

اولویت‌بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان Goals prioritization, mental health and irrational beliefs of the students

Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi

Hoshang Garavand

Mohsen Dehghani Neyshaboori

بهرام علی قنبری هاشم‌آبادی*

هوشنگ گراوند**

محسن دهقانی نیشابوری*

چکیده

Abstract

goals prioritization, mental health and irrational beliefs are concept much discussed nowadays. This study aims to compare the goals prioritization of the students and its relation to mental health and irrational beliefs. This study was designed and completed descriptively. The sample included 216 students of AllamehTabatabai University. Students completed the Goals and Aspirations, Mental Health and Irrational Beliefs questionnaires. Although there was no significant difference between the goals prioritization and total scale of mental health and irrational beliefs and just in the symptoms of depression and helplessness against the change subscales differences were significant and the number of people who had given priority to the physical goals, were significantly more than other people. According to the mean of data in terms of mental health and the irrational beliefs, people who had given priority to the self superiority goals, are better than those of their priorities is related to physical goals.

Keywords: beliefs, goal, health

اولویت‌بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی از جمله مفاهیمی هستند که امروزه توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه نسبت اولویت‌بندی اهداف دانشجویان و رابطه آن با سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی آن‌ها بود. نمونه شامل ۲۱۶ نفر (۱۲۰ دختر، ۹۶ پسر) از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی بودند. پرسشنامه‌های اهداف و آرزوها (GAQ)، سلامت روانی (GHQ) و باورهای غیرمنطقی (4IBFA) توسط دانشجویان تکمیل شد. آزمون‌های دو نشان داد که بین اولویت اول اهداف کل دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد این تفاوت معنادار نبود. همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین اولویت‌بندی اهداف و نمره کلی مقیاس سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری وجود ندارد، اما در مؤلفه‌های نشانه‌های افسردگی و درماندگی در برابر تغییر بین دانشجویان با اولویت‌بندی اهداف متفاوت، تفاوت معنادار وجود داشت. با توجه به میانگین داده‌ها کسانی که اهداف خودبترتری را در اولویت قرار داده‌اند از لحاظ سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی بهتر از کسانی هستند که اولویت آن‌ها مربوط به اهداف فیزیکی است.

واژه‌های کلیدی: باور، هدف، سلامت

email: ghanbarih@um.ac.ir

* دانشگاه فردوسی مشهد

** روانشناسی تربیتی

*** روانشناسی بالینی

Received: 11Jul 2012

Accepted: 9 Jun 2013

پذیرش: ۹۲/۲/۱۹

دریافت: ۹۱/۴/۲۱

مقدمه

یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده انسان، مفهوم سلامتی است. هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روان‌شناسی و پزشکی، به حداکثر رساندن احساس سلامت افراد است. تغییر در الگوی بیماری‌ها که کاهش میزان بیماری‌های عفونی، بیماری‌های مزمن و افزایش طول عمر را به همراه داشته، منجر به افزایش توجه به مفهوم سلامتی طی دهه‌های گذشته گردیده است (برسلو، ۲۰۰۶). متخصصان تعاریف متعددی از مفهوم سلامت ارائه داده‌اند؛ هرچند همه آن‌ها در پذیرش مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم مشترکند. طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، سلامتی را «حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود» تعریف کرده است. بنابراین، در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه کرد. در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقیق یک زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده به شمار می‌رود. از طرف دیگر، دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش می‌باشند و سطح سلامت آن‌ها تاثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌های تحصیلی‌شان خواهد داشت. اسفندیاری (۱۳۸۷) معتقد است، پژوهش‌های متعدد، حاکی از بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی است. نوایی‌نژاد (۱۳۸۵) نیز در پژوهش خود مطرح نمود که دانشجویان دارای مجموعه‌ای از مشکلات از جمله مشکلات درسی، مالی، ازدواج، شخصیتی، رفتاری و اجتماعی هستند. بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد که مسایل بهداشتی و جنبه‌های شناختی، عاطفی و روانی این قشر عظیم، جدی تلقی شده و مورد رسیدگی قرار گیرد. همگام با پژوهش‌های حیطه سلامت، مطالعات روان‌شناسان به این نتیجه رسیده است که تصور و ذهنیت افراد است که بیشترین تاثیر را در رضایت از زندگی‌شان دارد، نه واقعیت‌های زندگی آنان (فری، ۱۳۸۲). افرادی که بتوانند احساسات خود را بدون پیش‌فرض‌ها و چارچوب‌های ذهنی بازگو کنند و بدون قضاوت، شنوندگان خوبی برای اطرافیان باشند، از سلامت روانی بیشتری نسبت به کسانی که با فیلترهای ذهنی نادرست با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، برخوردارند (نویس، نویس و استین، ۲۰۰۴). یکی از جدیدترین و امیدبخش‌ترین نظریه‌هایی که به اصلاح تفکر و ذهنیت افراد می‌پردازد، نظریه درمان عقلانی هیجانی الیس است. این مدل مدعی است، تفکرات غیرمنطقی در سبب‌شناسی تمام آشفتگی‌های هیجانی و ناپهنجاری‌های روانی دخیل می‌باشند. بر اساس این مدل فکر منطقی انسان را به سوی هماهنگی و سلامت سوق می‌دهد، تعارض را در شخص به حداقل می‌رساند و فرد را در شکل دادن به وظایف و ارتباط با دنیای پیرامون یاری می‌دهند. فکر منطقی به رضایت خاطر بیشتر منجر می‌شود، در برابر آن فکر غیرمنطقی حقیقت ندارد، مطلق‌گراست و در عین حال، استدلالی را برای پشتیبان ندارد و مانع از رویارویی مؤثر فرد با حوادث می‌شود (کاستر، ۲۰۰۲؛ به نقل از آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵).

