

نقش باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران

فرنگیس رشیدی*

دکتر احقر قدسی**

دکتر عبدالله شفیع آبادی***

چکیده: هدف این پژوهش نقش باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه است. جامعه مورد مطالعه، همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۷ است. نمونه پژوهش ۳۶۰ نفر با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تعیین شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار عمده: الف) پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT) دارای ۱۰۰ سؤال ۵ گزینه‌ای در ۱۰ مؤلفه ب) پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ دارای ۲۸ سؤال ۴ گزینه‌ای در ۴ مقیاس.

پردازش داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام گرفت و نتایج پردازش داده‌ها، فرضیه‌های پژوهش را تأیید کردند بدین معنا که: ۱- ۵۰ درصد از دانش‌آموزان دوره متوسطه دارای باور منطقی، ۱۰/۵ درصد در حد متوسط- یعنی بین باور منطقی و غیرمنطقی در نوسان هستند- و ۳۹/۵ درصد از دانش‌آموزان دارای باور غیرمنطقی هستند. ۲- بین مؤلفه‌های سلامت روان دانش‌آموزان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بالاترین رتبه مربوط به «افسردگی» و پایین‌ترین رتبه مربوط به «نشانه‌های بدنی» است. ۳- از روی نمرات باورهای غیرمنطقی می‌توان اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. قدرت پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی در بُعد «درماندگی برای تغییر» بیشتر از «بی‌مسئولیتی هیجانی» و «بی‌مسئولیتی هیجانی» بیشتر از «اجتناب از مشکل» و «اجتناب از مشکل» بیشتر از «سرزنش کردن خود» و «سرزنش کردن خود» بیشتر از «توجه مضطربانه» است.

واژه‌های کلیدی: باورهای غیرمنطقی، سلامت روان.

* کارشناس ارشد مشاوره و استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن havareen_81@yahoo.com

** عضو هیأت علمی پژوهشکده تعلیم و تربیت ahghar2004@yahoo.com

*** استاد دانشگاه علامه طباطبائی ashafiabady@yahoo.com

مقدمه

باورهای غیرمنطقی^۱؛ خواست‌ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی می‌گردد به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌گردد (برنارد^۲، ۱۹۹۱؛ به نقل از صادق، ۱۳۸۳).

یافته‌های هایش^۳، کلارک^۴، ماتیوز^۵ و ویلیام^۶ (۲۰۰۳) نشان می‌دهد افرادی که باور غیرمنطقی دارند اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند. از نظر الیس^۷ (۲۰۰۱) ما گرایش نیرومندی داریم به اینکه، با درونی کردن عقاید خودشکن، خود را از لحاظ هیجانی ناراحت کنیم و به همین دلیل است که دستیابی به سلامت روان و حفظ کردن آن واقعاً دشوار است.

موزاک^۸ (۲۰۰۰) در پژوهش خود از پنج اشتباه اساسی نام می‌برد: ۱- تعمیم مفرط: «هیچ عدالتی در جهان نیست». ۲- اهداف غلط یا غیرممکن: «اگر بخواهم احساس کنم عزیز هستم باید همه را خشنود کنم». ۳- سوء برداشت در مورد زندگی و ضروریات زندگی: «زندگی برای من خیلی سخت است». ۴- کم بها دادن یا انکار کردن ارزش اساسی خویش: «من اصولاً حقیرم، بنابراین چرا باید کسی بخواهد کاری برای من انجام دهد». ۵- ارزش‌های غلط: «من باید به عالی‌ترین مقام برسم صرف نظر از اینکه چه کسی در این جریان صدمه ببیند». مایکن بام^۹ (۱۹۸۵) معتقد است که خود ما از طریق گفتگوی درونی استرس و مشکلات روان‌شناختی را به خودمان تحمیل می‌کنیم بنابراین برای تغییر رفتارها باید این خودگویی‌های درونی را تغییر دهیم. نتایج پژوهش‌های الیس (۱۹۹۴)؛ بک، راش و ایمری^{۱۰} (۱۹۷۶)؛ بک و ویشار^{۱۱} (۱۹۹۵) بیانگر آن است که مشکلات عاطفی و رفتاری از تحریف واقعیت براساس فرض‌ها و منطق معیوب ناشی می‌شوند. این نوع ارزیابی‌های تحریف شده به هیجان‌های خاصی منجر می‌شوند. بنابراین پاسخ‌های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده خود هماهنگ است نه با واقعیت. مک مولین^{۱۲} (۱۹۸۶) بر این باور است که روش دیگر برای شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی، بررسی طرح‌واره‌های ناسازگارانه^{۱۳} است. طرح‌واره‌هایی مانند این باور که فرد قادر به عملکرد مستقل نیست و به حمایت و کمک دایمی نیاز دارد: «من بدون کمک دیگران نمی‌توانم کاری انجام دهم» با احساسات منفی، افسردگی و اضطراب مرتبط هستند. بک و ایمری (۱۹۹۰) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که پرداختن به الگوهای فکری معیوب باعث اضطراب می‌شود. تفکر غیرمنطقی اضطراب را تشدید می‌کند.

1- irrational beliefs

3- Hirsch, C.R.

5- Mathews, A.

7- Ellis, A.

9- Meichenbaum, D.

11- Beck, A. & Weishaar, M.

13- Mal adaptive Schémas

2- Bernard, W.

4- Clark, D.M.

6- Williams, R.

8- Mosak, H.H.

10- Rush, J. & Emery, G.

12- Mc Mullin, R.E.

