

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۱ بهار ۱۴۰۰

نقش میانجی باورهای غیرمنطقی در رابطه بین اهداف و آرزوهای سالم و ناسالم با سلامت روان

هوشنگ گراوند

*استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۳/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل علی تأثیر اهداف و آرزوهای سالم و ناسالم بر سلامت روانی با توجه به نقش واسطه‌ای باورهای غیرمنطقی انجام شد. برای این منظور، تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به پرسشنامه‌های خودگزارشی متشکل از مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی اهواز (A – IBT؛ عبادی و معتمدین، ۱۳۸۴)، سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ – 28؛ گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و شاخص آرزو (AI؛ گروزت و همکاران، ۲۰۰۵) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به وسیله نرم‌افزار AMOS انجام گرفت. نتایج نشان داد که اهداف و آرزوهای ناسالم، باورهای غیرمنطقی را به صورت مثبت و اهداف و آرزوهای سالم، باورهای غیرمنطقی را به صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند؛ اهداف و آرزوهای سالم بر سلامت روانی به طور مستقیم و غیرمستقیم مؤثر بودند؛ اما اهداف و آرزوهای ناسالم بر سلامت روانی به طور مستقیم تأثیری نداشت؛ بلکه با واسطه‌گری باورهای غیرمنطقی می‌تواند از میزان سلامت روانی دانشجویان بکاهد. همچنین باورهای غیرمنطقی تأثیر علی و مستقیمی بر سلامت روانی داشت.

واژه‌های کلیدی: اهداف و آرزوها، باورهای غیرمنطقی، سلامت روانی

مقدمه

انسان موجودی چندبُعدی است و از ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار است. سلامت روانی و معنوی از مقوله‌هایی است که از بدو زندگی انسان با وی همراه است (احمری، حیدری، کچویی، مقیسه و ایرانی، ۱۳۸۸). در حقیقت سلامت فکر و روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است و سلامت روان تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنس در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی‌دار است (صالحی، سلیمانی‌زاده، باقری یزدی و عباس‌زاده، ۱۳۸۶). دانشجویان هر کشور، هوشمندترین و مستعدترین قشر آن کشور هستند و ضمانت‌گر سازندگی و بالندگی فردای آن دیارند؛ و سلامت روحی و جسمی تک تک آنان؛ منشأ اثر بسیار مهمی در آینده‌ی آن کشور خواهد بود. ورود به دانشگاه می‌تواند یکی از مهمترین مراحل تغییرات و دوره‌های گذار در زندگی جوانان باشد. افراد در این دوره با چالش‌های جدیدی در تحلیل، روابط اجتماعی و دیگر زمینه‌های ممکن مواجه می‌شوند. این تغییر و تحولات منجر به افزایش سطح تنیدگی و مشکلات سازشی و رفتاری در آنها می‌گردد (آزادیکتا، ۱۳۹۶).

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند اختلالات روانی در میان دانشجویان شیوع بالایی دارد (بلانکو، اوکدا و رایت^۱، ۲۰۰۸) و روز به روز هم بر تعداد و هم بر شدت این اختلال‌ها افزوده می‌شود (انجمن آمریکایی بهداشت دانشگاه‌ها^۲، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده در ایران مؤید شیوع بالای اختلالات روانی در بین دانشجویان است. مقدس و اسماعیلی (۱۳۸۵) دریافتند اختلال افسردگی با ۱۸/۵ درصد بیشترین شیوع را در بین دانشجویان دارد. پژوهش امیدیان و ملامعصومی (۱۳۸۵) نشان داد ۲۷/۷ درصد دانشجویان به مشکلات متوسط دچار بودند و ۱۵/۷ درصد مشکلات جدی داشته و به خدمات روانشناسی و روانپزشکی نیاز داشتند. پژوهش‌های پورشریفی، پیروی، طارمیان، زرانی و وقار (۱۳۸۴)، سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی (۱۳۸۶)، و یعقوبی، اکبری زرخانه و وقار (۱۳۸۷) و (۱۳۸۸)، در دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - که می‌توان از آنها به عنوان وسیع‌ترین پژوهش‌های سلامت روان دانشجویی نام برد - به ترتیب میزان شیوع مشکلات سلامت روان را در بین دانشجویان به ترتیب ۱۳/۲ و ۱۳/۵ و ۲۱/۹ و ۱۸/۴ درصد گزارش نموده‌اند. با توجه به آمارها، به نظر می‌رسد که افزایش مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان، نه تنها نگرانی‌ها را در این مورد افزایش داده، بلکه فرصتی را هم که دانشجویان برای تحصیل کسب کردند، نیز آنها گرفته است. بنابراین، موضوع سلامت روانی دانشجویان مسأله‌ای است حیاتی که امروزه چالش‌های اساسی برانگیخته است (کادیسون و دیگران^۳، ۲۰۰۴؛ اسنایدر^۴، ۲۰۰۴). وجود اختلالات روانشناختی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان اثر گذاشته و رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی آنان را مختل می‌کند. این دانشجویان غالباً مشکلات شایع مرتبط با تحصیل از قبیل مشکلات تمرکز، حواس‌پرتی، رفتار نامتناسب، فقدان مهارت‌های اجتماعی و اضطراب مفرط را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، مشکلات روانی در دانشجویان منجر به اختلال در انجام تکالیف درسی، کاهش انگیزه، اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می‌شود بخش قابل توجهی از نیروهای فکری خود را به جای صرف فعالیت در امور درسی و آموزشی در برخورد با چنین مشکلاتی هدر دهند (توکلی‌زاده و خدادادی، ۱۳۸۹).

در این بین، به اعتقاد روان‌شناسان عنصر حیاتی برای بهزیستی ذهنی و زندگی سالم و مفرح، دنبال کردن اهداف ارزشمند است (بردار، ریجاویک و میلجکویک^۵، ۲۰۰۹؛ کینگ، هیکس، کرول و دلگاویز^۶، ۲۰۰۶؛ فلدمن و اسنایدر^۷، ۲۰۰۵). انتخاب هدف در دوره جوانی خیلی مهم است و جوانان برای رسیدن به اهداف انتخابی، زمان و انرژی زیادی صرف می‌کنند. اگر چه داشتن هدف و تلاش برای رسیدن به اهداف، باعث حس شادی و نشاط در فرد می‌شود؛ ولی پرسش مهم این است که آیا دنبال کردن هر هدفی باعث

1. Blanco, Okuda & Wright

2. American College Health Association

3. Kadison & Digeronimo

4. Snyder

5. Brdar, Rijavec & Miljković

6. King, Hicks, Krull & Del Gaiso

7. Feldman & Snyder

سلامت ذهنی و رضایتمندی می‌شود؟ و آیا بدون توجه به میزان درآمد، نوع اهداف می‌تواند بر سطح بهزیستی افراد تأثیرگذار باشد؟ (سیرجی^۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از گرجی، ۱۳۹۱). مطالعات انجام شده در نظریه خودمختاری نشان داده است نوع اهداف و نه صرفاً دستیابی به آنها، با پیامدهای مثبت و منفی روانشناختی همراه هستند (سبزه آرای لنگرودی، سرافراز و قربانی، ۱۳۹۴).

در حوزه روانشناسی نظریه انگیزشی «خودمختاری»^۲ دسی و رایان (۱۹۸۵، ۱۹۹۱، به نقل از گروزت، کاسر، آهوویا، دالز، کیم^۳ و همکاران، ۲۰۰۵) به تبیین اهداف زندگی جوانان پرداخته است. نظریه خودمختاری ارزش‌های مورد تأکید در رویای آمریکایی^۴ و فلسفه لذت‌گرایی^۵ را به عنوان دفاع‌هایی در مقابل با ناامنی‌های روانشناختی مطرح کرده است (کاسر و رایان^۶، ۱۹۹۶). در واقع، نظریه خودمختاری با توجه به زیربنای نظری خود در زمینه ذات انسان، نیازهای روان‌شناختی بنیادین (ارتباط، خودپیروی و شایستگی) و انواع نظم‌بخشی‌های رفتاری حاصل از ارضاء آنها و حتی تمامی اهداف یا آرزوهایی که انسان‌ها ارزش‌گذاری و پیگیری می‌کنند را همخوان با ذات عامل و فعال انسان ندانسته و از این‌رو، توجه صرف بر نیل به اهداف را کافی نمی‌داند. در واقع این نظریه میان اهداف و ارزش‌ها با توجه به محتوا و فرآیند اکتساب آنها تفاوت قائل است.

حال با توجه به نکات مذکور، اهداف شخصی افراد که در نظریه خودمختاری به دو دسته ذاتی و بیرونی تقسیم‌بندی شده‌اند (کاسر و رایان، ۲۰۰۱) نیز پیگیری اهداف به دلایل یا انگیزش‌های خودپیرو (انگیزش‌های ذاتی، همسان‌سازی شده، انسجام یافته) و غیرخودپیرو (انگیزش‌های بیرونی و درون‌فکنی شده) را توصیف می‌کنند. اهداف ذاتی^۷ (رشد شخصی یا خودپذیری^۸، ارتباط یا پیوندجویی^۹، همکاری اجتماعی یا احساس اجتماعی^{۱۰} و حفظ سلامتی)، اغلب رفتارها و اهدافی را در بر می‌گیرند که به دلیل حمایت محیط از ارضاء نامشروط نیازهای بنیادین، به واسطه ارضاء نیازهای روانی برای شایسته بودن، ارتباط صمیمی با دیگران داشتن و انجام رفتارهای مورد علاقه و تأیید خود، ارزش‌گذاری و پیگیری می‌شوند. در مقابل اهداف بیرونی^{۱۱} (شهرت^{۱۲}، ثروت^{۱۳} و ظاهر یا جذابیت فیزیکی^{۱۴}) اغلب رفتارها و اهدافی را شامل می‌شوند که بنابر اجبار و فشارهای بیرونی و درونی دنبال می‌شوند (کاسر و رایان، ۱۹۹۶). از اهداف بیرونی، تحت عنوان «آرزوهای مادی» یا «رؤیاهای آمریکایی» نیز یاد می‌شود (ساگیف^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۴).