مشکلات روانی نتیجه شناخت نادرست افراد است، چرا که عواطف محصول شناخت است. الیس (۱۹۹۸) معتقد است ریشه بسیاری از ناراحتی مردم و زندگی عاطفی نامنظم آن‌ها در انواع عقاید غیرمنطقی آن‌ها در مورد خود و دیگران است. افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌تواند از طریق تلقین‌های درونی و تفکرات نامطلوب ایجاد

شود. سلامت روانی رابطه تنگاتنگی با نوع تفکر دارد. بسته به نوع تفکر (منطقی، غیرمنطقی) اثرگذاری بر روی مؤلفه‌های رضایتمندی از زندگی متفاوت است (نویس، نویس و استین، ۲۰۰۴). الیس (۱۹۹۸) معتقد است یکی از فرض‌های اساسی رویکرد منطقی-هیجانی در درمان، این باور است که بسیاری از واکنش‌ها و رفتارهای هیجانی ناسازگار تحت تاثیر نگرش‌های فرد درباره جهان و فرضیه‌های وی در این مورد قرار دارد. برخی شواهد تجربی بر این نکته دلالت دارند که افکار غیرمنطقی که ضرورتاً به ۱۱ مورد الیس محدود نمی‌شود، با واکنش‌های هیجانی ناسازگار همراه است. افکار غیرمنطقی باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنابخش به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف هستند (کورسینی، ۲۰۰۵). عدم آشنایی دانشجویان با شیوه‌های درست تفکر می‌تواند سبب از پا درآمدن، خشم و پرخاشگری یا افسردگی آن‌ها شود یا می‌تواند ایشان را به سوی رفتارهای اجتنابی مثل سیگار، اعتیاد و انواع بزه‌ها سوق دهد. چنانچه دیده شده است در انگلستان نوجوانان، کشیدن سیگار را به عنوان راه‌حلی برای کسب هویت و به کنترل در آوردن زندگی‌شان استفاده می‌کنند (فاوا و جیووانی، ۲۰۰۰). پژوهش‌های مختلف رابطه بین نقص‌شناختی در حل مساله و رفتارهای اجتنابی را تایید کرده‌اند. چنانچه دیده شده است، افرادی که تمایل به خودکشی دارند راه‌حل‌های کم‌تر و بی‌ربط‌تری در مقابله با مشکلاتشان ارائه می‌دهند. همچنین اثربخشی آموزش مقابله با خطاهای شناختی در پیشگیری از فرار از منزل و کاهش انزوای اجتماعی و کاهش خشم با پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (کویوما، هونکانین، وینیمای، هیکیل، کاپریو و کوسکینوو، ۲۰۰۱). سلامت روانی و نظام شناختی مناسب تا حد بسیار زیادی به داشتن اهداف رضایت‌بخش و پیشرفت در جهت کسب آن‌ها در زندگی بستگی دارد. پژوهش‌های انجام شده در زمینه بهزیستی و داشتن معنا در زندگی نشان داده‌اند که بهداشت روانی و احساس خوب بودن، با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت‌بخش در به دست آوردن آن‌ها رابطه دارند (مایرز، ۱۹۹۹). نتایج حاصل از مطالعات طولی هالیچ و جیپرت (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند، احساس رضایت از زندگی به داشتن اهداف قابل دست‌یابی، احساس پیشرفت به سمت آن هدف و تعهد در تعقیب آن‌ها وابسته است. تعقیب یک هدف مناسب برای رسیدن به سلامت روان‌شناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در شرایط عادی مردم قادرند اهدافی را انتخاب و تعقیب نمایند که به زندگی آن‌ها معنا ببخشد و آن را رضایت‌بخش سازد و همین‌طور قادرند از اهدافی که منجر به آسیب‌های روان‌شناختی می‌گردد، اجتناب کنند (ککس و کلینگر، ۲۰۱۱). الیوت، اندرو، تراش و تود (۲۰۰۲) نتیجه گرفتند که بین خلق و خوی گرایشی و تجربه هیجانات مثبت و فعال بودن در تعقیب هدف و همین‌طور خلق‌وخوی اجتنابی و رفتارهای روان‌نژند، تجربه هیجانات منفی و منفعل بودن در تعقیب هدف همبستگی قوی وجود دارد. بنابراین، برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء سطح سلامت دانشجویان که خود سبب‌ساز بهبود وضعیت محیط‌های آموزشی است، بایستی به وضعیت هدف‌گذاری آن‌ها نیز توجه کرد.

دو بُعد عمودی درونی در مقایسه با بیرونی و خودبرتری در مقایسه با فیزیکی، روشی جالب و شهودی برای طبقه‌بندی و فهم ماهیت و انواع مختلف اهداف بشر فراهم می‌کنند. اهداف معنوی، به وضوح، اهداف خودبرتری هستند و مربوط به مسائل کلی جهانی در خارج از خود فیزیکی فرد هستند، ولی از لحاظ ماهیت، به طور ذاتی درونی یا بیرونی نیستند. چون معنویت، گاهی اوقات، به دنبال ارضاء نیازهای درونی است (مثل زمانی که حس یک فرد برای ارتباط با کلیسا اغنا می‌شود)، ولی همچنین می‌تواند از طریق ترس مجازات و جرم تحریک شود

(رایان و همکاران، ۱۹۹۳). احساس اجتماعی که دارای یک کیفیت خودبرتری است، مربوط به رفاه جامعه و نسل‌های آینده است، ولی درونی می‌باشد. چون اغلب، نیازهای ارتباط و صلاحیت و خودمختاری را اغنا می‌کند. خودپذیرشی و وابستگی، از لحاظ ماهیت، به وضوح درونی‌اند چون ارتباط بسیار مستقیمی با ارضاء نیازهای ذاتی روان‌شناختی دارند، ولی در جایی بین اهداف فیزیکی و خودبرتری قرار دارند. چون در اصل مربوط به این مواردند: حوزه روان‌شناختی- شخصی نفس، خود مادی اجتماعی، یا خویشتن‌های منطقی و فردی (برور و گاردنر، ۱۹۹۶؛ به نقل از گروز و همکاران، ۲۰۰۵). سلامت فیزیکی و امنیت نیز اهداف درونی‌اند، چون همه افراد نیاز به احساس امنیت و سلامت دارند. این اهداف نسبت به دیگر اهداف درونی، فیزیکی هستند. چون ایمنی و سلامت، مربوط به بی‌عیبی بدنی هستند. لذت‌جویی به وضوح مربوط به بدن است و گرچه که بر لذت نه امنیت تمرکز دارد، ولی از حیثه کارهای درونی خارج است؛ به علاوه این حقیقت که لذت‌جویی، گاهی اوقات برای لذت محض است، ولی در اغلب اوقات روشی برای اجتناب از مسائلی می‌باشد که تحریک‌کننده اضطرابند نشان می‌دهد که لذت‌جویی، از لحاظ ماهیت، نه درونی ذاتی و نه بیرونی ذاتی است (وینهون، ۲۰۰۳). موفقیت مالی، باتمركزش بر هدایا و مقام اجتماعی، یک هدف بیرونی است؛ ولی در مورد ذیل، دارای طعم فیزیکی می‌شود؛ اگر این پول برای تضمین بقا و خرید لذت‌های زودگذر و آتی جسمانی شود. تصویر و شهرت، دارای یک ویژگی بیرونی مشترک هستند، ولی نسبت به موفقیت مالی، صفت خودبرتری بیشتری دارند، چون بر عقاید دیگران تمرکز بیشتری دارند. در پایان، هم‌نواپی، ترکیبی از این دو مورد است: نگرانی‌های بیرونی برای تطبیق با سلیق دیگران، نگرانی خودبرتری برای چیزی که خارج از خود فرد است (یعنی جامعه). محتوای اهداف بدون تردید می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی در زمینه علایق و جهت‌گیری‌های آینده افراد باشد (رایان و همکاران، ۱۹۹۳).