سلامت عمومی^۱ عبارت است از: رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. بنابراین، سلامت روان^۲ به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود که مفهوم آن عبارت است از: احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی‌های بالقوه فکری، هیجانی، و غیره (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۱). کرسی^۳ (۱۹۹۹) سلامت روان را حالت ذهنی، همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی می‌داند. به عقیده انسیچر^۴ (۱۹۷۷) مفهوم «عقل سلیم» یا عرف به عنوان معیاری برای «سلامت روان» و مفهوم «منطق خصوصی» به عنوان بیماری روانی از نوشته‌های فیلسوف آلمانی کانت اخذ گردیده است. تحقیقات آلپورت^۵ (۲۰۰۰) حاکی از آن است که شخصیت سالم به وسیله «روابط گرم با دیگران»، «ادراک واقع‌بینانه»، «رشد مهارت‌ها»، «امنیت عاطفی»، «تعهد نسبت به کار خود»، «عینیت بخشی» و یک فلسفه وحدت‌بخش برای زندگی مشخص می‌شود. مزلو^۶ (۱۹۷۰) و راجرز^۷ (۱۹۹۲) در مطالعات کلاسیک خود به اهمیت گشودگی به تجربه، انعطاف‌پذیری و تحمل در شخصیت سالم اشاره می‌کنند؛ باور غیرمنطقی باعث جزم‌اندیشی می‌شود و افراد جزم‌اندیش در قالب تفکر بیمارگونه آن‌ها تجربه جدید و انعطاف راه ندارد؛ در مقابل رشد و تغییر، تحمل خود را از دست می‌دهند و به همان قالب کهنه خود می‌چسبند. به عقیده برن^۸ ناخالصی^۹ یکی از مشکلات مرزی بین دو حالت «من» است و زمانی روی می‌دهد که عقاید و نگرش‌های متعصبانه یا غیرمنطقی والد و یا احساسات کهنه و منسوخ کودک در تفکر منطقی و شیوه بزرگسال تداخل کرده باشد (شلینگ^{۱۰}، به نقل از آرین، ۱۳۸۲). مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از باور منطقی و سیستم حمایتی خوبی برخوردارند کمتر بیمار می‌شوند (کلینکه به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۴). بیابانگرد براساس مطالعات خود (۱۳۸۳) بر این باور است دانش آموزان هنگامی که آمادگی ذهنی، جسمی و روانی داشته باشند بهتر می‌توانند یاد بگیرند و بهتر آموخته‌های خود را نظم می‌دهند و راحت‌تر یادآوری می‌کنند. بدین لحاظ توجه و دقت به وضعیت روانی دانش آموزان اجرای برنامه‌های آموزشی را آسان‌تر و مطلوب‌تر می‌نمایند. همچنین بیگلز و مانسل^{۱۱} (۲۰۰۴) بر این عقیده‌اند تا زمانی که دانش آموزان از سلامت روانی مناسبی برخوردار نباشند برنامه‌ریزی علمی، آموزشی، تربیتی حاصلی به بار نخواهد آورد. بنابراین پژوهش حاضر کوششی است در پاسخ به

1- General Health

3- Corsini, R.

5- All port, G.

7- Rogers, G.

9- Contamination

11- Bagels, S.M. & Mensal, W.

2- Mental Health

4- Ansbaacher, H.L.

6- Maslow, A.

8- Berne, E.

10- Shilling, Louis E.

یک سلسله مسائل مهم روانی و پرورشی در رابطه با نقش باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران.

این پژوهش به منظور پاسخگویی به پرسش‌های زیر انجام شده است:

۱. باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه چگونه است؟
۲. سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه چگونه است؟
۳. مؤلفه‌های دهگانه باورهای غیرمنطقی تا چه اندازه بر میزان سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اثر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، همبستگی است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۷ است. نمونه پژوهش ۳۶۰ نفر با استفاده روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای به شرح زیر می‌باشد. (۱) ابتدا شهر تهران از لحاظ حوزه جغرافیایی به ۵ حوزه تقسیم شد. شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز. (۲) از هر حوزه جغرافیایی یک منطقه آموزشی به صورت تصادفی انتخاب شد. (۳) از هر منطقه آموزشی، دو دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. (۴) از هر مدرسه، دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد: (۵) از هر کلاس، ۱۸ نفر دانش‌آموز به صورت تصادفی، (افرادی که اسامی آنها روی عدد ۲ و مضربی از آن بود) انتخاب شد.

ابزار پژوهش

برای بررسی سؤال‌های پژوهش از دو ابزار عمده، به گونه‌ای که در پی می‌آید، استفاده شد: الف) پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز^۱ (IBT)^۲ - که براساس نظریه آلبرت الیس تهیه شده و انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه دارای ۱۰۰ سؤال ۵ گزینه‌ای در ۱۰ مؤلفه: (۱) توقع تأیید از دیگران، (۲) انتظارات بیش از حد از خود، (۳) سرزنش کردن خود، (۴) واکنش به ناکامی، (۵) بی‌مسئولیتی هیجانی، (۶) توجه مضطربانه، (۷) اجتناب از مشکل، (۸) وابستگی، (۹) درماندگی برای تغییر، (۱۰) کمال‌گرایی، هر مؤلفه دارای ده سؤال می‌باشد و یکی از باورهای غیرمنطقی را می‌سنجد. حداکثر نمره باورهای غیرمنطقی برای کل آزمون ۵۰۰ نمره، برای هر یک از عوامل دهگانه خرده آزمون ۵۰ نمره و داشتن نمره پایین نشانه تفکر منطقی است (صادق، ۱۳۸۳).