در ادامه گروزت و همکاران (۲۰۰۵) جهت تعمیم بیشتر اهداف ذاتی و بیرونی در فرهنگ‌هایی با تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی، شناسایی تمایزات بیشتر میان اهداف ذاتی و بیرونی و شناسایی اهداف و ابعاد ورای هفت هدف و دو بعد ذاتی و بیرونی، با مطالعه بر ۱۸۵۴ دانشجوی از ۱۵ فرهنگ متفاوت، علاوه بر تأیید ابعاد ذاتی و بیرونی اهداف که پیش از این مطرح شده بود، بعد دو قطبی دیگری از اهداف را با عنوان اهداف تعالی‌خود^{۱۶} در برابر اهداف خودجسمانی^{۱۷} مطرح کردند که چهار هدف هم‌نوایی^{۱۸}، لذت‌جویی^۱، ایمنی^۲ و

1. Sirgy

2. self-determination

3. Grouzet, Kasser, Ahuvia, Fernandez-Dols, Kim

4. American dream

5. Hedonism

6. Kasser & Ryan

7. Intrinsic

8. Personal growth or self-acceptance

9. Relatedness or affiliation

10. Community contribution or community feeling

11. Extrinsic

12. Fame

13. Wealth

14. image or physical attractiveness

15. Sagiv

16. Self-transcendence

17. Physical-self

18. Conformity

و معنویت^۳ را شامل می‌شود. در مطالعه آنها این یازده هدف در ساختاری مدور به طور یکسانی در کشورهای فقیر و غنی به دست آمدند. به این صورت که آرزوی همکاری اجتماعی علاوه بر قرار گرفتن در بعد ذاتی، گرایش را به بعد تعالی خود نشان داد. در حالی که دو هدف سلامتی و موفقیت مالی علاوه بر قرارگیری در بعد ذاتی و بیرونی گرایش را به بُعد خودجسمانی نشان دادند. در میان چهار هدف جدید نیز هدف معنویت در بعد تعالی خود و هدف لذت‌جویی در بعد خودجسمانی قرار گرفت، هدف ایمنی نیز گرایش را به ابعاد ذاتی و خودجسمانی نشان داد و هدف همنوایی نیز گرایش را به ابعاد بیرونی و تعالی خود نشان داد.

دو بُعد عمودی درونی در مقایسه با بیرونی و تعالی خود در مقایسه با خودجسمانی، روشی جالب و شهودی برای طبقه‌بندی و فهم ماهیت و انواع مختلف اهداف بشر فراهم می‌کنند. اهداف معنوی، به وضوح، اهداف تعالی خود هستند و مربوط به مسائل کلی جهانی در خارج از خودجسمانی 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 هم چنین می‌تواند از طریق ترس مجازات و جرم تحریک شود (رایان، ریگی و کینگ^۴، ۱۹۹۳). احساس اجتماعی که دارای یک کیفیت تعالی خود است، مربوط به رفاه جامعه و نسل‌های آینده است ولی درونی است چون اغلب، نیازهای ارتباط و صلاحیت و خودمختاری را اغنا می‌کند. پذیرش خود و پیوندجویی، از لحاظ ماهیت، به وضوح درونی‌اند چون ارتباط بسیار مستقیمی با ارضاء نیازهای ذاتی روان‌شناختی دارند؛ ولی در جایی بین اهداف خودجسمانی و تعالی خود قرار دارند. چون در اصل مربوط به این مواردند: حوزه روان‌شناختی - شخصی نفس (فروید^۵، ۱۹۶۰، به نقل از گروزت^۶ و همکاران، ۲۰۰۵)، خود مادی - اجتماعی، یا خویشن‌های منطقی و فردی (برور و گاردنر^۷، ۱۹۹۶، به نقل از گروزت و همکاران، ۲۰۰۵). سلامت فیزیکی و امنیت نیز اهداف درونی‌اند چون همه افراد نیاز به احساس امنیت و سلامت دارند (بالی^۸، ۲۰۰۹)؛ 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 اگرچه 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 است که تحریک کننده اضطرابند (بومیستر^۹، ۱۹۹۱)، نشان می‌دهد که لذت‌جویی، از لحاظ ماهیت، نه درونی ذاتی و نه بیرونی ذاتی است (وینهوون^{۱۰}، ۲۰۰۳). موفقیت مالی، با تمرکز بر هدایا و مقام اجتماعی، یک هدف بیرونی است ولی در صورت مورد زیر، دارای طعم فیزیکی می‌شود: اگر این پول برای تضمین بقا و خرید لذت‌های زودگذر و آنی 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، همنوایی، ترکیبی از این ۲ مورد است: نگرانی‌های بیرونی برای تطبیق با سلائق دیگران - نگرانی خودبرتری برای چیزی که خارج از خود فرد است (یعنی جامعه). محتوای اهداف بدون تردید می‌تواند پیش‌بینی کننده مهمی در زمینه علائق و جهت‌گیری‌های آینده افراد باشد (گروزت و همکاران، ۲۰۰۵).

مطالعات انجام‌شده در این نظریه در سطوح مختلف فرهنگی، اقتصادی، سنی و جنسیتی نشان داده است که پیگیری و ارزش‌گذاری محوری اهداف بیرونی با بهزیستی و سلامت روان‌شناختی پایین و در مقابل، ارزش‌گذاری اهداف ذاتی با پیامدهای مثبت روانشناختی همراه است (کاسر، ۱۹۹۶). برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اهداف بیرونی، هم به جهت محتوای مورد تأکیدشان

1. Hedonism

2. Safety

3. Spirituality

4. Ryan, Rigby & King

5. Freud

6. Grouzet

7. Brown & Gsrder

8. Bowlby

9. Baumeister

10. Veenhoven

که به دور از نیازهای سه گانه روان‌شناختی هست، و هم به جهت فرآیند اکتساب غیرخودمختارشان (انگیزش‌های بیرونی^۱ و درون‌فکنی شده^۲) مانع از رشد بهزیستی و انسجام شخصیت خواهند شد (هوپ، هولدینگ، ویرنر-فیلیون، مارتوس و رایان^۳، ۲۰۱۹؛ دریز، میوس و ونستینکست^۴، ۲۰۱۲؛ وریستوی، ونستینکست و سننز^۵، ۲۰۱۲؛ آوریچ، وب، اسپریک، مکوهینی، هو، زو و یائ^۶، هندرسن-کینگ و میچل^۷، ۲۰۱۱). در مقابل، آرزوهای درونی، هم به جهت محتوای مورد تأکیدشان و هم به جهت فرآیند اکتساب خودمختارشان (انگیزش‌های ذاتی، همسانسازی شده و انسجام یافته)، رضایت از زندگی، سلامت روانی، ارضاء نیازهای درونی و بهزیستی را باعث می‌گردند (برادشاو^۸، ۲۰۱۹؛ زانگ، چن، چن، و اسپلگل^۹، ۲۰۱۹؛ مارتلا، برادشاو و رایان^{۱۰}، ۲۰۱۹؛ نیشی‌مورا و سوزوکی^{۱۱}، ۲۰۱۶؛ شلدن، گونز، نیکولس و فرگوسن^{۱۲}، ۲۰۱۰؛ مارتوس و کپ^{۱۳}، ۲۰۱۱).

به اعتقاد کاسر و رایان (۲۰۰۱) در اولویت بودن اهداف و آرزوهای درونی، باعث نشاط و خودشکوفایی بیشتر و علائم جسمانی و افسردگی کمتر در افراد؛ اما در اولویت بودن اهداف بیرونی، باعث نشاط و خودشکوفایی کمتر و علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی بیشتر در افراد خواهد شد. در واقع، اهداف بیرونی، اساس بهزیستی را متزلزل می‌کند (ساگیو و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افراد با آرزوها و اهداف بیرونی قوی مشکلات بیشتری را در راه رسیدن به نیازهایشان در زمینه‌های دلبستگی، استقلال و کفایت داشته‌اند (کاسر، رایان، کوچمن و شلدون^{۱۴}، ۲۰۰۴). موفقیت اقتصادی و شهرت به طور معمول اهداف و آرزوهای بیرونی هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که این دو نوع هدف (درونی و بیرونی) از طرق گوناگون به بهزیستی فردی، رفتار اجتماعی و فعالیت‌های مربوط به روش و مهارت‌های زندگی مربوط می‌گردند (ساندرس و مانرو^{۱۵}، ۲۰۰۰). اختلال در تصویر بدنی عامل خطری برای مشکلات روان‌شناختی و مرتبط با سلامت محسوب می‌شود (گیلن و مارکی^{۱۶}، ۲۰۱۶؛ لایوس، کاستا و آلمیدا^{۱۷}، ۲۰۱۵)؛ همچنان که تصویر بدنی مثبت پیامدهای مثبت برای سلامت و بهزیستی افراد دارد (گیلن، ۲۰۱۵). شاتبی و کریمی (۲۰۱۵)؛ به نقل از حسینی، کربلایی، میگونی و گرامی‌پور، ۱۳۹۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند افزایش رضایت از تصویر بدن می‌تواند باورهای غیرمنطقی را کاهش دهد. همچنین رضایت کمتر و منفی‌تر از تصویر بدنی با افکار غیرمنطقی بالاتر همبسته است. 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 سلامت 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^{۱۸}، ۱۹۹۹).

1. external motivation

2. introjection

3. Hope, Holding, Verner-Filion, Sheldon & Koestner

4. Duriez, Meeus & Vansteenkiste

5. Verstuyf, Vansteenkiste & Soenens

6. Auerbach, Webb, Schreck, McWhinnie, Ho, Zhu & Yao

7. Henderson-King & Mitchell

8. Bradshaw

9. Zhang, Chen, Chen & Schlegel

10. Martela, Bradshaw, & Ryan

11. Nishimura & Suzuki

12. Sheldon, Gunz, Nichols & Ferguson

13. Martos & Kopp

14. Kasser, Ryan, Couchman & Sheldon

15. Saunders & Munro

16. Gillen & Markey

17. Laus Costa & Almeida

18. Myers

نتایج حاصل از مطالعات طولی هالیچ و جیبرت^۱ (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند احساس بهزیستی 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 همین طور قادرند از اهدافی که منجر به آسیب‌های روانشناختی می‌گردد اجتناب کنند (ککس و کلینگر^۲، ۲۰۱۱). لیوت، اندرو، تراش و تود^۳ (۲۰۰۲) نتیجه گرفتند که بین خلق و خوی گرایشی و تجربه هیجانات مثبت و فعال بودن در تعقیب هدف و همین طور خلق و خوی اجتنابی و رفتارهای روان نژند، تجربه هیجانات منفی و منفعل بودن در تعقیب هدف همبستگی قوی وجود دارد. لذا برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء سطح سلامت دانشجویان که خود سبب‌ساز بهبود وضعیت محیط‌های آموزشی می‌باشد بایستی به وضعیت هدف‌گذاری آنها نیز توجه نمود.