ما در این پژوهش، خرده هدف‌ها را به سه دسته کلی اهداف خودبرتری (معنویت، حس اجتماعی)، اهداف فیزیکی (موفقیت مالی، سلامت جسمانی، جذابیت بدنی، لذت و محبوبیت) و اهداف مابین خودبرتری و فیزیکی (هم‌نواپی، پذیرش خود و وابستگی) تقسیم کردیم. یکی از دلایلی که باعث این تقسیم‌بندی شد این بود که بسیاری از دانشجویان در چند خرده هدف میانگین یکسانی داشتند؛ بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی ما تصمیم گرفتیم که آن خرده‌هدف‌ها را ذیل یک هدف کلی به حساب آوریم. هدف کلی این پژوهش، مقایسه نسبت اولویت بندی اهداف دانشجویان و رابطه آن با سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی آن‌هاست. در کنار این هدف کلی به این سؤالات پاسخ داده خواهد شد که آیا بین نسبت اولویت‌بندی اول دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد؟ آیا بین نسبت اولویت‌بندی اول دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تفاوت معناداری وجود دارد؟ آیا اولویت‌بندی اهداف بر سلامت روانی و عامل‌های آن تأثیر دارد؟ آیا اولویت‌بندی اهداف بر باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری در این پژوهش دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی بود که تعداد کل آن‌ها حدود ۱۵۰۰۰ نفر است. از جامعه یاد شده نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر انتخاب شد و ۲۵۰ پرسشنامه به صورت در دسترس در بین

دانشجویان توزیع شد؛ اما نمونه نهایی شامل ۲۱۶ نفر است. بنابراین، نرخ تکمیل ۸۶ درصد است. از جهت مناسبیت مقدار نمونه با توجه به نوع تحقیق و وقت‌گیر بودن اجرای پرسشنامه عدد مناسبی است. ۹۶ نفر مرد (۴۴ درصد) بودند که میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب برابر (۲۳/۴۱، ۳/۱۳) بود و ۱۲۰ نفر آن‌ها زن (۵۶ درصد) که میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب برابر (۲۳، ۲/۹۸) بود و ۱۱۰ نفر (۵۱ درصد) دانشجوی کارشناسی (۳۷ مرد، ۷۳ زن) و ۱۰۶ نفر (۴۹ درصد) دانشجوی کارشناسی ارشد (۵۹ مرد، ۴۷ زن) بودند. تحقیق حاضر، از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از روش‌های آمار استنباطی (آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس چندمتغیری) استفاده می‌شود.

ابزار

پرسشنامه اهداف و آرزوها (GAQ): پرسشنامه اهداف و آرزوها^۱ (GAQ): گروزت و همکاران، (۲۰۰۵) مبتنی بر نسخه پیشین می‌باشد که شامل ۱۱ حوزه از اهداف متفاوت است. این پرسشنامه شامل ۵۷ هدف می‌باشد که افراد ممکن است در آینده برای خود انتخاب کنند. افراد به دو صورت به هر سؤال پاسخ دادند. اول این که هر هدف چقدر برای آن‌ها اهمیت دارد و دوم این که شانس دستیابی برای رسیدن به هر هدف برای آن‌ها چقدر است. آزمودنی‌ها برای اهمیت هر هدف در آینده از ۱ (اصلاً اهمیت ندارد) تا ۹ (به شدت اهمیت دارد) جواب می‌دادند و در ادامه برای شانس دستیابی به هر هدف از ۱ (اصلاً شانس ندارم) تا ۹ (به شدت شانس دارم) جواب می‌دادند. هشت تا از زیرمقیاس‌های آن منطبق بر مطالعات پیشین (کاسر، ۱۹۹۶؛ کاسر و رایان، ۱۹۹۶) بودند که شامل ابعاد زیر بودند: موفقیت اقتصادی (۴ سؤال)، تصویر بدنی (۵ سؤال)، محبوبیت (۴ سؤال)، پذیرش خود (۷ سؤال)، وابستگی (۶ سؤال)، حس اجتماعی (۴ سؤال)، سلامت جسمانی (۵ سؤال) و معنویت (۷ سؤال). سه زیرمقیاس دیگر برای این مطالعه توسعه یافت که شامل همنوایی (۵ سؤال)، لذت (۵ سؤال) و امنیت (۵ سؤال) است. گروزت و همکاران (۲۰۰۵) برای محاسبه همسانی درونی^۲ سئوال‌ها در بین فرهنگ‌های مختلف از آلفای کرونباخ استفاده کردند و همسانی درونی هریک از زیرآزمون‌ها را برای اهمیت اهداف و شانس دستیابی به آن‌ها به ترتیب برای موفقیت اقتصادی ۰/۸۴ و ۰/۸۳؛ تصویر بدنی ۰/۷۶ و ۰/۷۴؛ همنوایی ۰/۶۷ و ۰/۶۲؛ محبوبیت ۰/۷۳ و ۰/۷۱؛ پذیرش خود ۰/۷۹ و ۰/۷۳؛ وابستگی ۰/۸۱ و ۰/۷۵؛ حس اجتماعی ۰/۷۵ و ۰/۷۱؛ سلامت جسمی ۰/۷۲ و ۰/۷۴؛ لذت ۰/۷۰ و ۰/۷۲؛ امنیت ۰/۷۱ و ۰/۷۰؛ معنویت ۰/۹۰ و ۰/۸۷ گزارش کردند. برای محاسبه روایی سازه از تحلیل عاملی تاییدی استفاده کردند که بیشتر شاخص‌های استخراج شده حاکی از مناسب بودن روایی سازه این مقیاس هستند. کارشکی و گراوند (۱۳۹۰) پرسشنامه مذکور را پس از ترجمه و احراز روایی محتوایی و مناسبیت فرهنگی، زبانی و روان‌شناختی اجرا کردند. پایایی سئوال‌ها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای اهمیت اهداف و آرزوها در خرده هدف‌های امنیت، لذت، معنویت، سلامت، حس اجتماعی، وابستگی، پذیرش خود، همنوایی، محبوبیت، تصویر بدنی، موفقیت مالی و کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۰۷، ۰/۴۶، ۰/۸۸، ۰/۷۶، ۰/۶۶، ۰/۵۲،