1- Jones

2- irrational beliefs test (IBT)

ب) پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ^۱ (GHQ_{۲۸}) - فرم ۲۸ ماده ای پرسش‌نامه سلامت عمومی که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹ نقل از هومن، ۱۳۷۷) ساخته شده است دارای چهار مقیاس فرعی است و برای غربالگری اختلالات روانشناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین شده است و هر یک از مقیاسها دارای ۷ پرسش است. مقیاسهای تشکیل دهنده عبارتند از: ۱) علائم جسمانی، ۲) اضطراب و اختلال خواب، ۳) اختلال در کنش اجتماعی، ۴) افسردگی وخیم. به استناد پژوهشهای پیشین پرسشنامه‌ها از پایایی و روایی کافی برخوردارند. جونز، (۱۹۶۸ نقل از دوناپوش، ۱۳۷۶) با استفاده از روش آزمون مجدد، پایایی آزمون ۰/۹۲ و هر یک از مولفه‌های ده‌گانه آن ۰/۴۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه زیرمولفه‌ها ۰/۷۴ گزارش نموده است. همچنین روایی آزمون را ۰/۹۹ گزارش نموده است. فرهبخش (۱۳۷۳) روایی آزمون باورهای غیرمنطقی را ۰/۹۹ گزارش نموده است. هومن (۱۳۷۷) در پژوهشی تحت عنوان استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دختر و پسر دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال تحصیلی (۷۶-۱۳۷۵) بر روی گروه ۷۵۱ نفری، ضریب آلفای کرونباخ که نشاندهنده هماهنگی درونی است برای مقیاس‌های فرعی علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب ۰/۸۷، اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۹، علائم افسردگی اساسی برابر ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است برابر با ۰/۸۳ به دست آمده و همچنین مقدار ضریب روایی این آزمون برابر ۰/۸۲ بوده است. در این پژوهش روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها از طریق بررسی سؤال‌ها توسط تعدادی از استادان در رشته مشاوره، روان‌شناسی، روان‌سنجی، که در زمینه پژوهش از تجارب کافی برخوردارند مطالعه شد و براساس نظر آنها اصلاحات لازم انجام گرفت. با استفاده از روش آلفای کرونباخ روی یک گروه نمونه (۱۰۰ نفر) به صورت تصادفی محاسبه شد که عبارتند از: ضریب پایایی پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی ۰/۸۲ و ضریب پایایی سلامت روان ۰/۹۳ است. این ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه‌ها را به عنوان شاخص صحت و اعتبار آنها به خوبی نشان می‌دهد. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی: (فراوانی، درصد، میانگین) و آمار استنباطی: (رگرسیون چندمتغیره از نوع گام به گام، آزمون t یک گروه و آزمون فریدمن) استفاده شد.

1- igeneral health questionnaire goldberg

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی به سؤال‌های پژوهش در سطح جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است پرداخته می‌شود.

سؤال اول، «باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه چگونه است؟» برای بررسی باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه فراوانی و درصد فراوانی گروه افراد نمونه در ۵ طبقه «به شدت مخالف»، «تا حدی مخالف»، «نه مخالف نه موافق»، «تا حدی موافق»، و «به شدت موافق» محاسبه شد که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد پاسخ دانش‌آموزان در رابطه با وضعیت کلی باورهای غیرمنطقی

جمع		به شدت موافق		تا حدی موافق		نه موافق نه مخالف		تا حدی مخالف		به شدت مخالف	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۰۰	۲۴۶۸	۱۳	۴۴۷	۲۴	۸۳۴	۱۰	۳۴۱	۳۱/۵	۱۰۷	۲۱/۵	۷۳۹
۱۰۰	۳۷۸۶	۱۵	۵۷۶	۲۵/۵	۹۶۸	۱۰/۵	۳۹۵	۳۰	۱۱۲۰	۱۹	۷۲۷
۱۰۰	۳۷۸۷	۱۹	۷۲۷	۲۵	۹۵۰	۱۰/۵	۳۹۲	۲۶	۹۷۸	۱۹/۵	۷۴۰
۱۰۰	۳۷۸۱	۱۵	۵۸۸	۲۵	۹۳۶	۱۱	۳۹۸	۳۰	۱۱۴۵	۱۹	۷۱۴
۱۰۰	۳۷۸۱	۷	۲۶۵	۱۶	۶۰۱	۹	۳۵۶	۳۶	۱۳۵۷	۳۲	۱۲۰۲
۱۰۰	۳۷۷۶	۲۰	۷۴۹	۳۰	۱۱۱۸	۹	۳۳۷	۲۵	۹۵۸	۱۶	۶۱۴
۱۰۰	۳۷۸۳	۵	۲۰۴	۱۶	۶۱۸	۱۲	۴۴۰	۳۶	۱۳۵۳	۳۱	۱۱۶۷
۱۰۰	۳۷۸۳	۲۲	۸۲۴	۳۰	۱۱۴۰	۱۰	۳۷۹	۲۲	۸۳۹	۱۶	۶۰۱
۱۰۰	۳۷۸۳	۱۴/۵	۵۵۷	۲۶	۹۸۲	۱۱/۵	۴۳۸	۲۹	۱۰۹۱	۱۹	۷۱۵
۱۰۰	۳۴۳۳	۱۲	۴۲۵	۱۹/۵	۶۸۳	۱۱	۳۸۳	۳۳/۵	۱۱۵۰	۲۴	۸۲۲
۳۶۱۶۰	۵۳۴۲	۸۲۰	۳۸۵۹	۱۰۰۹۸	۸۰۴۱						
۱۰۰	۱۵	۲۴/۵	۱۰/۵	۱۲۸	۲۲						

همان‌طور که ملاحظه می‌شود در کل، ۵۰ درصد از دانش‌آموزان دارای باور منطقی، ۱۰/۵ درصد در حد متوسط - یعنی بین باور منطقی و غیرمنطقی در نوسان هستند - و ۳۹/۵ درصد از دانش‌آموزان دارای باور غیرمنطقی هستند.