از سوی دیگر روان‌شناسان سلامت بر این باورند که باورهای افراد نقش محوری و معناداری در سلامت جسمانی و روانی دارد. از نظر الیس (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. باورها می‌توانند منطقی و غیرمنطقی باشند. باورهای منطقی باورهایی هستند که مطلوب، مفید و انعطاف‌پذیرند. این باورها بر پایه واقعیت شکل گرفته‌اند و در عمل تأیید شده‌اند. باورهای غیرمنطقی افکار و عقایدی هستند که با واقعیت سازگار نیستند و بر پایه سوءظن و نظرات شخصی شکل گرفته‌اند. این باورها با اجبار، التزام و مطلق‌گرایی همراه هستند (حمیدی و شیرازی مطلق، ۲۰۱۰). باورهای غیرمنطقی شامل «ضرورت تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل‌مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مسایل، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی» می‌شوند. این گونه باورها در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم و اندوه، خصومت و افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند (فیاض و کیانی، ۱۳۸۷). تحقیقات نیز به تأثیر افزایش سطح باورهای غیرمنطقی بر کاهش سلامت روانی تأکید داشته‌اند (معلمی، ۱۳۸۹؛ جبین^۴، ۲۰۱۴؛ بارلو و دوراند^۵، ۲۰۰۹؛ گوردون، فلت، هویت و بلانکستاین^۶، ۲۰۰۸). به عبارتی دیگر، با وجود افکار غیرمنطقی، افراد برای مقابله با جهان راه‌هایی منفی در پیش می‌گیرند که همین امر موجب سلامت ضعیف در افراد می‌شود که حاکی از ارتباط بین افکار غیرمنطقی با سلامت است (ابنیکار، نیر و رام^۷، ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان گفت یکی از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت روانی که تحت تأثیر اهداف و آرزوهای زندگی هست، باورهای غیرمنطقی می‌باشد.

اما پژوهشگران تردید دارند که ارتباط مثبت بین اهداف درونی و بهزیستی و ارتباط منفی بین اهداف بیرونی و بهزیستی که اکثراً در کشورهای ثروتمند مشاهده شده را به کشورهای کمتر توسعه یافته تعمیم دهند. بردار و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند در کشورهای فقیری چون کرواسی، دستیابی به اهداف بیرونی باعث بهبود بهزیستی می‌گردد؛ زیرا موفقیت اقتصادی (ثروت) در کشورهای فقیر ممکن است به معنی ارضای نیاز و توانایی رشد شخصی باشد.

کاسر و همکاران (۱۹۹۶) بیان می‌کنند که وابستگی به مادیات ممکن است در انسان‌ها به عنوان یک روش احساس امنیت باشد. از این‌رو، می‌تواند توضیحی برای اهمیت نسبی اهداف بیرونی برای بهزیستی در کشورهای در حال توسعه باشد. بر این اساس بحران اقتصادی می‌تواند مادی‌گرایی را افزایش دهد، بنابراین افراد احساس ناامنی می‌کنند و این احساس را با تمرکز بر اهداف مادی‌گرایانه

1. Halisch & Geppert

2. Cox & Klinger

3. Elliot, Andrew, Thrash & Todd

4. Jibeon

5. Barlow & Durand

6. Gordon, Flet, Hewitt & Blankstein

7. Abhyankar, Nair & Ram

جبران می‌کنند (به نقل از بردار و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین افرادی که در کشورهایی از لحاظ اقتصادی توسعه یافته زندگی می‌کنند آزادی انتخاب بیشتری در زندگی‌شان دارند، بنابراین می‌توانند دلایل بیشتری برای بهزیستی ذهنی بالاتر داشته باشند (اینگلهارت^۱، ۲۰۱۰). علاوه بر وضعیت اقتصادی، آزادی انتخاب و سطح رشدی، یک دلیل دیگر بر اهمیت اهداف درونی و بیرونی فرهنگ است. به نظر می‌رسد فرهنگ‌های فردگرا به افراد اجازه می‌دهد که خودشان سبک زندگی‌شان را بر اساس ترجیحات و نگرش‌های خود انتخاب کنند (وینهون^۲، ۲۰۰۳). همچنین آنها در دنبال کردن اهداف، آزادتر هستند و خود ذاتی فرد نسبت به تأیید گرفتن از دیگران با اهمیت است اما در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیا و به ویژه شرق آسیا اهداف شخصی افراد به اهداف جمع وابسته است (وونگ و آهویا^۳، ۱۹۹۹). فرهنگ‌های جمع‌گرا ضرورتاً به دنبال ظاهر، محترم شمرده شدن، افتخار و تصویر بدنی هستند (مینکو^۴، ۲۰۰۹). در رابطه با اهداف زندگی و بهزیستی و رضایتمندی از زندگی متغیرهای بسیاری می‌توانند نقش واسطه داشته باشند که نمی‌توان نقش فرهنگ و رضایت اقتصادی را نادیده بگیریم. علاوه بر این، امروزه نهادهای جدیدی مانند مدارس، رسانه‌های جمعی، دانشگاه‌ها و ... در کنار نهاد قدیمی خانواده هر یک ارزشی خاص را اشاعه می‌دهند و این امر سبب نامتجانسی در ارزش‌ها و اهداف انتخابی زندگی افراد جامعه به ویژه قشر دانشجو می‌شوند. بنابراین با توجه به موارد فوق، ضروری است به بررسی پدیده اهداف و آرزوهای زندگی و تأثیر آن بر باورهای غیرمنطقی و سلامت روانی پرداخت، چرا که به نظر می‌رسد سنجش آرزوها می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی را تبیین کند. این پژوهش سعی دارد این خلأ موجود در این زمینه را پر نماید. بر این اساس، با توجه به محدود بودن پژوهش‌های انجام شده در این حوزه و در نتیجه عدم امکان تعمیم‌دهی نتایج در سطح وسیع، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل ساختاری فرض شده در مورد سلامت روانی، با توجه به ویژگی‌های دانشجویان با داده‌ها برازش دارد یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی و جامعه آماری در این تحقیق شامل تمام دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران بودند. برای انتخاب گروه نمونه، با توجه به نظر لوهلین و بیاوجیان^۵ (۲۰۱۶) در ازای هر متغیر ۱۵ نفر نمونه (در مجموع ۲۵۰ نفر) در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ابزارهای پژوهش بر روی آنها اجرا شد. پس از پالایش اولیه داده‌ها و حذف نمونه‌های مخدوش و ناقص شامل داده‌های گم شده، در نهایت ۲۱۶ نفر تجزیه و تحلیل شد؛ لذا نرخ تکمیل ۸۶ درصد است. ۹۶ نفر مرد (۴۴٪) و ۱۲۰ نفر آنها زن (۵۶٪) بودند و ۱۱۰ نفر (۵۱٪) دانشجوی کارشناسی (۳۷ مرد، ۷۳ زن) و ۱۰۶ نفر (۴۹٪) دانشجوی کارشناسی ارشد (۵۹ مرد، ۴۷ زن) بودند.

ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش در قالب یک بسته شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و گویه‌های پرسشنامه تهیه شد. سپس با مراجعه به کلاس‌ها و با استفاده از وقت اضافی و فرصت آزاد دانشجویان، پرسشنامه‌های تحقیق در اختیار دانشجویان قرار گرفت و در همان جلسه پرسشنامه‌ها پس از تکمیل جمع‌آوری شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش، شامل بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و توضیح داده شد که در صورت تمایل به اطلاع از نتیجه تحقیق، آدرس پست الکترونیکی خود را در محل مشخص شده درج نمایند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تحصیل

¹ . Inglehart

² . Veenhoven

³ . Wong & Ahuvia

⁴ . Minkov

⁵ . Loehlin & Beaujean

در دانشگاه علامه طباطبایی و تمایل داشتن جهت مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن به همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص یا نامعتبر بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی)، همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. از آن جا که در تحلیل معادلات ساختاری شاخص‌های زیادی برای سنجش برازندگی مدل وجود دارد در این پژوهش، از روش حداکثر احتمال برای برآورد مدل و از پنج شاخص مطلق یعنی مجذور خی (X^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/DF)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده ($AGFI$) و ریشه میانگین مجزورات خطای تقریب ($RMSEA$)، و سه شاخص نسبی یعنی شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص توکر-لوپس (TLI) و برازندگی هنجار شده بنتلر- بانن (NFI) استفاده شد. ملاک‌های GFI ، CFI ، TLI و NFI شاخص‌هایی‌اند که بین ۰ تا ۱ گسترده‌اند و هرچه به یک نزدیک‌تر باشند بهتر است و مطلوب است تا بزرگتر از ۰/۹۰ باشند. ملاک X^2 عدم معناداری می‌باشد، ولی به دلیل حساسیت زیاد به حجم نمونه معناداری آن قابل انتظار است و در صورت معناداری بهتر است به شاخص X^2/DF رجوع شود. مطلوب است این شاخص زیر ۳ باشد. ملاک $RMSEA$ که مهمترین شاخص برازش محسوب می‌شود در سه سطح در نظر گرفته شده است: ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ قابل قبول، ۰/۰۶ تا ۰/۰۸ مطلوب و زیر ۰/۰۶ عالی محسوب می‌گردد (کلین^۱، ۲۰۱۵). برای بررسی روابط غیرمستقیم مسیره‌ها از روش بوت استرپ^۲ استفاده شد. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی ($SPSS$) و ویراست ۲۲ و نرم افزار آموس ($AMOS$) ۲۴ انجام شدند.