^۱. Goals and Aspirations Questionnaire (GAQ)

^۲. internal consistency

۰/۸۲، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۶۴، ۰/۸۰ و ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که شاخص‌های حاصله حاکی از روایی سازه عاملی مناسب ابزار بود.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی^۱ (GHQ-28)؛ چینگ و اسپیرز، ۱۹۹۴)، شناخته شده‌ترین ابزار غربال‌گری در روان‌پزشکی است که برای شناسایی افراد با تشخیص بیماری روانی به کار می‌رود. این پرسشنامه، ناراحتی‌هایی با طول مدت کم‌تر از دو هفته را شناسایی می‌کند و نسبت به بیماری‌های گذرا که ممکن است بدون درمان شفا یابند حساس است. نسخه ارائه شده در این پژوهش، ۲۸ سئوالی است. این پرسشنامه از چهار زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. نظام نمره‌گذاری این پرسشنامه، بر اساس مقیاس لیکرت است که به هریک از مقیاس‌های چهارگانه، نمره (۱-۲-۳) داده می‌شود (هندرسون^۲، ۱۹۹۰؛ به نقل از مولوی، ۱۳۸۳). چینگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی به روش بازآزمایی^۳ را ۰/۴۷ گزارش کرده است که در سطح $p < 0.05$ عادی معنادار است. علاوه بر این، ضریب آلفا برای کل مقیاس، برابر ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۵ گزارش شده است. مولوی (۱۳۸۳) اعتبار و پایایی بازآزمایی^۴ این آزمون را ۰/۸۶ گزارش کرده است. در تحقیق حاضر ضریب پایایی^۵ پرسشنامه سلامت عمومی و عامل‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی با استفاده از روش آلفای کرانباخ به ترتیب، ۰/۷۸، ۰/۶۴، ۰/۸۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیر منطقی اهواز (4 IBT-A): پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیر منطقی اهواز^۶ (4 IBT-A) معتمدین و عبادی، ۱۳۸۴) پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز (4 IBT-A) را از روی پرسشنامه ۱۰ عاملی باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) به روش تحلیل عوامل ساختند. برای سنجش پایایی آزمون و همسانی درونی چهار عامل استخراج شده از ضریب آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن آزمون استفاده کردند. به منظور بررسی پایایی و روایی آن به شیوه تصادفی از بین جمعیت آماری ۱۴۳ نفر به شیوه تصادفی انتخاب و دو آزمون باورهای غیرمنطقی اهواز و آزمون ۱۰۰ سئوالی باورهای غیرمنطقی جونز را به طور همزمان اجرا کردند. بر اساس نتایج به دست آمده ضرایب همسانی درونی چهار عامل رضایت‌بخش بود. ضرایب روایی آزمون از روش روایی همگرا (اجرای همزمان دو آزمون (4 IBT-A و IBT) ۰/۸۷ برآورد شد که این ضریب در سطح ۰/۰۰۱ نیز معنادار بود. معتمدین و عبادی (۱۳۸۴) برای بررسی دقیق‌تر پایایی ضریب آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ و روش تصنیف استفاده کردند که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و خرده

1. 28-item General Health Questionnaire

2. Handerson, G.

3. test-retest

4. test-retest reliability

5. reliability

6. Factor Irrational Beliefs Test- Ahwaz (4IBT-A)

اولویت‌بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان

عامل‌های درماندگی برابر تغییر ۰/۸۰ و ۰/۸۲؛ توقع تایید دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد.

یافته‌ها

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود ۳۱ درصد از دانشجویان اهداف مربوط به خود برتری، ۵۰ درصد اهداف فیزیکی و ۱۸ درصد اهداف مابین خود برتری و فیزیکی را در اولویت قرار داده‌اند. در ادامه برای این که بدانیم آیا بین اولویت‌بندی اول دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون خی‌دو استفاده کردیم و نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که بین اولویت‌بندی اول دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد $X_{(0/05, 2)} = 30/81, p = (0/000)$. یعنی می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان اهداف فیزیکی را بیشتر از دیگر اهداف در اولویت اول خود قرار داده‌اند.

جدول ۱. وضعیت اولویت‌بندی اهداف در بین کل دانشجویان

اولویت‌بندی اهداف	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
اهداف خود برتری	۶۱	۳۱/۱	۳۱/۱
اهداف فیزیکی	۹۹	۵۰/۵	۸۱/۶
بین خود برتری و فیزیکی	۳۶	۱۸/۴	۱۰۰
کل	۱۹۶	۱۰۰	

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود ۳۲ درصد از دانشجویان کارشناسی اهداف مربوط به خود برتری ۴۷ درصد اهداف فیزیکی و ۲۱ درصد اهداف بین خود برتری و فیزیکی را در اولویت قرار داده‌اند و همچنین ۳۰ درصد از دانشجویان کارشناسی ارشد اهداف مربوط به خود برتری ۵۴ درصد اهداف فیزیکی و ۱۶ درصد اهداف بین خود برتری و فیزیکی را در اولویت قرار داده‌اند. در ادامه برای این که بدانیم آیا بین اولویت‌بندی اول دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون خی‌دو استفاده کردیم و نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که بین اولویت‌بندی اول دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تفاوت معناداری وجود ندارد $X_{(0/05, 2)} = 1/06, p = 0/59$. یعنی می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد در انتخاب اولویت اول اهداف خاصی را ترجیح نمی‌دهند.