جدول ۲: آزمون فریدمن در رابطه با سؤال اول پژوهش

آزمون	تعداد	باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰	
درجه آزادی	۹	
فریدمن محاسبه شده	۸۳۳	
یاور اجتناب از مشکل	۲/۷۵	
یاور بی‌مسئولیتی هیجانی	۲/۹۹	
یاور کمال‌گرایی	۴/۰۸	
یاور توقع ناپید از دیگران	۵/۵۱	
یاور درماندگی برای تغییر	۶/۱۲	
یاور انتظار بیش از حد	۶/۱۴	
یاور واکنش به ناکامی	۶/۱۵	
یاور توجه مضطربانه	۶/۲۱	
یاور سرزنش کردن خود	۶/۲۴	
یاور وابستگی	۷/۸۰	
تعداد	۲۹۰	

همان طور که ملاحظه می شود: بین مؤلفه های باورهای غیرمنطقی، تفاوت معنی داری وجود دارد، بالاترین رتبه مربوط به مؤلفه «وابستگی» و پایین ترین رتبه مربوط به مؤلفه «اجتناب از مشکل» است.

جدول ۳: آزمون t یک گروه در رابطه با سؤال اول پژوهش

گروه	تعداد	رتبه: زیاد	رتبه: کم	میانگین	انحراف معیار	فشارت میلگین	شبه آزمون t محاسبه شده	درجه آزادی	t بحرانی		سطح معنی داری
									%۹۵	%۹۹	
باورهای غیرمنطقی دانش آموزان	۴۹۰	۲/۸	۰/۲	۰/۱۶	-	۱/۵	۶/۷۶	۲۸۹	۱/۹۶	۲/۵۷	۰/۰۰۱

همان طور که مشاهده می شود، باورهای غیرمنطقی دانش آموزان از سطح متوسط میانگین جامعه، بالاتر است.

سؤال دوم، «سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه چگونه است؟»

برای تعیین سطح سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه، فراوانی و درصد فراوانی افراد گروه نمونه در چهار طبقه از بسیار کم تا بسیار زیاد محاسبه شده که در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد پاسخ دانش آموزان در رابطه با وضعیت کلی سلامت روان

مؤلفه ها	خیلی زیاد		زیاد		کم		خیلی کم		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اضطراب و بی خوابی	۹۵۳	۴۰	۷۹۵	۳۳	۴۳۶	۱۸	۲۲۶	۹	۲۴۱۰	۱۰۰
افسردگی وخیم	۹۱۳	۳۸	۸۰۹	۳۴	۴۳۷	۱۸	۲۴۸	۱۰	۲۴۰۷	۱۰۰
نارساکنش وری اجتماعی	۵۸۳	۲۴	۱۲۱۹	۵۱	۴۵۱	۱۹	۱۴۸	۶	۲۴۰۱	۱۰۰
نشانه های بدنی	۱۴۴۳	۶۰	۴۷۹	۲۰	۲۲۶	۹/۵	۲۴۶	۱۰/۵	۲۳۹۴	۱۰۰
فراوانی	۳۸۹۲		۳۳۰۲		۱۵۵۰		۸۶۸		۹۶۱۲	
جمع درصد	۴۰/۵		۳۴/۵		۱۶		۹		۱۰۰	

همان طور که مشاهده می شود در کل، سطح سلامت روان ۷۵ درصد از دانش آموزان مطلوب و ۲۵ درصد از دانش آموزان نامطلوب بوده است.

جدول ۵: آزمون فریدمن در رابطه با سؤال دوم پژوهش

آزمون	تعداد	افسردگی و خیم	اضطراب و بی‌خوابی	کنش‌وری	نارسا	نشانه‌های بدنی	فریدمن محاسبه شده	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
فریدمن	۳۱۸	۲/۸۷	۲/۷	۲/۶۷	۱/۷۶	۱۵۴/۶	۳	۰/۰۰۰	

همان‌طور که مشاهده می‌شود: بین مؤلفه‌های سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بالاترین رتبه مربوط به افسردگی و پایین‌ترین رتبه مربوط به نشانه‌های بدنی است.

جدول ۶: آزمون t یک گروه در رابطه با سؤال دوم پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	تبحرانی				رابطه معنی‌داری
			خطای معیار	خطای معیار	خطای معیار	خطای معیار	
سلامت روان دانش‌آموزان	۳۸	۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۰۰	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۰
	۳۸	۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۰۰	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۰
	۳۸	۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۰۰	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۰
	۳۸	۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۰۰	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۰
	۳۸	۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۰۰	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۰

همان‌طور که مشاهده می‌شود: اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان از سطح متوسط میانگین جامعه، بالاتر است.

سؤال سوم، «باورهای غیرمنطقی (دهگانه) چه نقشی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دارد؟»

برای بررسی تأثیر مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان بر سلامت روان آنان از آزمون رگرسیون مدل گام به گام استفاده شد که در جداول ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ نشان داده شده است.

جدول ۷: شاخص‌های تحلیل رگرسیون^۱

مدل	ضریب همبستگی چندمتغیر	مجدور ضریب همبستگی یا ضریب تبیین	مجدور ضریب همبستگی اصلاح شده	خطای معیار
گام اول	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۵۰
گام دوم	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۴۷
گام سوم	۰/۷۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۴۶
گام چهارم	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۳۳	۰/۴۵
گام پنجم	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۳۴	۰/۴۵

1- regression

همان‌طور که ملاحظه می‌شود: از میان ده مؤلفه باورهای غیرمنطقی ارائه شده به ترتیب باور درماندگی برای تغییر، باور بی‌مسئولیتی هیجانی، باور اجتناب از مشکل، باور سرزنش کردن خود و باور توجه مضطربانه دارای بیشترین ضریب همبستگی با متغیر سلامت روان است و ۰/۳۴ واریانس متغیر وابسته (سلامت روان) را تبیین می‌کند.