ابزارهای پژوهش

شاخص آرزو گروزی و همکاران (۲۰۰۵): این نسخه از نمایه‌ی آرزو مبتنی بر نسخه‌های اولیه (کاسر و رایان، ۱۹۹۳، ۱۹۹۶؛ سبزه‌آرای لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۴) و دارای ۴۷ ماده و پاسخ دهنده با ۱۱ آرزو در ۲ بعد آرزوهای ذاتی- بیرونی و آرزوهای تعالی‌خود- خودجسمانی مواجه می‌شود و می‌بایست میران اهمیت و شانس دستیابی به هر هدف را بر مقیاسی ۹ درجه‌ای (۱=اصلا، ۹=به شدت) ارزیابی کند. در مطالعه‌ی گروزی و همکاران (۲۰۰۵)، میانگین و میانه‌ی آلفای کرونباخ عوامل در ۱۵ کشور به ترتیب در موفقیت مالی ۰/۸۴ و ۰/۸۳، زیبایی ۰/۷۴ و ۰/۷۶، همنوایی ۰/۶۷ و ۰/۶۲، شهرت ۰/۷۳ و ۰/۷۱، خودپذیری ۰/۷۹ و ۰/۷۳، پیوندجویی ۰/۸۱ و ۰/۷۵، احساس اجتماعی ۰/۷۵ و ۰/۷۱، سلامت جسمانی ۰/۷۲ و ۰/۷۴، لذت‌جویی ۰/۷۰ و ۰/۷۲، امنیت ۰/۷۱ و ۰/۷۰ و معنویت ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به دست آمد. در مطالعه سبزه‌آرای لنگرودی، فرگوسن، سرافراز و محمدی (۲۰۱۴) علاوه بر بررسی ساختار عاملی و روایی همگرا و واگرایی نمایه در فرهنگ ایرانی، همسانی درونی اهمیت، احتمال دستیابی و میزان دستیابی به آرزوهای ذاتی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ و اهمیت، احتمال دستیابی و میزان دستیابی به آرزوهای بیرونی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ گزارش شد. همچنین داخل کشور کارشکی، گراوند و دهقانی نیشابوری (۱۳۹۱) پرسشنامه مذکور را پس از ترجمه و احراز روایی محتوایی و مناسبت فرهنگی، زبانی و روان‌شناختی اجرا کردند. پایایی سوالات را با استفاده از روش آلفای کرونباخ مناسب گزارش کردند و همچنین برای روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند که شاخص‌های ذکر شده حاکی از روایی سازه عاملی مناسب ابزار است ($\chi^2=185.092, df=815, RMSEA=0.09, NFI=0.95, NNFI=0.93$). در این مطالعه، ابعاد آرزوهای سالم (پذیرش خود، پیوندجویی، احساس اجتماعی، سلامت جسمانی، معنویت، امنیت) و آرزوهای ناسالم (موفقیت مالی یا ثروت، جذابیت فیزیکی، شهرت اجتماعی، همنوایی و لذت‌جویی) مورد استفاده قرار گرفتند. همسانی درونی کل آرزوهای سالم ۰/۸۹ و کل آرزوهای ناسالم ۰/۸۴ بدست آمد.

1. Kline

2. Bootstrap

پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیر منطقی اهواز (4 IBT - A): عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیر منطقی اهواز (4 IBT - A) را که دارای ۴۰ سوال می باشد از روی پرسشنامه ۱۰ عاملی باورهای غیر منطقی جونز (۱۹۶۹) به روش تحلیل عوامل ساختند. روش نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می باشد. عامل درماندگی برابر تغییر شامل سوالات (۱ تا ۱۵)، توقع تأیید دیگران (۱۶ تا ۲۵)؛ اجتناب از مشکل (۲۶ تا ۳۰) و بی مسئولیتی هیجانی (۳۱ تا ۴۰) می باشد. عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) برای بررسی دقیق تر پایایی ضریب آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ و روش تنصیف استفاده کردند که به ترتیب برای کل مقیاس، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و خرده عاملهای درماندگی برابر تغییر، ۰/۸۰ و ۰/۸۲؛ توقع تأیید دیگران، ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل، ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ بی مسئولیتی هیجانی، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای باورهای غیرمنطقی ۰/۹۲ بدست آمد که نتایج حاکی از پایایی پرسشنامه می باشد.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ - 28): پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) دارای ۲۸ سؤال ۴ گزینه‌ای (۰-۱-۲-۳) در چهار حیطه‌ی نشانه‌های جسمانی (سوالات ۱ تا ۷)، اضطراب (سوالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در عملکرد اجتماعی (سوالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سوالات ۲۲ تا ۲۸) است. دامنه نمره کسب شده از ۰ تا ۸۴ می باشد؛ که در این پژوهش نمره بالا بیانگر داشتن سلامت عمومی و نمره پایین بیانگر وجود بیماری می باشد. چیونگ و اسپیرز^۲ (۱۹۹۴) ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی به روش بازآزمایی را ۰/۴۷ گزارش کرده است که در سطح $p < 0.05$ معنادار است. علاوه بر این، ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بد کارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۵ گزارش شده است. مولوی (۱۳۸۳) اعتبار و پایایی بازآزمایی این آزمون را ۰/۸۶ گزارش کرده است. پژوهشگران اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را بارها مورد تأیید قرار دادند و گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آمد که نتایج حاکی از پایایی پرسشنامه می باشد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی، ماتریس همبستگی صفر مرتبه و ضرایب آلفای کرونباخ در جدول ۱، ارائه شده است. یافته‌ها نشان می دهد، بین کل شاخص آرزوهای سالم و خرده مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط و احساس اجتماعی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0.01$)؛ اما بین خرده مؤلفه‌های معنویت، امنیت و سلامت جسمانی با سلامت روان رابطه معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). بین کل شاخص آرزوهای ناسالم و خرده مؤلفه‌های آن با سلامت روان رابطه معناداری به دست نیامد ($p > 0.05$). بین کل شاخص آرزوهای سالم و خرده مؤلفه‌های آن فقط خرده مؤلفه امنیت با باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری داشت ($p < 0.05$). بین کل شاخص آرزوهای ناسالم و خرده مؤلفه‌های شهرت، جذابیت بدنی و همنوایی با باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری مشاهده شد ($p < 0.01$)، اما بین خرده مؤلفه‌های ثروت و لذت‌جویی با باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). همچنین بین باورهای غیرمنطقی و سلامت روانی رابطه منفی و معنادار بود ($p < 0.01$). برای آزمون مدل فرضی، پیش فرض‌های آماری بررسی شد. نتایج نشان داد متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ بودند و لذا بر اساس نظر کلاین (۲۰۱۵) تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. دو شاخص آماره تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ برای تعیین میزان همپوشی متغیرهای برونزا محاسبه شد کلیه این ضرایب در سطح قابل قبولی بودند. بطوریکه شاخص تحمل برای تمام

1. Goldberg & Hiller

2. Chiong & Spirese

3. Tolerance

4. Variance inflation factor (VIF)

متغیرهای پیش‌بین کوچکتر از ۰/۵۲۹، و شاخص تورم واریانس کوچکتر از ۲/۹۱ بدست آمد. اگر شاخص تحمل کوچکتر از یک و شاخص تورم کوچکتر از ده باشد، می‌توان گفت که از مفروضه‌های رگرسیون تخطی صورت نگرفته است. یافته‌ها نشان داد که مدل اولیه از برازندگی لازم برخوردار نیست. شاخص‌های برازندگی این مدل در جدول ۲، گزارش شده‌اند.

جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. آرزوهای سالم	۱			
۲. آرزوهای ناسالم	۰/۶۶*	۱		
۳. باورهای غیرمنطقی	۰/۳۴*	۰/۴۳*	۱	
۴. سلامت روان	۰/۳۲**	۰/۲۰*	۰/۶۱*	۱
میانگین	۷/۶۳	۶/۸۵	۲/۷۱	۲/۰۶
انحراف استاندارد	۰/۹۶۸	۱/۱۵	۰/۵۳۴	۰/۴۴۲
کجی	-۱/۱۷	-۰/۵۲۹	-۰/۰۸	-۰/۷۹۲
کشیدگی	۱/۳۶	-۰/۳۱۹	۰/۵۱۲	-۰/۸۶۹

