., (2002). An Evaluation of Parental Problem Solving Training in the Behavioral Treatment of Childhood Obesity, *Journal of Counsultig and Clinical sychology*, 59, 246-250.

Hartmann, A., Bonnaud-Antignac, A., Cercle, A., Dabouis, G. & Dravet, F., (2007). Coping and Changing with Cancer: Patients and Close Partners Point of View, *Journal of Clinical Psychology*, 13, 169-183.

Jaffee, W.B. & D'Zurilla, T., (2006). Adolescent Problem Solving, Parent Problem Solving and Externalizing Behavior in Adolescents, *Behavior Therapy*, 34, 295-311.

- LeDoux, J., (1996). *The Emotional Brain*, New York: Simon & Schuster.
- Lesley, M.L., (2007). Social Problem Solving Training for African Americans: Effects on Dietary Problem Solving Skill and DASH diet-Related Behavior Change, *Patient Education and Counseling*, 65, 137-146.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L. & Kabela, E., (2003). Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Malouf, G.M., Thorsteinsson, E.B., & Schuttle, N.S., (2007). The Efficacy of Problem Solving Therapy in Reducing Mental and Physical Health Problems, *Clinical Psychology Review*, 27, 46-57.
- McDonell, J.R., Lmber, S.P. & Conner-Godbey, J., (2007). Pathways Teen Mother Support Project: Longitudinal Findings.
- Nezu, A.M., Zurilla, T.J. (1980). Effect of Problem Definition and Formulation on Decision Making in the Social Problem Solving Process, *Behavior Therapy*, 12, 100-106.
- Peter, H., Sharada, S., Klassen, A.C., Robinson, E.B. & McCarthy, M. (2006). A Problem Solving Approach to Nutrition Education and Counseling, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38, 254-258.
- Supnick, J.A. & Colletti, G. (2002). Relapse Coping and Problem Solving Training Following Treatment for Smoking, *Addictive Behaviours*, 9, 401-404.
- Telch, C.F. & Telch, M.J. (2007). Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.
- Weisberg, R.P. and et al. (1981). Evaluation of a Social Problem Solving Training Program for Suburban and Inner-city Third-Grade Children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 251-261.