جدول ۸: تحلیل واریانس رگرسیون

سطح معناداری	F آزمون	میانگین مجذورات M.S	درجه آزادی df	مجموع مجذورات S.S	منبع	گام
		۱۴/۹۱	۱	۱۴/۹۱	اثر رگرسیون	
۰/۰۰۰	۵۸/۱۵	۰/۲۵۶	۲۶۷	۶۸/۴۵	باقی مانده	گام اول
			۲۶۸	۸۳/۳۶	جمع	
		۱۲/۰۲۴	۲	۲۴/۰۴	اثر رگرسیون	
۰/۰۰۰	۵۳/۹۱	۰/۲۲۳	۲۶۶	۵۹/۳۲	باقی مانده	گام دوم
			۲۶۸	۸۳/۳۶	جمع	
		۹/۰۹۲	۳	۲۷/۲۷	اثر رگرسیون	
۰/۰۰۰	۴۲/۹۵	۰/۲۱۲	۲۶۵	۵۶/۰۹	باقی مانده	گام سوم
			۲۶۸	۸۳/۳۶	جمع	
		۷/۱۳۲	۴	۲۸/۵۲	اثر رگرسیون	
۰/۰۰۰	۳۴/۳۳	۰/۲۰۸	۲۶۴	۵۴/۸۴	باقی مانده	گام چهارم
			۲۶۸	۸۳/۳۶	جمع	
		۵/۹۳	۵	۲۹/۶۵	اثر رگرسیون	
۰/۰۰۰	۲۹/۰۳۵	۰/۲۰۴	۲۶۳	۵۳/۷۱	باقی مانده	گام پنجم
			۲۶۸	۸۳/۳۶	جمع	

همان‌طور که ملاحظه می‌شود: مشارکت مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی در ابعاد باور درماندگی برای تغییر، باور بی‌مسئولیتی هیجانی، باور اجتناب از مشکل، باور سرزنش کردن خود، باور توجه مضطربانه در تبیین متغیر وابسته (سلامت روان) معنی‌دار است.

جدول ۹: متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند

مدل	متغیر	ضریب تفکیک		ضریب استاندارد تفکیکی رگرسیون b	آزمون t	سطح معنی‌داری
		خطای معیار SE. β	β			
گام اول	مقدار ثابت	۰/۱۶	-۰/۲۸	۰/۴۲	-۱/۷۴	۰/۰۸۲
	باور درماندگی برای تغییر	۰/۰۵۳	۰/۴۰		۷/۶۲	۰/۰۰۰
گام دوم	مقدار ثابت	۰/۱۶	-۰/۷۵		-۴/۴۸	۰/۰۰۰
	باور درماندگی برای تغییر	۰/۰۵	۰/۳۳	۰/۳۴	۶/۵۸	۰/۰۰۰
	باور بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۰۴۵	۰/۲۹	۰/۳۳	۶/۴۰	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۰/۱۹	-۱/۱۶		-۵/۹۸	۰/۰۰۰
گام سوم	باور درماندگی برای تغییر	۰/۰۵	۰/۲۸	۰/۳۰	۵/۷۰	۰/۰۰۰
	باور بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۰۴۵	۰/۲۵	۰/۳۰	۵/۷۷	۰/۰۰۰
	باور اجتناب از مشکل	۰/۰۶۷	۰/۲۶	۰/۲۰	۳/۹۰	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۰/۲۴۸	-۰/۷۷		-۳/۱۳	۰/۰۰۲
گام چهارم	باور درماندگی برای تغییر	۰/۰۵۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۶/۲۲	۰/۰۰۰
	باور بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۰۴۴	۰/۲۵	۰/۳۰	۵/۷۹	۰/۰۰۰
	باور اجتناب از مشکل	۰/۰۶۷	۰/۲۵	۰/۲۰	۳/۸۱	۰/۰۰۰
	باور سرزنش کردن خود	۰/۰۶۱	-۰/۱۵	-۰/۱۲	-۲/۴۵	۰/۰۱۵
گام پنجم	مقدار ثابت	۰/۲۵	-۰/۸۸		-۰۳/۵۴	۰/۰۰۰
	باور درماندگی برای تغییر	۰/۰۵۴	۰/۲۸	۰/۳۰	۵/۲۹	۰/۰۰۰
	باور بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۰۴۵	۰/۲۳	۰/۲۷	۵/۲۱	۰/۰۰۰
	باور اجتناب از مشکل	۰/۰۶۷	۰/۲۲	۰/۱۷	۳/۳۶	۰/۰۰۱
	باور سرزنش کردن خود	۰/۰۶۲	-۰/۱۷	-۰/۱۴	-۲/۷۹	۰/۰۰۶
	باور توجه مضطربانه	۰/۰۵۶	۰/۱۳	۰/۱۳	۲/۳۴	۰/۰۰۲

همان‌طور که ملاحظه می‌شود: متغیر باورهای غیرمنطقی در مؤلفه‌های باور درماندگی برای تغییر، باور بی‌مسئولیتی هیجانی، باور اجتناب از مشکل، باور سرزنش کردن خود، و باور توجه مضطربانه بر سلامت روان تأثیر دارد و از روی نمرات مؤلفه‌های باور غیرمنطقی می‌توان میزان اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. معادله رگرسیون عبارت است از:

$$y' = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$$y' = ۸۳/۶ + ۵/۵x_1 + ۶/۳x_2 + ۵/۵x_3$$