* $p < 0.01$ ** $p < 0.05$

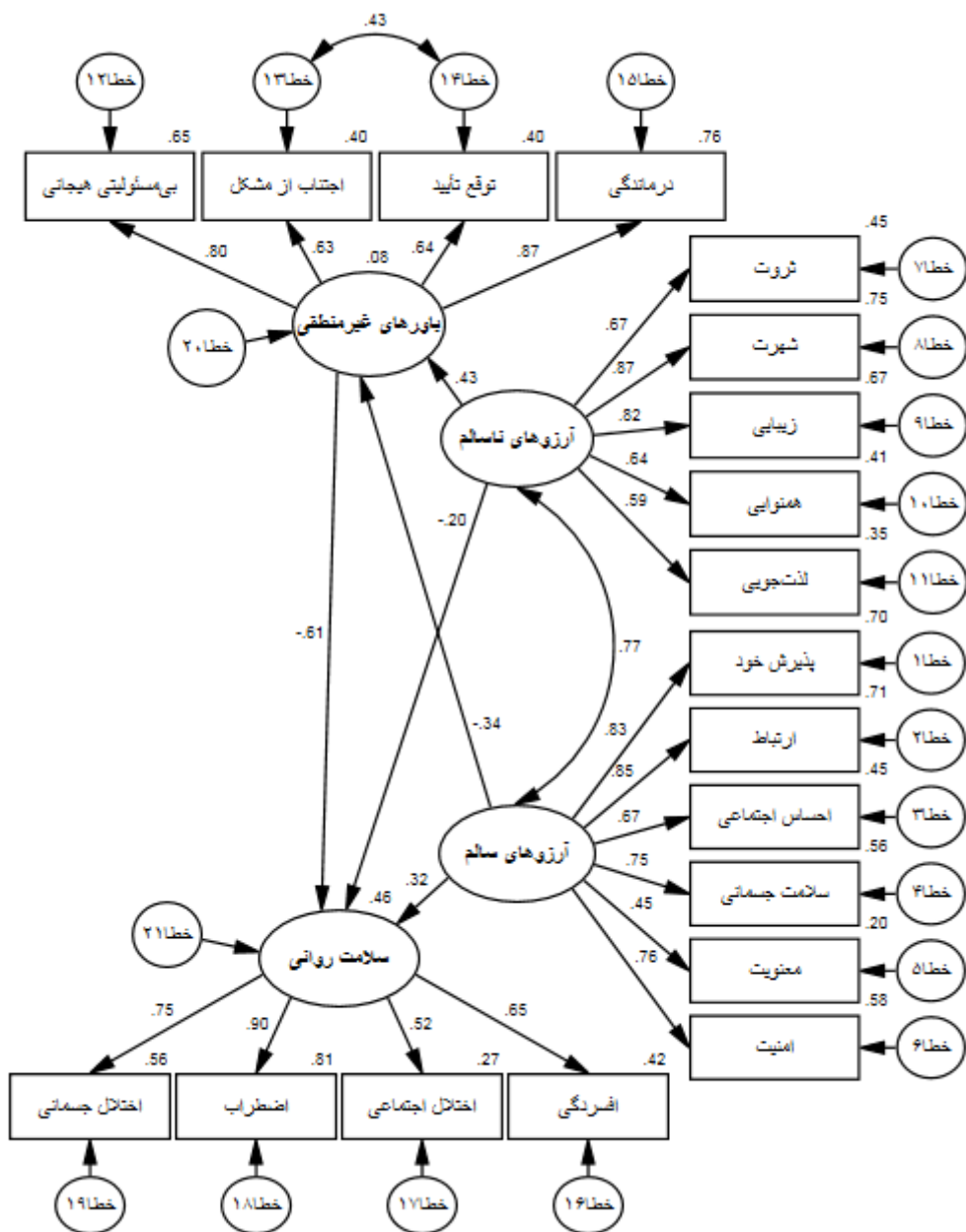
جدول (۲) شاخص‌های برازندگی مدل اولیه و نهایی

شاخص	χ^2	Df	P	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	TLI
اولیه	۵۳۴/۱	۱۴۷	۰/۰۰۱	۳/۶۳	۰/۱۱۱	۰/۸۰	۰/۷۵	۰/۸۲	۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۷۸
نهایی	۳۷۷/۷۶	۱۴۵	۰/۰۰۱	۲/۵۹	۰/۰۸۶	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۱

پس از اجرای مدل معادلات ساختاری، مدل تجربی و قابل استفاده بدست آمد. البته لازم به ذکر است که این مدل اولیه دارای برازش در برخی از شاخص‌ها نبود. از این رو به کمک شاخص‌های اصلاحی^۱ پیشنهادی اقدام به دستکاری مدل شد. بر این اساس، تعدیل‌هایی بر اساس مبانی نظری و تجربی صورت گرفت. به طوری که بین آرزوهای سالم و ناسالم و خرده‌مؤلفه‌های اجتناب از مشکل و توقع تأیید از دیگران روابط دو طرفه برقرار شد. برای تعیین کفایت برازند مدل پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص بتلر-بونت (NFI)، شاخص توکلر-لويس (TLI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و شاخص برازش نسبی (RFI) میزان برازش مدل را مورد بررسی و تأیید قرار داد. همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد الگوی پیشنهادی اصلاح شده با توجه به شاخص‌های برازندگی دارای برازشی خیلی خوب است.

^۱ . Modification indices

مدل ساختاری مورد آزمون و مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش در شکل ۱ آمده است.



شکل (۱) مدل نهایی آزمون شده تأثیرگذاری آرزوهای سالم و ناسالم بر سلامت روانی با میانجی‌گری باورهای غیرمنطقی در دانشجویان

در جدول ۳ ضرایب اثر مستقیم و سطح معناداری بین متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول (۳) برآوردهای مربوط به تأثیرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب تعیین	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری	فرضیه
آرزوهای سالم	←	باورهای غیرمنطقی	۰/۰۹	-۰/۲۱۲	-۰/۳۴	-۲/۳۶	۰/۰۱۸	تأیید
آرزوهای ناسالم	←	باورهای غیرمنطقی		۰/۲۳۶	۰/۴۳	۲/۹۴	۰/۰۰۳	تأیید
آرزوهای سالم	←	باورهای غیرمنطقی		۰/۱۶	۰/۳۲	۲/۵۲	۰/۰۱۱	تأیید
آرزوهای ناسالم	←	سلامت روانی	۰/۴۶	-۰/۰۸۹	-۰/۲۰	-۱/۵۹	۰/۱۱۲	رد
باورهای غیرمنطقی	←	باورهای غیرمنطقی		-۰/۴۹۲	-۰/۶۱	-۶/۴۸	۰/۰۰۱	تأیید

همان‌گونه که نتایج شکل ۱ و جدول ۳ نشان می‌دهند، آرزوهای سالم دارای اثر منفی بر باورهای غیرمنطقی است ($P=0/018$)، اما آرزوهای ناسالم دارای اثر مثبتی بر باورهای غیرمنطقی است ($\beta=0/43$, $P=0/001$). آرزوهای سالم دارای اثر مثبتی بر سلامت روانی است ($\beta=0/32$, $P=0/012$)؛ اما آرزوهای ناسالم دارای اثر معناداری بر سلامت روانی نیست ($P=0/112$). همچنین باورهای غیرمنطقی دارای اثر منفی بر سلامت روانی است ($\beta=-0/61$, $P=0/001$) است. برای بررسی سهم واسطه‌گری باورهای غیرمنطقی، در بین آرزوهای سالم و ناسالم و سلامت روانی، از دستور بوت استرپ در ایموس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول (۴) برآورد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت استرپ

مقدار برآورد	مسیر		
	متغیر پیش‌بین	متغیر واسطه	متغیر ملاک
۰/۲۰۵	آرزوهای سالم	باورهای غیرمنطقی	سلامت روانی
-۰/۲۶۱	آرزوهای ناسالم	باورهای غیرمنطقی	سلامت روانی

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، باورهای غیرمنطقی توانست در بین آرزوهای سالم و ناسالم با سلامت روانی نقش واسطه‌ای ایفا نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارائه مدل علی تأثیر آرزوهای سالم و ناسالم بر سلامت روانی با توجه به نقش واسطه‌ای باورهای غیرمنطقی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آرزوهای ناسالم به طور مستقیم بر باورهای غیرمنطقی تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های هوب و همکاران، ۲۰۱۹؛ دسی و رایان، ۲۰۰۰؛ کاسر و رایان، ۱۹۹۶؛ ۲۰۰۱ هماهنگ و همسو می‌باشد. در واقع مطابق با نظریه‌پردازان وجودی (یالوم، ۱۳۹۳؛ کاسر، ۱۹۹۶)، آرزوها و اهدافی که بیشتر از ارضاء نیازهای روانشناختی فرد به واسطه‌ی کسب تأیید و تحسین دیگران ارزش‌گذاری و پیگیری می‌شوند، راهبردهای مقابله‌ای مرثری برای برخورد با اختلالات روانی و دغدغه‌های غایی نیستند. در رابطه با آرزوهای بیرونی شهرت، ثروت و زیبایی، مطالعات نشان داده‌اند که افراد با ارزش‌گذاری بر این آرزوها در ارتباطات بین فردی و اجتماعی خود روابطی کمتر عاشقانه داشته و دوستی‌هایشان را بیشتر پر تعارض و کمتر شاد و مطمئن تجربه

می‌کنند (کاسر و رایان، ۲۰۰۱). آنها ارزش کمتری به رفتارهای نوع‌دوستانه می‌دهند (شوارتز^۱، ۱۹۹۲) و در صورت کمیاب شدن فرصت‌ها بیشتر از اینکه به دوستان خود همکاری کنند، با آنها رقابت می‌کنند (شلدون و همکاران، ۲۰۰۰) و به دلیل تلاش در جهت نشانه‌های بیرونی موفقیت و دغدغه‌ی زیاد به تأیید و نظر دیگران، بیشتر به مقایسه‌های اجتماعی پراسترس می‌پردازند (پاتریک، نیبرس و نی^۲، ۲۰۰۴). هم‌نوایی نیز مطابق با مدل شوارتز (۱۹۹۲) در زمینه ارزش‌های فردی و اجتماعی، از یک سو با ارزش‌های پیوندجویانه رابطه دارد چرا که در مدل وی مجاور با ارزش‌های خیرخواهی (تلاش برای افزایش رفاه اعضای گروه خودی از قبیل دوستان و خانواده) بود اما از آنجا که هم‌نوایی اصولاً برای کسب تحسین و نگرش مثبت دیگران است (کاسر، ۲۰۰۲)، اشتراک زیادی با آرزوهای بیرونی شهرت و زیبایی دارد. آرزوی لذت جویی جنسی و جسمانی نیز آشکارا با بدن ارتباط دارد و تمرکز اصلی آن بر لذت (بیشتر از امنیت) آن را از حیطة‌ی آرزوهای ذاتی خارج می‌کند و از طرفی در بسیاری از مواقع راهی است برای اجتناب از اضطراب (بومیستر، ۱۹۹۱)، هر چند که این کاهندگی اضطراب کوتاه مدت بوده و ناخوشی‌های بعدی را به همراه خواهد داشت (کراکر و ولف^۳، ۲۰۰۱).