جدول ۲. وضعیت اولویت‌بندی اهداف بر حسب مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	کارشناسی	فراوانی	اهداف		کل
			خود برتری	بین خود برتری و فیزیکی	
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۳۲	۴۸	۲۱	۱۰۱
مقطع تحصیلی	درصد فراوانی	۳۱/۷	۴۷/۵	۲۰/۸	۱۰۰
ارشد	فراوانی	۲۹	۵۱	۱۵	۹۵
درصد فراوانی	درصد فراوانی	۳۰/۵	۵۳/۷	۱۵/۸	۱۰۰

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روانی و مؤلفه‌های آن را در کسانی که اولویت اول خود را اهداف مربوط به خود برتری، فیزیکی و مابین خود برتری و فیزیکی قرار داده‌اند و در کل نمونه ارائه می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روانی و مؤلفه‌های آن بر اساس اولویت‌بندی اهداف

انحراف معیار	میانگین	تعداد	اولویت‌بندی اهداف	
۹/۸۵	۵۹/۳۰	۶۰	اهداف خودبرتری	سلامت
۱۴/۰۸	۵۵/۳۵	۹۶	اهداف فیزیکی	روانی
۱۴/۴۱	۵۵/۹۴	۳۵	اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	
۱۳/۰۲	۵۶/۷۰	۱۹۱	کل	
۳/۴۹	۱۴/۱۰	۶۰	اهداف خودبرتری	نشانه‌های جسمانی
۳/۹۴	۱۳/۴۲	۹۶	اهداف فیزیکی	
۴/۲۲	۱۳/۸۸	۳۵	اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	
۳/۸۵	۱۳/۷۲	۱۹۱	کل	
۳/۱۰	۱۵/۶۷	۶۰	اهداف خودبرتری	نشانه‌های اضطراب
۵/۰۳	۱۴/۱۰	۹۶	اهداف فیزیکی	
۴/۴۵	۱۵/۶۰	۳۵	اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	
۴/۵۱	۱۴/۸۶	۱۹۱	کل	
۳/۱۰	۱۰/۹۶	۶۰	اهداف خودبرتری	بدکارکردی اجتماعی
۳/۲۴	۱۱/۱۵	۹۶	اهداف فیزیکی	
۳/۶۰	۱۰/۶۶	۳۴	اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	
۳/۲۵	۱۱	۱۹۰	کل	
۲/۸۸	۱۸/۵۷	۶۰	اهداف خودبرتری	نشانه‌های افسردگی
۴/۹۲	۱۶/۶۷	۹۶	اهداف فیزیکی	
۵/۰۵	۱۶/۲۶	۳۴	اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	
۴/۴۸	۱۷/۱۹	۱۹۰	کل	

برای مقایسه نمره سلامت روانی افراد از لحاظ اولویت بندی اهداف از تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) استفاده کردیم. نتیجه آزمون بیانگر این بود که اولویت بندی اهداف با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری ندارد ($F_{(2,188)} = 1/78, p = 0/17$).

در ادامه برای اینکه بدانیم آیا بین میانگین مولفه‌های سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) دانشجویان با اولویت بندی اهداف مختلف تفاوت معناداری وجود دارد، آزمون MANOVA انجام شد. نتایج نشان داد که آزمون پیلای تریس برابر $0/10$ معنادار است ($F_{(8, 370)} = 0/10, p = 0/01$) که نشان می‌دهد می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای دانشجویان با اهداف مختلف را رد کرد. نتایج آزمون MANOVA نشان داد که بین

دانشجویان با اهداف مختلف از لحاظ نشانه‌های افسردگی ($F_{(2,187)} = 4/35, p = 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون توکی نشان داد افرادی که اهداف خود برتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند با کسانی که اهداف فیزیکی را در اولویت اول خود قرار می‌دهند، تفاوت معناداری از لحاظ خرده عامل افسردگی دارند ($d = 1/90, p = 0/026$). همچنین کسانی که اهداف مابین خودبرتری و فیزیکی را در اولویت قرار می‌دهند با کسانی که اهداف خودبرتری را در اولویت قرار می‌دهند تفاوت معناداری دارند ($d = 2/30, p = 0/042$). می‌توان نتیجه گرفت افرادی که اهداف خودبرتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند نسبت به کسانی که اهداف فیزیکی و اهداف مابین خودبرتری و فیزیکی را در اولویت قرار می‌دهند از لحاظ افسردگی در وضع بهتری به سر می‌برند.

پس از بررسی رابطه اولویت‌بندی اهداف و سلامت روانی نوبت به بررسی رابطه اولویت‌بندی اهداف و باورهای غیرمنطقی می‌رسد. جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمره باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن را در کسانی که اولویت اول خود را اهداف مربوط به خود برتری، فیزیکی و مابین خود برتری و فیزیکی قرار داده‌اند و در کل نمونه ارائه می‌دهد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن بر اساس اولویت‌بندی اهداف

اولویت‌بندی اهداف	تعداد	میانگین	انحراف معیار
باورهای غیر منطقی			
اهداف خودبرتری	۵۹	۱۰۰/۵۴	۲۳/۸۶
اهداف فیزیکی	۹۷	۱۰۹/۶۳	۲۳/۶۴
اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	۳۴	۱۰۴/۰۵	۲۱/۰۴
کل	۱۹۰	۱۰۵/۸۱	۲۳/۵۱
درماندگی در برابر تغییر			
اهداف خودبرتری	۵۹	۳۶/۰۸	۹/۶۰
اهداف فیزیکی	۹۷	۴۰/۱۰	۱۰/۲۷
اهداف ما بین خود برتری و فیزیکی	۳۳	۳۷/۵۶	۱۰/۳۵
کل	۱۹۰	۳۸/۴۰	۱۰/۱۹
توقع تأیید			
اهداف خودبرتری	۵۸	۲۹/۷۳	۶/۲۵
اهداف فیزیکی	۹۶	۳۱/۷۱	۶/۶۲
اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	۳۴	۲۹/۹۷	۵/۴۱
کل	۱۹۱	۳۰/۷۸	۶/۳۵
اجتناب از مشکل			
اهداف خودبرتری	۵۸	۱۲/۱۷	۳/۱۱
اهداف فیزیکی	۹۶	۱۳/۱۴	۳/۰۲۵
اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	۳۴	۱۲/۰۲	۲/۸۸
کل	۱۸۸	۱۲/۶۴	۳/۱۷
بی‌مسئولیتی هیجانی			
اهداف خودبرتری	۵۸	۲۳/۶۷	۵/۹۶
اهداف فیزیکی	۹۶	۲۵/۲۸	۶/۵۲
اهداف ما بین خودبرتری و فیزیکی	۳۴	۲۴/۵۰	۷/۸۰
کل	۱۸۸	۲۴/۷۰	۶/۶۲