جدول ۱۰: متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند

مدل	متغیر	ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون	ضریب همبستگی پاره‌ای	نسبت t	سطح معناداری
گام اول	باور توقع تأیید از دیگران	۰/۱۷۲	۰/۱۸۵	۳/۰۷۸	۰/۰۰۲
	باور انتظارات بیش از حد از خود	۰/۱۰۰	۰/۱۰۵	۱/۷۱	۰/۰۸۷
	باور سرزنش کردن خود	-۰/۱۴۷	-۰/۱۵۵	-۲/۵۶	۰/۰۱۱
	باور واکنش به ناکامی	۰/۱۵۴	۰/۱۵۸	-۲/۶۰	۰/۰۱۰
	باور بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۳۳۹	۰/۳۶۵	۶/۴۰	۰/۰۰۰
	باور توجه مضطربانه	۰/۲۲۳	۰/۲۲۴	۳/۷۴	۰/۰۰۰
	باور اجتناب از مشکل	۰/۲۶۱	۰/۲۷۸	۴/۷۲	۰/۰۰۰
	باور وابستگی	-۰/۰۹۱	-۰/۱۰۰	-۱/۶۳	۰/۱۰۳
	باور کمال‌گرایی	۰/۱۴۶	۰/۱۵۵	۲/۵۵	۰/۰۱۱
	باور توقع تأیید از دیگران	۰/۱۰۹	۰/۱۲۴	۲/۰۳۴	۰/۰۴۳
گام دوم	باور انتظارات بیش از حد از خود	۰/۰۳۶	۰/۰۴۰	۰/۶۴۴	۰/۵۲۰
	باور سرزنش کردن خود	-۰/۱۳۸	-۰/۱۵۷	-۲/۵۸	۰/۰۱۰
	باور واکنش به ناکامی	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	۰/۲۱۳	۰/۸۳۱
	باور توجه مضطربانه	۰/۱۴۶	۰/۱۵۲	۲/۵۱	۰/۰۱۳
	باور اجتناب از مشکل	۰/۲۰۷	۰/۲۳۳	۳/۹۰	۰/۰۰۰
	باور وابستگی	-۰/۰۸۴	-۰/۰۹۹	-۱/۶۲	۰/۱۰۵
	باور کمال‌گرایی	۰/۰۷۳	۰/۰۸۱	۱/۳۲	۰/۱۸۶
	باور توقع تأیید از دیگران	۰/۰۸۰	۰/۰۹۳	۱/۵۱	۰/۱۳۲
	باور انتظارات بیش از حد از خود	۰/۰۲۶	۰/۰۲۹	۰/۴۷۲	۰/۶۳۸
	باور سرزنش کردن خود	-۰/۱۲۸	-۰/۱۴۹	-۲/۴۵	۰/۰۱۵
گام سوم	باور واکنش به ناکامی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۳۹	۰/۹۶۹
	باور توجه مضطربانه	-۰/۱۱۱	۰/۱۱۸	۱/۹۳	۰/۰۵۴
	باور وابستگی	-۰/۰۸۵	-۰/۱۰۳	-۱/۶۷	۰/۰۹۵
	باور کمال‌گرایی	۰/۰۶۴	۰/۰۷۳	۱/۱۹	۰/۲۳۴
	باور توقع تأیید از دیگران	-۰/۰۸۰	۰/۰۹۴	۱/۵۲	۰/۱۲۷
	باور انتظارات بیش از حد از خود	۰/۰۴۶	۰/۰۵۲	۰/۸۵۱	۰/۳۹۵
	باور واکنش به ناکامی	۰/۰۱۵	۰/۰۱۶	۰/۲۵۸	۰/۷۹۷
	باور توجه مضطربانه	۰/۱۳۵	۰/۱۴۳	۲/۳۴	۰/۰۲
	باور وابستگی	-۰/۰۶۸	-۰/۰۸۲	-۱/۳۳	۰/۱۸۴
	باور کمال‌گرایی	۰/۰۷۲	۰/۰۸۳	۱/۳۴	۰/۷۹
گام پنجم	باور توقع تأیید از دیگران	۰/۰۵۸	۰/۰۶۷	۱/۰۹۰	۰/۲۷۷
	باور انتظارات بیش از حد از خود	۰/۰۰۹	۰/۰۱۰	۰/۱۵۵	۰/۸۷۷
	باور واکنش به ناکامی	-۰/۰۳۷	-۰/۰۳۷	-۰/۵۹۴	۰/۵۵۳
	باور وابستگی	-۰/۰۹۸	-۰/۱۱۷	-۱/۹۰	۰/۰۵۸
	باور کمال‌گرایی	۰/۰۸۱	۰/۰۹۵	۱/۵۴	۰/۱۲۵

همان‌طور که ملاحظه می‌شود: مؤلفه‌هایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند، باور توقع تأیید از دیگران، باور انتظارات بیش از حد از خود، باور واکنش یا درماندگی یا ناکامی، باور وابستگی و باور کمال‌گرایی هستند. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که بین مؤلفه‌های باور غیرمنطقی (درماندگی