بر اساس نظریه خودمختاری، تأکید مداوم محیط (خانواده، دوستان، مدرسه و غیره) بر ارزش‌ها و رفتارهایی معین (برای مثال، زیبایی) و ارضاء نیازهای روانی بنیادین منوط به اجابت و انجام دادن این ارزش‌ها و انتظارات (تحسین و برقراری روابط صمیمانه با افراد زیبا)، سبب می‌شود تا افراد برای به دست آوردن مهربانی‌ها، تأیید و تحسین دیگران و در واقع همان ارضاء نیاز به ارتباط و شایستگی‌شان و اجتناب از ناملايمات رفتاری آنها (تمسخر افراد زشت)، به تبعیت و انجام دادن این انتظارات یا همان اجبارهای بیرونی اقدام کنند (انگیزش بیرونی). از طرف دیگر، با گذشت زمان، این انتظارات و ارزش‌های تأکید شده محیط، به دلیل کمبود حق انتخاب، تعقل، تفکر و شناخت بیشتر به طور جزئی درونی‌سازی می‌شوند و از این پس فرد نه تنها برای کسب پاداش‌های بیرونی یا همان تحسین‌ها و تشویق‌های دیگران به تبعیت از این ارزش‌ها اقدام می‌کند، بلکه برای کسب تأیید درونی و داشتن نگرشی مثبت نسبت به خود یا همان حفظ حرمت خود (داشتن احساس ارزشمندی به هنگام زیبا بودن و برعکس داشتن احساس بد نسبت به خود به هنگام نداشتن جذابیت ظاهری)، به اجابت و ارزش‌گذاری این انتظارات بیرونی اقدام خواهد کرد (انگیزش درون فکنی شده). اما آنچه که در این مسیر از آن غفلت می‌شود، نیاز به خودپیروی یا همان انتخاب و انجام دادن کارها به خواست و اختیار خود فرد است. در واقع از لحظه‌ای که فرد به دلایل بیرونی و درون فکنی شده به ارزش‌گذاری و پیگیری تأکیدات و انتظارات بیرونی اقدام می‌کند، نیاز به خودپیروی را زیرپا می‌گذارد. از اینرو، مطابق با مطالعات انجام شده در نظریه خودمختاری، حتی زمانی که به این ارزش‌ها یا همان آرزوهای بیرونی دست می‌یابد که اغلب به دلایل غیرخودمختار پیگیری می‌شوند. به دلیل زیرپا گذاشتن نیاز به خودپیروی، ارضاء مشروط و نوسان‌دار نیازهای شایستگی و ارتباط و دست یافتن به اهدافی که با نیازهای ذاتی فرد نامرتبط هستند، بهزیستی و سلامت روان را تجربه نخواهد کرد (دسی و رایان، ۲۰۰۰؛ ریان و دسی، ۲۰۰۰؛ کاسر و رایان، ۱۹۹۳، ۱۹۹۶)؛ که نتیجه این امر می‌تواند افزایش باورهای غیرمنطقی باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که آرزوهای سالم به طور مستقیم بر باورهای غیرمنطقی تأثیرگذار است. این یافته تاحدودی با نتایج پژوهش‌های برداشوا، ۲۰۱۹؛ زانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ مارتلا و همکاران، ۲۰۱۹؛ هوپ و همکاران، ۲۰۱۹ و نیشی‌مورا و سوزوکی، ۲۰۱۶ هماهنگ و همسو می‌باشد. آرزوهای سالم (رشد شخصی، ارتباط، احساس اجتماعی، سلامت جسمانی) اغلب رفتارها و اهدافی را در بر می‌گیرند که به دلیل حمایت محیط از ارضاء نامشروط نیازهای بنیادین، به واسطه ارضاء نیازهای روانی برای شایسته بودن، ارتباط صمیمی با دیگران داشتن و انجام رفتارهای مورد علاقه و تأیید خود، ارزش‌گذاری و پیگیری می‌شوند (کاسر و رایان، ۲۰۰۱).

¹ . Schwartz

² . Patrick, Neighbors & Knee

³ . Crocker & Wolfe

که این امر می‌تواند باعث کاهش باورهای غیرمنطقی شود. همچنین همانطور که ذکر شد، اهداف معنوی، به وضوح، اهداف تعالی خود هستند و مربوط به مسائل کلی جهانی در خارج از خودجسمانی 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 هم چنین می‌تواند از طریق ترس مجازات و جرم تحریک شود (رایان، ریگی و کینگ^۱، ۱۹۹۳). آن دسته از افراد که مذهب را به دلایل ذاتی و درونی قبول دارند سعی در یکپارچه کردن عقاید مذهبی با باورها و ارزش‌های شخصی خود دارند، در این صورت است که می‌توان گفت مذهب در شخص درونی شده است. هرچه میزان درونی‌سازی این عقاید بیشتر باشد، پذیرش آن و انجام اعمال مذهبی به صورت آزادانه و از روی اراده بیشتر خواهد بود. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که کنترل درونی شیوه‌های مذهبی، اثر مثبت و معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی دارد و عملکرد مؤثر در حوزه‌های شناختی و پایداری رفتار را پیش‌بینی می‌کند (نیرینک و همکاران، ۲۰۰۶، دسی و رایان، ۲۰۰۰). سلامت فیزیکی و امنیت نیز اهداف درونی‌اند چون همه افراد نیاز به احساس امنیت و سلامت دارند (بالبی، ۱۹۸۸)؛ این اهداف نسبت به دیگر اهداف درونی، فیزیکی هستند چون ایمنی و سلامت، مربوط به بی‌عیبی بدنی هستند؛ همانطور که گفته شد اهداف درونی به دلیل حمایت محیط از ارضاء نامشروط نیازهای بنیادین، به واسطه ارضاء نیازهای روانی برای شایسته بودن، ارتباط صمیمی با دیگران داشتن و انجام رفتارهای مورد علاقه و تأیید خود، می‌تواند باعث کاهش اختلالات روانی گردند.

نتایج نشان داد آرزوهای ناسالم به طور مستقیم بر سلامت روانی تأثیرگذار نیستند. سایر یافته‌ها با تأکید بر مدل این پژوهش نشان می‌دهند که متغیر آرزوهای ناسالم دارای یک اثرگذاری غیرمستقیم بر میزان سلامت روانی از طریق میانجی‌گری باورهای غیرمنطقی است؛ به بیان دیگر متغیر باورهای غیرمنطقی در رابطه بین متغیر آرزوهای ناسالم و سلامت روانی نقش میانجی ایفا می‌کند. عدم تأثیر مستقیم آرزوهای ناسالم بر سلامت روانی با پژوهش‌های هوپ و همکاران، ۲۰۱۹؛ دسی و رایان، ۲۰۰۰؛ کاسر و رایان، ۱۹۹۶؛ ۲۰۰۱ ناهمسو می‌باشد؛ زیرا آنان در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بین آرزوهای ناسالم و سلامت روانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

با مرور پیشینه مربوط، پژوهشی که به طور اختصاصی به تأثیر غیرمستقیم آرزوهای ناسالم بر میزان سلامت روانی از طریق میانجی‌گری باورهای غیرمنطقی اشاره کرده باشد مشاهده نگردید؛ اما این یافته تا حدودی با نتایج پژوهش‌های دودا، اسفیاتکو، فونیرو و دومیتراچ (۲۰۱۵) و احمد و باقری (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. دودا و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که افزایش باورهای غیرمنطقی با افزایش استرس، افسردگی و اضطراب همبسته بود. احمدی و باقری (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند تصویر منفی از بدن پیش‌بینی کننده مثبت اضطراب اجتماعی است. تحریف‌های شناختی نیز اضطراب اجتماعی را به نحو مثبت پیش‌بینی می‌کند. در این پژوهش تحریف‌های شناختی، در رابطه بین تصویر بدنی و ترس از ارزیابی به عنوان مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی نقش واسطه‌ای داشت. این پژوهشگران نتیجه‌گیری کردند که نوجوانان در اثر نگرش منفی نسبت به ویژگی‌های ظاهری خود و نیز تحریف‌های شناختی، اضطراب اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. هنگامی که نوجوانان به این نتیجه می‌رسند که ظاهر جسمانی آنها نمی‌تواند ارزیابی مثبت دیگران را به همراه داشته باشد، پریشانی و افکار منفی بسیاری را تجربه می‌کنند. افرادی که تصویر بدنی منفی دارند، احساس خودارزشی کمتری نموده و احتمال بیشتری است که از احساس بی‌کفایتی در خود رنج ببرند. زمانی که افراد وضعیت ظاهر خود را در مقابل برخی باورهای غیرمنطقی قرار داده و به مقایسه می‌پردازند، بر نقص‌های جزئی و یا خیالی ظاهر خود تکیه کرده و ویژگی‌های مثبت را نادیده می‌گیرند. نارضایتی افراد از تصویر بدنی خود تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی می‌تواند منجر به ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجان‌های منفی در وی شود. یکی از جنبه‌های مهم شکل دهنده سلامت افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آنهاست. سلامت روان پایین تر در افراد با تصویر منفی از خودپنداره منفی و عزت نفس پایین و نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی

¹. Ryan, Rigby & King

در مورد ظاهر خود ناشی می شود که می تواند سلامت روان پایین و اختلال های عاطفی نظیر افسردگی و اضطراب را در پی داشته باشد. اختلال های عاطفی با گرایش به ارزیابی های مطلق و انعطاف ناپذیر از ادراک رویدادها توسط افراد توصیف می شود. این شناخت های مطلق هسته باورهای غیرمنطقی را تشکیل می دهند (کروسوم، ۲۰۱۳).