برای مقایسه نمره باورهای غیر منطقی افراد از لحاظ اولویت بندی اهداف از تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) استفاده شد. نتیجه آزمون بیانگر این بود که اولویت بندی اهداف با باورهای غیرمنطقی دانشجویان رابطه معناداری ندارد ($F_{(2,188)} = 2/91, p = 0/057$). در ادامه برای این که بدانیم آیا بین میانگین مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) دانشجویان با اولویت‌بندی اهداف مختلف تفاوت معناداری وجود دارد، آزمون MANOVA انجام شد. در این مرحله نیز آزمون پیلای تریس برابر $0/07$ معنادار است ($F_{(8, 366)} = 0/07, p = 0/04$) که نشان می‌دهد می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای دانشجویان با اهداف مختلف را رد کرد. نتایج آزمون (MANOVA) نشان داد که بین دانشجویان با اهداف مختلف از لحاظ درماندگی در برابر تغییر تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون توکی نشان داد افرادی که اهداف خود برتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند با کسانی که اهداف فیزیکی را در اولویت اول خود قرار می‌دهند، تفاوت معناداری از لحاظ خرده مؤلفه درماندگی در برابر تغییر دارند ($d = -3/81, p = 0/044$). می‌توان نتیجه گرفت افرادی که اهداف خود برتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند نسبت به کسانی که اهداف فیزیکی را در اولویت قرار می‌دهند، از لحاظ خرده مؤلفه درماندگی در برابر تغییر در وضع بهتری به سر می‌برند.

بحث

هدف عمده این پژوهش، مقایسه نسبت اولویت بندی اهداف دانشجویان و رابطه آن با سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی آنان در دانشگاه علامه طباطبایی بود. همانطور که ملاحظه شد ۳۱ درصد از دانشجویان اهداف مربوط به خود برتری ۵۰ درصد اهداف فیزیکی و ۱۸ درصد اهداف مابین خود برتری و فیزیکی را در اولویت اول خود قرار داده‌اند که نتایج آزمون‌های دو نشان داد، بین اولویت‌بندی اول دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی دانشجویان اهداف فیزیکی را بیشتر از دیگر اهداف در اولویت اول خود قرار داده‌اند. همچنین ۳۲ درصد از دانشجویان کارشناسی اهداف مربوط به خود برتری، ۴۷ درصد اهداف فیزیکی و ۲۱ درصد اهداف بین خود برتری و فیزیکی را در اولویت قرار داده‌اند و ۳۰ درصد از دانشجویان کارشناسی ارشد اهداف مربوط به خود برتری ۵۴ درصد فیزیکی و ۱۶ درصد اهداف بین خود برتری و فیزیکی را در اولویت قرار داده‌اند. نتایج آزمون‌های دو نشان داد که بین اولویت‌بندی اول دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد در انتخاب اهداف اولویت اول اهداف خاصی را ترجیح نمی‌دهند. با مرور پیشینه مربوط به اولویت‌بندی اهداف، پژوهشی را که اهداف را به صورت اهداف خود برتری (معنویت، حس اجتماعی)، اهداف فیزیکی (موفقیت مالی، سلامت جسمانی، جذابیت بدنی، لذت و محبوبیت) و اهداف مابین خود برتری و فیزیکی (همنوایی، پذیرش خود و وابستگی) تقسیم‌بندی کرده باشد، یافت نشد تا بر اساس آن بتوان به مقایسه پرداخت، اما نتایج پژوهش خیر (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که سه اولویت اهداف زندگی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب عبارتند از: ادامه تحصیل در دوره‌های بالاتر تحصیلی، ازدواج و تشکیل خانواده و رشد معنوی، سه اولویت اهداف زندگی در بین دانشجویان آمریکایی به ترتیب عبارتند از: ازدواج و تشکیل خانواده، رشد اقتصادی، و اتمام تحصیلات فعلی. اگر ادامه تحصیل در دوره‌های بالاتر را در زیرمجموعه اهداف فیزیکی قرار بدهیم، یافته