برای تغییر، بی‌مسئولیتی هیجانی، اجتناب از مشکل، سرزنش کردن خود، توجه مضطربانه) با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بین توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، واکنش یا درماندگی یا ناکامی، وابستگی، و کمال‌گرایی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. به عبارت دیگر از روی مؤلفه‌های باور غیرمنطقی می‌توان اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. قدرت پیش‌بینی درماندگی برای تغییر بیشتر از بی‌مسئولیتی هیجانی، بی‌مسئولیتی هیجانی بیشتر از اجتناب از مشکل، اجتناب از مشکل بیشتر از سرزنش کردن خود، سرزنش کردن خود بیشتر از توجه مضطربانه است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش برای بررسی باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه نشان داد که: ۳۹/۵ درصد از دانش‌آموزان دارای باور غیرمنطقی هستند؛ باورهای غیرمنطقی آنان از سطح متوسط میانگین جامعه بالاتر است. بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بالاترین رتبه مربوط به مؤلفه وابستگی و پایین‌ترین رتبه مربوط به مؤلفه اجتناب از مشکل است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش صادق (۱۳۸۳) مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی مطابقت دارد. باورهای غیرمنطقی؛ باورهایی هستند که بر الزام^۱، اجبار^۲، جزم‌اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم‌سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۱). باورهای غیرمنطقی به هر نوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب تخریب نفس و از بین رفتن «خود» می‌شود اطلاق می‌گردد و پیامدهای مهم آن اختلال در خوشحالی، شادمانی و تندرستی می‌باشد (الیس، ۱۹۸۸؛ به نقل از کریمی و همکاران، ۱۳۸۱). نتایج پژوهش‌های الیس (۲۰۰۳) مؤید آن است که سرزنش کردن خود و دیگران محور اغلب آشفتگی‌های هیجانی است. بنابراین برای اینکه از روان‌رنجوری و اختلال شخصیت بهبود یابیم بهتر است سرزنش کردن خود و دیگران را متوقف سازیم و به جای آن ضرورت دارد یاد بگیریم خود را به رغم نقایصی که داریم بپذیریم. الیس و هارپر^۳ (۱۹۹۷) معتقدند که موارد زیر نمونه‌هایی از عقاید غیرمنطقی هستند که آن‌ها را درونی می‌کنیم و به ناچار به خودشکنی منجر می‌شوند: ۱. «من باید محبت و تأیید تمام افراد مهم در زندگی را کسب کنم». ۲. «من باید تکالیف مهم را با شایستگی تمام انجام دهم». ۳. «چون عمیقاً میل دارم که افراد با من از روی ملاحظه و

1- ought

2- must

3- Harper, R.A.

منصفانه برخورد کنند، آن‌ها حتماً باید این کار انجام دهند». ۴. «اگر چیزی را که می‌خواهم به دست نیاورم، وحشتناک است و نمی‌توانم آن را تحمل کنم».

نتیجه این عقاید غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی است. الیس (۲۰۰۲)، الیس و دریدن^۱ (۱۹۹۹) اظهار می‌دارند که ما گرایش نیرومندی داریم به اینکه امیال و ترجیحات خود را به صورت بایدها، حتماًها، خواست‌ها و دستورات تشدید کنیم وقتی که ناراحت هستیم خوب است که به بایدهای جزمی و مستبدانه نهفته خود نگاهی بیاندازیم؛ این خواسته‌ها، احساس‌های اخلاص‌گر و رفتار کزکار به وجود می‌آورند.

نتایج این پژوهش در مورد سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه نشان داد که سطح سلامت روان ۷۵ درصد از دانش آموزان در سطح مطلوب و ۲۵ درصد آنان نامطلوب بوده است. اختلال در سلامت روان دانش آموزان از سطح متوسط جامعه بالاتر است و بین مؤلفه‌های سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بالاترین رتبه مربوط به افسردگی و پایین‌ترین رتبه مربوط به نشانه‌های بدنی است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش سرداری (۱۳۸۵) مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین مؤلفه‌های سلامت روان تطبیق دارد.

هان سون^۲ (۱۹۹۵) سلامت روان را به جنبه‌های زیر تقسیم کرده است: بهبود فردی، فقدان اضطراب، فقدان نشانه‌های ناتوانی، ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران و ظرفیت مقابله با مشکلات روزمره و فشار زندگی.

مطالعات لازاروس^۳ (۱۹۸۱)، بیانگر آن است که فرایندهای مختلفی در شکل‌گیری، تداوم و تغییر شخصیت نقش دارند: افکار، احساس‌ها، تصورات، ادراک‌ها، فرایندهای ناهشیار مانند تحریف‌ها و اجتناب‌های بین فردی، فرا ارتباطات، شرطی‌سازی کلاسیک و کنشگر، سرمشق‌گیری و یادگیری جانشینی.

به نظر یونگ^۴ انسان سالم کسی است که هیچ‌یک از جنبه‌های درونیش بر او مسلط نیستند. هشیاری و ناهشیاری و همچنین کنش‌ها و گرایش‌های خالص در او توازن یافته‌اند. یونگ چنین شخصی را «انسان فردیت یافته» می‌نامد (شولتز^۵، به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۸۷). آدلر^۶، «انسان سالم» قادر است خود را از قید تخیلات رها کند و به هنگام لزوم با واقعیت روبرو شود. درحالی که «فرد روان‌نژند» قادر به این کار نیست (شفیع‌آبادی و ناصر، ۱۳۸۱).

1- Dryden

3- Lazarus, A.

5- Schultz, D.

2- Hanson, A.

4- Yung, G.

6- Adler, A.

بندورا^۱ (۱۹۸۲) بر این باور است که افراد سالم از نظر احساس «خودکارآمدی»^۲ قوی هستند و قادرند به صورت مؤثری از عهده رویدادهای زندگی خود برآیند.

هورنای^۳ (۱۸۸۵)، نقل از مصفا (۱۳۸۶) انسان سالم در مقابل خطرات و عوامل تهدید کننده؛ اولاً احساس ناتوانی و درماندگی شدید و بی تناسب با خطر را ندارد، ثانیاً در خطرات و ترس ناشی از آن، رنج فوق العاده‌ای را متحمل نمی‌شود بلکه میزان رنج وی همان مقدار است که باید باشد و اجتناب ناپذیر است.

نتایج این پژوهش برای بررسی تأثیر مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان بر سلامت روان آنان نشان داد که از روی نمرات باورهای غیرمنطقی می‌توان اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. قدرت پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی در بُعد درماندگی برای تغییر بیشتر از بی‌مسئولیتی هیجانی، و بی‌مسئولیتی هیجانی بیشتر از اجتناب از مشکل، و اجتناب از مشکل بیشتر از سرزنش کردن خود، و سرزنش کردن خود بیشتر از توجه مضطربانه است.