آرزوهای ناسالم اغلب رفتارها و اهدافی را شامل می شوند که بنابر اجبار و فشارهای بیرونی و درونی دنبال می شوند (کاسر و رایان، ۲۰۰۱). با توجه به این توضیحات و هم راستا با نتایج این پژوهش، آرزوهای ناسالم می تواند یکی از جنبه های مهم شکل دهنده باورهای غیرمنطقی در جوانان باشد؛ زیرا همانطور که گفته شد آرزوهای ناسالم (ثروت، شهرت و جذابیت بدنی)، اغلب رفتارها و اهدافی را شامل می شوند که بنابر اجبار و فشارهای بیرونی و درونی دنبال می شوند. آرزوهای ناسالم، هم به جهت محتوای مورد تأکیدشان که به دور از نیازهای سه گانه روان شناختی هست، و هم به جهت فرآیند اکتساب غیرخودمختارشان مانع از رشد بهزیستی خواهند شد (هوپ و همکاران، ۲۰۱۹؛ دسی و رایان، ۲۰۰۰؛ کاسر و رایان، ۱۹۹۶؛ ۲۰۰۱). به اعتقاد کاسر و رایان (۲۰۰۱) در اولویت بودن اهداف و آرزوهای بیرونی (ناسالم)، باعث نشاط و خودشکوفایی کمتر و علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی بیشتر در افراد خواهد شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که آرزوهای سالم به طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت روانی تأثیرگذار است؛ تأثیر مستقیم آرزوهای سالم بر سلامت روانی با نتایج پژوهش های نیشی مورا و سوزوکی، ۲۰۱۶؛ شلدن و همکاران، ۲۰۱۰ و مارتوس و کپ، ۲۰۱۱ هماهنگ و همسو است؛ زیرا این پژوهشگران در پژوهش های خود نشان داده اند که آرزوهای درونی به دلیل فرآیند اکتساب خودمختارشان و هم به دلیل محتوای مورد تأکیدشان، ارضاء نیازهای ذاتی، بهزیستی و سلامت روانی را منجر می شوند. محققان (برداری و همکاران، ۲۰۰۹) در تبیین علت تفاوت های بین دو نوع آرزوی درونی و بیرونی اظهار می کنند که محتوای آرزوهای درونی از لحاظ طبیعی با طبیعت و نیازهای انسان هماهنگ است. اهداف برآمده از آرزوهای درونی از تمایلات سرشتی پدیدار می شوند که افراد را به سمت خودآگاهی و ارتباطات عمیق تر با دیگران و اجتماع سوق می دهد؛ که به دنبال آن سلامت روانی نیز افزایش می یابد. همچنین در زمینه تأثیر غیرمستقیم آرزوهای سالم بر سلامت روانی از طریق واسطه گری باورهای غیرمنطقی می توان گفت، آرزوهای سالم (ذاتی)، هم به جهت محتوای مورد تأکیدشان و هم به جهت فرآیند اکتساب خودمختارشان (این آرزوها اغلب به واسطه ای انگیزش های ذاتی و همسان سازی شده پیگیری می شوند)، سلامت روانی، ارضاء نیازهای درونی و بهزیستی را باعث می گردند (نیشی مورا و سوزوکی، ۲۰۱۶ و شلدن و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر آرزوهای سالم (ذاتی) با تأثیر بر نوع باورهای فرد، نگرش مثبت و در نتیجه سلامت روانی بیشتر را در پی دارد. با مرور پیشینه مربوط، پژوهشی که به طور اختصاصی به این رابطه اشاره کرده باشد مشاهده نگردید؛ اما این یافته تا حدودی با نتایج پژوهش های دریز و همکاران، ۲۰۱۲؛ وریستویف و همکاران، ۲۰۱۲؛ اورباچ و همکاران، ۲۰۱۱؛ هندرسن-کینگ و میچل، ۲۰۱۱؛ مارتوس و کپ، ۲۰۱۱ و شلدن و همکاران، ۲۰۱۰ هماهنگ و همسو می باشد؛ زیرا این پژوهشگران در پژوهش های خود نشان داده اند که اهداف و آرزوهای درونی، به جهت توجه به ارضاء نیازهای بنیادین روانشناختی، سلامت روانی، ارضاء نیازهای درونی و بهزیستی را باعث می گردند.

نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای غیرمنطقی به طور مستقیم بر سلامت روانی تأثیرگذار است. به عبارت ساده تر هرچه میزان باورهای غیرمنطقی بالاتر یا پایین تر باشد، به همان مقدار بر میزان سلامت روانی آن فرد نیز مؤثر خواهد بود. این یافته با نتایج پژوهش های معلمی، ۱۳۸۹؛ جبین، ۲۰۱۴؛ بارلو و دوراند، ۲۰۰۹ و گوردون و همکاران، ۲۰۰۸ هماهنگ و همسو می باشد. ایس و نظریه پردازان حوزه عقلانی-عاطفی معتقدند باورهای غیرمنطقی موجب بدفهمی و تحریف واقعیت های بیرونی، محرک های محیطی و رفتارهای دیگران می شود که در نتیجه سازگاری اجتماعی فرد را مختل کرده یا اجازه سازگار شدن به وی نمی دهند (دیوید، لین و ایس، ۲۰۰۹). به طور کلی در تبیین این یافته ها می توان بیان کرد که داشتن یا نداشتن سلامت روانی مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط است.

پژوهش حاضر با وجود تلاش و دقت در مراحل اجرا، همانند پژوهش‌های دیگر در حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که باید در نظر گرفته شود. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تشکیل می‌دادند که به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ لذا لازم است برای تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت و از نمونه‌های معرف‌تر افراد جامعه استفاده کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به سوگیری و خودگزارشی در تکمیل پرسشنامه‌ها و همچنین عدم امکان یک مصاحبه تشخیصی جهت تعیین آرزوها دانشجویان جزء دیگر محدودیت‌های مهم این تحقیق می‌باشند.

از بُعد پژوهشی پیشنهاد می‌شود نقش دیگر متغیرها مثل، نیازهای بنیادی روانشناختی در سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان بررسی شود. همچنین برای تکمیل و تداوم پژوهش، پیشنهاد می‌شود پرسشنامه با هدف اعتباریابی بیشتر در دو یا چند جامعه با تفاوت‌های تحصیلی، جنسیتی، سنی، و ... به صورت همزمان اجرا و نتایج به دست آمده با یکدیگر و با آرزوهای هم‌تراز بررسی شود. همینطور انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت در دسترس می‌تواند اعتبار بیرونی پژوهش را تهدید کند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعات آتی برای افزایش اعتبار بیرونی نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شوند. علاوه بر این در تحقیقات آینده از ابزارهایی بهره گیرند که با فرهنگ جامعه ایران سنخیت بیشتری داشته باشند. همچنین با طراحی مقیاس سنجش آرزوها، از یک سو می‌توان در راستای روانشناسی اسلامی در حیطه‌های شخصیت، هیجان و انگیزش گام برداشت و از سوی دیگر، می‌توان در قالب بسته‌های آموزشی و روان‌شناختی و به کاربردن آن برای سنین مختلف، به ارتقای سطح سلامت و آرزوهای ذاتی افراد همت گماشت.

از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران در درمان‌های مراجع محور به مراجعان کمک کنند تا مسیر حرکت آرزوهای مادی (دوست دارم تصویرم یکی از آن تصاویری باشد که از نظر دیگران جذاب است؛ می‌خواهم توسط مردمان زیاد مورد تحسین و قدردانی قرار بگیرم؛ دوست دارم در آینده به طور موفقیت‌آمیزی نشانه‌های پیری‌ام را پنهان کنم و دوست دارم نام من در بین جمعیت‌ها و گروه‌های متفاوتی از مردم مشهور شود و بر سر زبان‌ها بیافتد) را به سمت آرزوهای درونی (دوست دارم به جای اینکه اراده، کارها و اعمالم تحت تأثیر فشار زندگی‌ام باشد، خودم آن‌ها را انتخاب کنم؛ بسیار مایلم که نسبت به علت و چرایی چیزهایی که انجام خواهم داد آگاهی و بینش داشته باشم؛ دوست دارم بر چالش‌هایی که زندگی برایم پیش خواهد آورد غلبه کنم؛ دوست دارم روابط صمیمانه و متعهدانه‌ای با سایرین داشته باشم و بسیار مایلم که در آینده کارهای انجام دهم که باعث شود سایر افراد زندگی بهتری داشته باشند) تغییر دهند تا از این طریق، زمینه‌ی کاهش باورهای غیرمنطقی را فراهم و به طبع آن سلامت روانی را افزایش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود با آموزش خودآگاهی به دانشجویان آنان را با افکار و باورهای خود آگاه کنیم و از طریق شناسایی باورهای غیرمنطقی و بازسازی عقاید تحریف شده و جایگزین نمودن باورهای غیرمنطقی به آنان کمک نمایم.

منابع

احمری، طهران؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ مقیسه، مریم و ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، سال ۱۳۸۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۳ (۳)، ۵۱-۵۶.

امیدیان، مرتضی و ملامعصومی، الهام (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساده و چندگانه دینداری، بومی بودن و تأهل با سلامت روان. *مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*. ص ۳۵.

آزادیکتا، مهرناز (۱۳۹۷). رابطه بین جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت روان در دانشجویان. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۸ (۲۲)، ۱-۸
پورشریفی، حمید؛ پیروی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ زرانی، فریبا و وقار، معصومه (۱۳۸۴). بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی سال ۸۳-۸۴ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. *طرح پژوهشی، دفتر مرکزی شماره وزارت علوم تحقیقات و فناوری*.

توکلی زاده، جهان‌شیر و خدادادی، زهره (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *افق دانش*. ۱۶ (۲)، ۴۵-۵۱.