های پژوهش حاضر با پژوهش خیر (۱۳۸۸) هماهنگ و همسوست. همچنین نتایج پژوهش لطیفیان و بشاش (۱۳۸۳) حاکی از آن بود که جوانان به ترتیب در کسب شش هدف مشتمل بر امنیت اجتماعی، هدف احترام- قدر و منزلت، نیاز به دوستی و محبت اجتماعی، امنیت فردی، امنیت اجتنابی، و بقایی تلاش می‌کنند. اگر امنیت اجتماعی را در زیرمجموعه اهداف خودبرتری قرار دهیم یافته‌های این پژوهش با پژوهش حاضر ناهماهنگ و ناهم‌سوست. همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد، دانشجویان بیشتری اولویت را برای اهداف فیزیکی قائل هستند. این یافته را می‌توان این چنین تبیین کرد که اگر دانشجویان اهداف فیزیکی (موفقیت مالی، سلامت جسمانی، جذابیت بدنی، لذت و محبوبیت) را بیشتر از سایر اهداف در اولویت قرار داده‌اند می‌تواند به دلیل به تعویق افتادن سن ازدواج و موانع موجود بر سر راه آن باشد. همچنان که هزارجریبی و آستین‌فشان (۱۳۸۸) بیان می‌کند که سن ازدواج در مقایسه به دو دهه گذشته افزایش یافته‌است. به زعم محققان این پژوهش، اگر موانع موجود بر سر راه ازدواج جوانان از میان برداشته شود و جوانان بتوانند راحت‌تر ازدواج کنند، اهداف فیزیکی برای جوانان کم رنگ‌تر می‌شوند و در عوض می‌توانند به اهداف خود برتری بیاورند. به نظر می‌رسد که جوانان ما تمایل زیادی به ازدواج و تشکیل خانواده دارند، اما موانع زیادی بر سر راه ازدواج آن‌ها وجود دارد، از جمله این موانع می‌توان به موانع اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و بی‌توجهی مسئولان اشاره کرد. برای مثال، نتایج پژوهش ناستی‌زائی (۱۳۸۵) که در مورد موانع ازدواج دختران طراحی شده بود نشان داد که ۸۴ درصد آزمودنی‌ها عوامل اقتصادی را جزء موانع ازدواج مطرح نموده‌اند. نتایج پژوهش یعقوبی منظری (۱۳۸۹) که با هدف مقایسه تطبیقی وضعیت اقتصادی ایران با کشورهای منطقه انجام شد، نشان داد که در اثر شاخص‌های مورد بررسی، کشورمان در بین ۲۵ کشور مورد هدف سند چشم‌انداز موقعیت مناسب ندارد؛ بنابراین در چنین وضعیتی طبیعی می‌نماید که دانشجویان ایرانی اهمیت بیشتری برای موفقیت اقتصادی و سایر اهداف مشابه با این هدف قائل بشوند. امروزه می‌توان پذیرفت وظیفه دولت در قبال ازدواج ابتدا اشتغال‌زایی برای جوانان است. زیرا اگر جوانان شاغل باشند، خود به خود دارای درآمد بوده و می‌توانند برای ازدواج اقدام کنند. بنابراین، برای این که بتوانیم اهداف مربوط به خودبرتری (حس اجتماعی، معنویت) را در جوانان تقویت کنیم بهترین راهکار می‌تواند توجه به از پیش پا برداشتن موانع پیشرفت اقتصادی جوانان باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اولویت‌بندی اهداف در کل مقیاس سلامت روانی دانشجویان تاثیر معناداری ندارد. همچنین از بین خرده‌عامل‌های سلامت روانی، اولویت‌بندی اهداف فقط با خرده‌عامل نشانه‌های افسردگی رابطه معناداری داشت. نتایج آزمون توکی نیز نشان داد، افرادی که اهداف خود برتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند با کسانی که اهداف فیزیکی و اهداف مابین خودبرتری و فیزیکی را در اولویت اول خود قرار می‌دهند، تفاوت معناداری از لحاظ خرده عامل نشانه‌های افسردگی دارند. افرادی که اهداف خودبرتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند از لحاظ افسردگی در وضع بهتری به سر می‌برند. این یافته با یافته‌های اوکونر، کوب و اوکونر (۲۰۰۳)، شرونیگر و ادلستین (۲۰۰۴) و دالگولاروندو (۱۹۹۴) ناهماهنگ است. زیرا آن‌ها در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین اهداف معنوی و سلامت جسمانی و روانی ارتباط وجود ندارد یا برخی بر رابطه منفی معنویت با سلامت جسمانی و روانی تاکید کرده‌اند، اما با یافته‌های بیانی، گودرزی، بیانی و کوچکی (۱۳۸۷)، جان بزرگی (۱۳۸۶)، کجباغ و رئیس‌پور (۱۳۸۷)، آلوز، آلوز، باربوزا و سوتو (۲۰۱۰) و پارکر، روف، کلماک، کوئینگ،

باکر و آلمن (۲۰۰۷) هماهنگ است. زیرا این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که اهداف معنوی بر سلامت روانی تاثیر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اگر کسانی که اهداف خودبترتری (حس اجتماعی و معنویت) را در اولویت قرار می‌دهند به لحاظ افسردگی در وضعیت بهتری نسبت به کسانی که اهداف فیزیکی (موفقیت مالی، سلامت جسمانی، جذابیت بدنی، لذت و محبوبیت) را در اولویت قرار می‌دهند، هستند به این دلیل می‌تواند باشد که اینگونه افراد همیشه برای مشکلاتی که برای آن‌ها پیش می‌آید، دلیل دارند (برای مثال «خدا تو را دچار مشکل می‌کند تا آبدیده شوی»)، دوم این که همیشه امیدوار هستند و سوم این که همیشه به مردم کمک می‌کنند که زندگی خود را در چارچوبی بزرگ‌تر قرار دهند و از راه ارتباط با هدفی بزرگ‌تر و متعالی هویت جدیدی برای خود کسب کنند و دست آخر این که این افراد همیشه مورد توجه اعضای مراکز دینی هستند و از باورهای معنوی برای کمک به فرآیند بخشش و جلوگیری از هیجانات منفی استفاده می‌کنند. بنابراین، با توجه به دلایلی که گفته شد طبیعی است که این افراد از لحاظ سلامت روانی (افسردگی) در وضعیت بهتری نسبت به سایر افراد به سر ببرند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اولویت‌بندی اهداف، با کل مقیاس باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری ندارد، اما از بین خرده‌عامل‌های باورهای غیر منطقی، اولویت‌بندی اهداف فقط با خرده مؤلفه درماندگی در برابر تغییر رابطه معناداری داشت. در ادامه نتایج آزمون توکی نشان داد افرادی که اهداف خود برتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند با کسانی که اهداف فیزیکی را در اولویت اول خود قرار می‌دهند تفاوت معناداری از لحاظ خرده مؤلفه درماندگی در برابر تغییر دارند. افرادی که اهداف خودبترتری را در اولویت اول خود قرار می‌دهند نسبت به کسانی که اهداف فیزیکی را در اولویت قرار می‌دهند از لحاظ خرده مؤلفه درماندگی در برابر تغییر در وضع بهتری به سر می‌برند. افراد دارای ویژگی‌های معنویت و حس اجتماعی که دارای اهداف خودبترتری هستند، از ویژگی‌های واقع‌بینی، حس اجتماعی، انسان‌دوستی، امیدواری، رضایت خاطر و امید به خدا و توکل برخوردارند، بنابراین، طبیعی می‌نماید که میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی‌شان پایین‌تر باشد.

با توجه به رابطه اهداف خودبترتری با مؤلفه‌های سلامت روانی و باورهای غیر منطقی، باید این نکته را به یاد داشت که هنوز پژوهشی در ایران، اینگونه به تقسیم‌بندی اهداف (خودبترتری، فیزیکی، مابین خودبترتری و فیزیکی) نپرداخته است و در پی کشف شیوه‌های مؤثر اولویت‌بندی اهداف نبوده است که بتواند نوجوانان و جوانان را به سمت سلامت روانی بیشتر و باورهای غیرمنطقی کم‌تر سوق دهد؛ بنابراین استفاده از اینگونه تقسیم‌بندی و رابطه آن با سلامت روانی و باورهای غیر منطقی روی اقشار دیگر جامعه همچون مدارس و موقعیت‌های شغلی نیز می‌تواند صورت گیرد و به تعمیم یافته‌های آن در بافت وسیع‌تری، توصیه می‌گردد. با توجه به این که بیشترین رابطه را اهداف خودبترتری با مؤلفه‌های سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی داشت پیشنهاد می‌شود، در دانشگاه‌ها بیشترین تاکید روی آموزش اینگونه اهداف باشد. نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه به خصوص تحقیقات علی می‌تواند مورد استفاده دست‌اندرکاران آموزش عالی و آموزش و پرورش قرار گیرد تا برای افزایش سلامت روانی و کاهش باورهای غیرمنطقی تلاش کنند.