نتایج پژوهش هوک^۴ (۱۹۸۹)، نقل از صادق، (۱۳۸۳) مؤید آن است که افکار غیرمنطقی به عدم سلامت روانی، ناسازگاری و اختلال روان منجر می‌شود. یافته‌های این پژوهش با تحقیق حاضر همسویی دارد. مطالعات الیس (۱۹۸۷) نشان داد که وقتی امیال و خواسته‌های افراد به صورت خواسته‌های مشخص با باید و حتماً درمی‌آید دچار افسردگی می‌شوند. این مطالعات با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. پژوهش‌های الیس (۲۰۰۲) بر رابطه افراد با خانواده، جامعه، و سیستم‌های دیگر تأکید می‌کند. بک و ایمری^۵ (۱۹۹۰) معتقدند درمان شناختی- رفتاری دارای سه مرحله است: ۱) بیرون کشیدن افکار، خودگویی، و تفسیرهای مراجع از آن‌ها؛ ۲) جمع‌آوری شواهد بر علیه تفسیر مراجع با همکاری خود وی؛ ۳) تنظیم آزمایش‌هایی^۶ (تکالیف خانگی) برای بررسی اعتبار تفسیرهای مراجع و جمع‌آوری اطلاعات بیشتر برای بحث. داتیلی^۷ (۲۰۰۳) بیان می‌کند که درمان شناختی بر طرح‌واره که همان عقاید اصلی است تأکید دارد. جنبه مهم فرایند درمان، بازسازی عقاید تحریف شده (یا طرح‌واره) است که تأثیر مهمی بر تغییر دادن رفتارهای کژکار دارد. همچنین نتایج تحقیق عرفانی (۱۳۸۰) بیان‌گر آن است که آموزش بهداشت روانی باعث ارتقای آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و تغییر در خودپنداره افراد می‌گردد.

1- Bandera, A.

3- Horney, K.

5- Emery, Y.G.

7- Dottily, F. M.

2- self efficacy

4- Houck, B.

6- experiments

- براساس نتایج تحقیقات پیشین و یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود:
- الف: آموزش خودآگاهی به دانش آموزان که از افکار و باورهای خود آگاه شوند و آن‌ها را شناسایی کنند.
- ب: مقابله با باورهای غیرمنطقی، بازسازی عقاید تحریف شده و جایگزین نمودن باورهای منطقی با غیرمنطقی.
- ج: آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله به دانش آموزان، خانواده‌ها و آموزشگاه‌ها داده شود.

منابع فارسی

- بیابانگرد، اسماعیل.** (۱۳۸۳). *روان‌شناسی نوجوانان*. چ ۸. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- سرداری، شهربانو.** (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی بین عزت نفس و بهداشت روانی با عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا.** (۱۳۸۱). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. چ ۹. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شولتز، دوان.** (۱۳۸۱). *نظریه‌های شخصیت*. (یوسف کریمی و همکاران، مترجمان). چ ۳. تهران: ارسباران.
- شولتز، دوان.** (۱۳۸۷). *نظریه‌های شخصیت*. (یحیی سیدمحمدی، مترجم). چ ۱۲. تهران: هما.
- شیلینگ، لوئیس.** (۱۳۸۲). *نظریه‌های مشاوره (دیدگاه‌های مشاوره)*. (خدیجه آرین، مترجم). چ ۴. تهران: اطلاعات.
- صادق، یعقوب.** (۱۳۸۳). *بررسی رابطه‌ی باورهای غیرمنطقی با بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه (دختر و پسر) مشکین شهر*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- عرفانی، معصومه.** (۱۳۸۰). *بررسی میزان تأثیر بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش‌دانشگاهی*. دانشگاه علوم پزشکی ایران. دانشکده بهداشت تهران.
- کلینکه، کریس ال.** (۱۳۸۴). *مهارت‌های زندگی*. (شهرام محمدخانی، مترجم). چ ۳. تهران: اسپند هنر.
- ج ۲.
- هورنای، کارن.** (۱۳۸۵). *خودکاو*. (محمدجعفر مصفا، مترجم). چ ۱. تهران: بهجت.

منابع انگلیسی

- Allport, G. W. (2000). *Personality. A psychological interpretation*. New York: Henry Holt.
- Ansbacher, H. L. (1977). Individual psychology. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Beagles, S. M., & Mensal, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review, 24*, 821-856.
- Beck, A. T., & Emery. G. (1990). *Anxiety disorders and phobias*: New York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Wisner, M. E. (1995). Cognitive therapy. In R. J. Corsini, and D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (4th ed., 285-320). Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1976). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology publishing office*. Brunner. Mazola.
- Dottily, F. M. (2003). Cognitive-behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy, 23*(1), 3-18.
- Ellis, A. (1988). *Overcoming procrastination*. New York: New American Library.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy revised*. New York: Carol publishing.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, and staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming destructive beliefs, and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Ellis, A. (2003). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy in degraded approach* (2nd ed.). New York: Springier.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1999). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Harper, P.A. (1997). *A guide to rational living* (3rd ed.). North Holly Wood, CA: Melvin Powers (Wilshire Books).
- Hanson, A. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cogmitive Therapy and Research, 19*(2), 147-158.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A., & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 41*, 909-921.

- Lazarus, A (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Maslow, A. H. (1970). Emotional blocks to creativity. In F. Harding and S. Parents (Eds.), *A source book for creativity thinking* (pp.93-103). USA: Charles Scribner's sons.
- McMullen, R.E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton.
- Meichen Baum, D. (1985). *Stress in occultation training*. New York: Pergammon Press.
- Mosak, H. H. (2000). *Adlerian psychotherapy*. In R. J. Coursing and D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (6th ed., pp. 54-98). Itasac, IL: F.E. Peacock.
- Rogers, C. R. (1992). Toward a theory of creativity. In F. Harding and S. Preens (Eds.), *A source book for creativity thinking* (pp. 63-72) USA: Charles Scribner's sons.
- World health organization (2001). *The world health report health system*: Geneva.