- حسینی، زهره؛ کربلایی، احمد؛ میگونی، محمد و گرامی‌پور، مسعود (۱۳۹۷). مدل ساختاری روابط بین تصویر بدنی، باورهای غیرمنطقی و سلامت روان در متقاضیان جراحی زیبایی. **اندیشه و رفتار**. ۱۲ (۴۸)، ۲۶-۱۷.
- سبزه آرای لنگرودی، میلاد؛ سرافراز، مهدی رضا؛ و قربانی، نیما (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان سنجی شاخص آرزو. **مطالعات روانشناختی**. ۱۱ (۱)، ۹۷-۱۱۵.
- سهرابی، فرامرز؛ ترقی جاه، صدیقه و نجفی، محمود (۱۳۸۶). **گزارش نهایی بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۸۶-۱۳۸۵ دانشگاه های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری**.
- صالحی، لیلی؛ سلیمانی زاده، لاله؛ باقری یزدی، سیدعباس و عباس زاده، عباس (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین**. ۱۱ (۱)، ۵۰-۵۵.
- فیاض، ایراندخت و کیانی، ژاله (۱۳۸۷). بررسی آسیب‌شناسانه باورهای غیرمنطقی دانشجویان. **راهبرد فرهنگ**، ۱ (۴)، ۹۹-۱۱۷.
- کارشکی، حسین؛ گراوند، هوشنگ و دهقانی نیشابوری، محسن (۱۳۹۱). نقش شکاف بین اهداف و آرزوها و شانس دستیابی به آنها در شادکامی دانشجویان. **پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره**. ۲ (۲)، ۱۳۳-۱۵۴.
- معمدین، مختار و عبادی، غلامحسین. (۱۳۸۶). 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)**، ۱ (۱۴)، ۲۲-۱.
- معلمی، صدیقه (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. **اصول بهداشت روانی**. ۱۲ (۴۸)، ۷۰۲-۷۰۹.
- مقدس، علیرضا؛ و اسماعیلی، علی (۱۳۸۵). **مطالعه سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۸۱ و تشخیص دانشجویان مذکور مبتلا به اختلالات روانشناختی. مرکز مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی**.
- مولوی، حسین (۱۳۸۳). روایی ساختاری ملی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی. **مجله‌ی پژوهش‌های روان‌شناختی پاکستان**. ۱۷ (۳)، ۲۰-۴۱.
- یعقوبی، حمید، اکبری زرخانه؛ سعید؛ و وقار، معصومه (۱۳۸۸). **گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ورودی سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸**. تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- یعقوبی، حمید؛ اکبری زرخانه؛ سعید؛ و وقار، معصومه (۱۳۸۷). **گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری**.
- Abhyankar, P., Nair, P., & Ram, U. (2003). Irrational beliefs, anger, and health. *Journal of Psychological Researches*, 47, 41-46. 8.
- Ahmad, M., & Bagheri, M. (2013). The mediating role of cognitive distortions in the relationship between body image with social anxiety in adolescents. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(4), 321-329.
- American College Health Association (2008) American College Health Association–National College Health Assessment: Reference Group Data Report, spring 2008. Baltimore, MD: American College Health Association
- Auerbach, R. P., Webb, C. A., Schreck, M., McWhinnie, C. M., Ho, M.-H. R., Zhu, X., & Yao, S. (2011). Examining the pathway through which intrinsic and extrinsic aspirations generate stress and subsequent depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 30(8), 856-886.
- Barlow, D.H & Durand. V.M. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Brooks-Cole Publishing Company: New York.
- Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the self: Alcoholism, spirituality, masochism, and other flights from the burden of selfhood*. New York: Basic Books.
- Blanco, C., Okuda, M., & Wright, C (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*; 65: 1429-37
- Bowlby, J. (2009). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development (Original work published 1988)*: New York, NY: Basic Books.
- Bradshaw, E. (2019). *Intrinsic and extrinsic aspirations and psychological well-being: a meta-analysis and latent profile analyses of life goals*.

- Brdar, I., Rijavec, M., & Miljković, D. (2009). Life goals and well-being: Are extrinsic aspirations always detrimental to well-being? *Psiholgijske teme*, 18(2), 317-334.
- 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.
- Craciun, B. (2013). The Efficiency of Applying a Cognitive Behavioral Therapy Program in Diminishing Perfectionism, Irrational Beliefs and stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 274-278.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.
- David, D., Lynn, S & Ellis, A. (2009). *Rational and Irrational Beliefs Research, Theory, and Clinical Practice*, USA: Oxford university press.
- Dudău, D. P., Sfeatcu, I. R., Funieru, C., Dumitrache, M. A. (2015). Professional stress in relation to anxiety, depression and irrational beliefs among dental and psychotherapy students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 158-162.
- Duriez, B., Meeus, J., & Vansteenkiste, M. (2012). Why are some people more susceptible to ingroup threat than others? The importance of a relative extrinsic to intrinsic value orientation. *Journal of Research in Personality*, 46, 164-172.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of personality and social psychology*, 82(5), 804.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, and staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body image*, 13, 67-74.
- Gillen, M. M., & Markey, C. N. (2016). *Body Image and Mental Health. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 187-192.
- Goldberg, D., & Hiller, V. (1979). A scaled version of the General Health. *Questionnaire. Me-9139-145*.
- Gordon, L., Flet, P., Hewitt, K., & Blankstein, R. (2008). Demintion of perfectionism and irrational thinking. *Journal TOC, York university*.
- Grouzet, F. M., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J. M. F., Kim, Y., Lau, S., . . . Sheldon, K. M. (2005). The structure of goal contents across 15 cultures. *Journal of personality and social psychology*. 89(5), 800.
- Halisch, F., & Geppert, U. (2001). Motives, Personal Goals, and Life Satisfaction on Old Age *Trends and prospects in motivation research* (pp. 389-409): Springer.
- Hamidi, F., & Shirazi Motlagh, S. (2010). Comparison of Irrational Beliefs and Defence Mechanisms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Normal Individuals. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1520-1524.
- Henderson-King, D., & Mitchell, M. (2011). Do materialism, intrinsic aspirations, and meaning in life predict students. meanings of education? *Social Psychology of Education*. 14, 119-134.
- Hope, N. H., Holding, A. C., Verner-Filion, J., Sheldon, K. M., & Koestner, R. (2019). The path from intrinsic aspirations to subjective well-being is mediated by changes in basic psychological need satisfaction and autonomous motivation: A large prospective test. *Motivation and Emotion*. 43(2), 232-241.
- Inglehart, R. (2010). Faith and freedom: Traditional and modern ways to happiness. *International differences in well-being*, 351-397.
- Jibeen, T. (2014). Personality dimensions and emotional problems: The mediating role of irrational beliefs in Pakistani adult non-clinical sample. *International Journal of Psychology Article first published online*, 50(2), 93-100.
- Kadison, R., & Digeronimo, T.F (2004). *College of the overwhelmed: The compos mental health crisis and wgat to do a bout*. San Francisco: Jossey-Bass
- 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.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (2001). *Be careful what you wish for: Optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals*.
- Kasser, T., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Sheldon, K. M. (2004). *Materialistic values: Their causes and consequences*.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of personality and social psychology*. 90(1), 179.
- Laus, M. F., Costa, T. M. B., Almeida, S. S. (2015). Gender differences in body image and preferences for an ideal silhouette among Brazilian undergraduates. *Eating Behaviors*, 19, 159-162.
- Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2016). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis*: Taylor & Francis.

- Martela, F., Bradshaw, E. L., & Ryan, R. M. (2019). Expanding the map of intrinsic and extrinsic aspirations using network analysis and multidimensional scaling: Examining four new aspirations. *Frontiers in psychology*, 10.
- Martos, T., & Kopp, M., S. (2011). Life Goals and Well-Being: Does Financial Status Matter? Evidence from a Representative Hungarian Sample. *Social indicators research*, 105, 561-568.
- Merkaš, M., Raboteg-Šarić, Z., & Miljković, D. (2011). The relation of intrinsic and extrinsic aspirations to adolescent life satisfaction *The human pursuit of well-being* (pp. 107-119): Springer.
- Minkov, M. (2009). Predictors of differences in subjective well-being across 97 nations. *Cross-Cultural Research*, 43(2), 152-179.
- 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.
- Nishimura, T., & Suzuki, T. (2016). Aspirations and life satisfaction in Japan: The big five personality makes clear. *Personality and individual Differences*, 97, 300-305.
- Organization, W. H. (2007). *International travel and health: situation as on 1 January 2007*: World Health Organization.
- Patrick, H., Neighbors, C., & Knee, C. R. (2004). Appearance-related social comparisons: The role of contingent self-esteem and self-perceptions of attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 501-514.
- Ryan, R. M., Rigby, S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 586-596.
- SabzehAra, M., Ferguson, Y. L., Sarafraz, M. R., & Mohammadi, M. (2014). An Investigation of the Associations between Contingent Self-Worth and Aspirations among Iranian University Students. *Journal of Social Psychology*, 154, 59-73.
- Sagiv, L., Roccas, S., & Hazan, O. (2004). Value pathways to well-being: Healthy values, valued goal attainment, and environmental congruence. *Positive psychology in practice*, 68-85.
- Saunders, S., & Munro, D. (2000). The construction and validation of a consumer orientation questionnaire (SCOD) designed to measure Fromm's (1955) "marketing character" in Australia. *Social Behavior and Personality*, 28, 219-240.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, pp. 1-65). Orlando, FL: Academic Press.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298): Springer.
- Sheldon, K. M., Gunz, A., Nichols, C. P., & Ferguson, Y. (2010). Extrinsic Value Orientation and Affective Forecasting: Overestimating the Rewards, Underestimating the Costs. *Journal of Personality*, 78, 149-178.
- Sheldon, K. M., Sheldon, M. S., & Osbaldiston, R. (2000). Prosocial values and group assortment within an N-person prisoner's dilemma. *Human Nature*, 11, 387-404
- Snyder, M. B (2004). Senior Student affairs officer Round Table: Hottest topics in student affairs. session held at the annual meeting of the national association of student. Personnel Administrators, Denver, Colorado.
- Veenhoven, R. (2003). Hedonism and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 4, 437-457.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B. (2012). Eating regulation and bulimic symptoms: The differential correlates of health-focused and appearance-focused eating regulation. *Body Image*, 9, 108-117.
- Wong, N. Y., & Ahuvia, A. C. (1998). Personal taste and family face: Luxury consumption in Confucian and Western societies. *Psychology & Marketing*, 15(5), 423-441.
- Zhang, H., Chen, K., Chen, C., & Schlegel, R. (2019). Personal aspirations, person-environment fit, meaning in work, and meaning in life: A moderated mediation model. *Journal of Happiness Studies*, 20(5), 1481-1497.

Mediating role of Irrational Beliefs in the Relationship between Healthy, Unhealthy Aspirations and Mental health

Garavand, H*

* Ph.D, Assistant Professor, Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Email: garavand.h@lu.ac.ir (Corresponding Author)

Abstract

The present study was conducted with the aim of presenting the causal model of the effect healthy and unhealthy goals and aspirations on mental health with regard to the mediating role of irrational beliefs. Therefore, 250 students from Allameh Tabatabaei University were selected through convenience sampling. They were assessed by self-report questionnaire consisted of Satisfaction with four Factors of Irrational Beliefs Test-Ahvaz (4IBT-A; Ebadi and Motamedin, 2005), General Health Questionnaire (28-GHQ; Goldberg & Hiller, 1979), and Aspiration Index (AI; Grouzet et al, 2005). Data analysis was administered in two parts of latent and observed variables via structural equation modeling using AMOS software. Results showed that unhealthy goals and aspirations could predict irrational beliefs positively and healthy goals and aspirations negatively predicted irrational beliefs; healthy goals and aspirations directly and indirectly affected mental health; but unhealthy goals and aspirations had no direct effect on mental health; rather, it can reduce students' mental health by mediating irrational beliefs. Also, irrational beliefs had a causal and direct effect on mental health.

Key words: Aspirations; Irrational beliefs; Mental health