عدم نمونه‌گیری مناسب با حجم جامعه که امکان تعمیم‌یافته‌ها را به پژوهشگران نمی‌دهد، از نقاط ضعف این پژوهش است. استفاده تنها از یک روش تحقیق کمی نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش است. اگر تغییر در

اولویت‌بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان

هدف‌های تحقیق این امکان را فراهم می‌ساخت که از روش‌های کیفی نظیر مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساخت‌یافته استفاده شود، نتایج کامل‌تری در شناسایی رابطه بین اولویت‌بندی اهداف با سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی به دست می‌آمد.

منابع

- اسفندیاری، غ. ر (۱۳۸۷). بررسی عوامل استرس‌زا در دانشجویان علوم پزشکی کردستان و رابطه آن با سلامت عمومی. مجله طب و تزکیه، ۴۳، ۶۳-۵۷.
- بیانی، ع. ا.، گودزی، ح.، بیانی، ع.، و کوچکی، ع. م (۱۳۸۷). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، ۳۹، ۲۱۴-۲۰۹.
- جان‌بزرگی، م (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی. پژوهش در پزشکی، ۳۱، ۳۵۰-۳۴۵.
- خیر، محمد (۱۳۸۸). مقایسه اهداف زندگی در دانشجویان سال اول رشته‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی در ایران و آمریکا. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ۳۹، ۹۷-۶۹.
- فری، م (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی. ترجمه: علی صاحبی و دیگران. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- کجباف، م. ب.، رئیس‌پور، ح. ا (۱۳۸۷). رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱، ۴۳-۳۱.
- کارشکی، ح.، گرانده، ه.، و دهقان نیشابوری، م (۱۳۹۰). نقش شکاف بین اهمیت اهداف و آرزوها و شانس دستیابی به آن‌ها در شادکامی. پژوهشنامه روان‌شناسی بالینی و مشاوره (تحت داوری).
- لطیفیان، م.، و بشاش، ل (۱۳۸۳). مقایسه باورها و عواطف خودنظم ده رشد، در دانشجویان دختر و پسر، در سنین مختلف. مجله روان‌شناسی، ۳۰، ۲۴۹-۲۲۷.
- معدمدین، م.، و عبادی، غ. ح (۱۳۸۴). نقش باورهای غیرمنطقی و پرخاشگری بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر تبریز. دانش و پژوهش در علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۴۰، ۲۲-۱.
- مولوی، ح (۱۳۸۳). روایی ساختار عاملی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی، مجله پژوهش‌های روان‌شناختی، ۳۵، ۳-۲۸.
- ناستی‌زائی، ن. (۱۳۸۵). موانع ازدواج دختران. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، ۳، ۱۰۸-۹۱.
- نوبی‌نژاد، ش (۱۳۸۵). نگرش دانشجویان درباره نقش مشاوره در کمک به آن‌ها در حل مشکلات زندگی‌شان. سومین سمینار ملی بهداشت روان دانشجویان. دانشگاه تهران، ۱۷۳.
- هزار جریبی، ج.، و آستین فشان، پ (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی، اقتصادی مؤثر بر میانگین سن ازدواج زنان در سه دهه گذشته «۵۵-۸۵». مجله برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱، ۳۲-۱۳.
- یعقوبی منطری، پ (۱۳۸۹). مقایسه تطبیقی وضعیت اقتصادی ایران با کشورهای منطقه (با تکیه بر اطلاعات بانک جهانی). بررسی‌های بازرگانی، ۴۴، ۹۹-۷۹.

References

- Adler, M., G & Fagley, N. S. (2005). Appreciation: individual difference in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being . *journal of personality*, 73,79-114.
- Alves, R. R. N., Alves, H. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. M. S. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência& SaúdeColetiva*, 15(4) , 2105-2111.
- Breslow L. (2006). Health measurement in the third era of health. *Am J Public Health*, 96, 17-19.
- Cheung, P., & Spears, G. (1994). Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. *Social psychiatry psychiatric and epidemiology*, 95-99.
- Corsini, R.(2005). *Current Psychotherapies* (4th ed.). Taylor & Francis.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2011). *Handbook of motivational counseling: Goal-Based Approaches to Assessment and Intervention with Addiction and Other Problems*, Second Edition. John Wiley & Sons.
- Dalgallarrondo, P. (1994). Religious affiliation and mental health in Brazil. *Actapsiquiátrica y Psicológica de Américalatina*, 40, 325-339.
- Elliot, A., Andrew, J., Thrash, M., & Todd, M. (2002). Approach – avoidance Motivation in Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804-818.
- Ellis, A. (1998). *Reason and Emotion in psychotherapy* lylestuart.Inc.
- Fava, A., & Giovani, M. (2000). Cognitive behavior therapy *Encyclopedia of stress*, 9,484-487.
- Grouzet, F. M. E., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J. M. F., Kim, Y., Lau, S., et al. (2005). The Structure of Goal Contents Across 15 Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 800-812.
- Halisch, F., & Geppert, U. (2001). Motives, Personal Goals, and Life Satisfaction in Old Age, In A. Efklides, J. Kuhl, & R. Sorrentino (Eds.), *Trends and Prospect in Motivational Research* (pp. 389-409). Dordrecht: Kluwer.
- Kasser, T. (1996). Aspirations and well-being in a prison setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1367-1377
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Coals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Koiuhama, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, j., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide : A 20 year follow up study. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 433-439.
- Myers, D. G. (1999). Close Relationships and Quality of Life, In D. Kahneman, E. Diener& N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, NewYork: Russell Sage Foundation.

- Noice, H., Noice, T., & Staines, G. (2004). A short-term intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. *Journal of Aging and Health*, 16, 562-585.
- O'Connor, D. B., Cobb, J., & O'Connor, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
- Parker, M., Roff, L. L., Klemmack, D. L., Koenig, H. G., Baker, P., & Allman, R. M. (2007). Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 7, 390-397.
- Ryan, R. M., & et al. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 586-596.
- Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24, 379-397.
- Veenhoven, R. (2003). Hedonism and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 4, 437-457.
- WHOQOL. (1998). development of the world health organization WHO QOL-BREF. quality of life assessment. *Psychological Mmedicine*, 28, 551-558.

Archive of SID