**3-2-سلامت روان**

سلامت روان توسط محققان از فرهنگهای مختلف، به صورت های متفاوتی تعریف شده است. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خود شکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیر ممکن می نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است. به این معنی که صرفاً به لحاظ نداشتن بیماری روحی نمی توان سلامت روان را در یک فرد صد در صد تأیید کرد. حتی با این که بسیاری از ما از بیماری خاص روانی قابل تشخیص رنج نمی بریم اما واضح است که برخی از ما به لحاظ روانی سالم تر از دیگران هستیم آن چه مسلم است حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است. شاید اقداماتی در این زمینه صورت گیرد . ( نجفی پور ، 1382 )

بهداشت روانی عبارت است از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند و هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع بیماریهاست و پیشگیری به معنای وسیع آن عبارت است از به وجود آوردن عواملی که مکمل زندگی سالم و طبیعی است، همراه با درمان اختلالات جزئی رفتار به منظور جلوگیری از وقوع بیمار یهای شدید. مشکلات در زمینه بهداشت روان از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی اجتماعی خاصی در مقابل آنها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را مرتباً تهدید می کند. امروزه پیشرفت صنعت و تکنولوژی در جوامع انسانی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از شده و « کیفیّت فدای کمیّت » انسان سلب کرده و در حقیقت اعتدال و تناسب کنار رفته و مشکلات عصبی روانی و روان تنی، جانشین آن شده است. عواقب فیزیکی و روان شناختی چنین مشکلاتی ، توانایی برای عملکرد در خانواده، جامعه و محل کار را مختل کرده و در بسیاری از موارد باعث از هم پاشیدگی خانواده ها، سوءمصرف مواد، خودکشی، بی کاری، فقر و انزوای اجتماعی می گردد. در حالی که بسیاری از این عواقب بحرانی با توجه به مسائل مربوط به بهداشت روان و حمایت به موقع افراد ، قابل پیشگیری است از طرف دیگر، تحقیقات اپیدمیولوژیک زیادی در طی دهه گذشته مشخص کرده که مسائل و معضلات موجود در زمینه بهداشت روان از جمله مشکلات اساسی است که بار مالی زیادی به دنبال دارد. طوری که هزینه پرداختن به مشکلات ، روان پزشکی در اروپا و آمریکای شمالی در سال 1999 بالغ بر 120 بیلیون دلار به علاوه 60 بیلیون دلار متعلق به اختلالات سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع مسائل مربوط به این بعد از سلامت در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه ریزی های توسعه. اجتماعی و اقتصادی، پایین ترین اولویت به آنها داده می شود اطلاعات به دست آمده از تحقیقات اپیدمیولوژیکی در کشور ما دلالت بر این دارد که میزان شیوع این مشکلات در کشور ما نیزاز سایر کشورها کم تر نیست. در خصوص شیوع بیماری های روان پزشکی در افراد 15 سال به بالا در ایران، در یک مطالعه اپیدمیولوژیک در سطح کشور اعلام شده است که مجموعاً 21 درصد از افراد مورد مطالعه در سطح کشور از اختلالات 10 میلیون نفر از بالغین کشور - روانی رنج می برند که حدود 12% نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. ضمن این که حدود 6 نیز از اختلالات سایکوتیک رنج می برند . توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. یکی از زمینه هایی که توجه به بهداشت روان در آن حائز اهمیت می باشد، شغل و حرفه می باشد. بشر از زمانی که خود را شناخته، در پی تلاش و فعالیت بوده و اشتغال به کار بخش عمده ای از زندگی انسان را تشکیل می دهد . کا به دنبال خود یک سری مشکلات و اختلالات جسمانی و روانی به همراه دارد ، از جمله استرس و فشارهای کاری که توان اجرای وظائف را در فرد تا حد زیادی پایین می آورد این فشارها می تواند موجب آسیب رسانی به فرد و در نتیجه به خطر افتادن موقعیت کاری فرد شود . ( نقش تبریزی ، 1389 )

**1-3-2-تعریف سلامت روان :**

سلامت روانی به عنوان وضعیت رفاه و بهبودی ای تعریف شده که طی آن هر فرد می تواند توانایی‌های بالقوه‌ی خویش را تحقق بخشد، با استرس‌های معمول در زندگی مقابله کرده و به شکل سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در اجتماعی که به آن تعلق دارد نقش مؤثری ایفا کنداما شاید پیش از این که به سلامت روانی می‌پرداختیم بهتر بود خود مفهوم سلامت را تعریف کنیم. سلامت در تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از:رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت! (همان منبع). این تعریف بنا به انتقاداتی که از آن شده است تا حد زیادی ایده‌آلی است و از نظر امکان سنجش هم دشواری دارد. با این حال سه بعد اصلی سلامت به خوبی مورد تاکید قرار گرفته است. بد نیست در عین حال متوجه سایر نکاتی باشیم که در بحث از سلامت مطرح است؛ به عنوان مثال خانم میلدرد بلاکستر جامعه‌شناس انگلیسی در کتابی که در زمینه‌ی ارزیابی سلامت در سال 1990 نوشته‌اند بر این چند نکته در باره‌ی سلامت به طور کلی تاکید داشته‌اند:

1- سلامت مفهومي چند بعدي [[1]](#footnote-1)است. فرد ممكن است از يك نقطه نظر سالم و از نقطه نظر ديگر در شرايط بيماري قرار داشته باشد. بسياري از افراد ممكن است علي رغم اينكه به مشكلات و بيماري هاي متعدد دچار باشند (نظير پادرد، ميگرن، مشكل ديد، افسردگي و غیره) خود را همچنان سالم بحساب بياورند. ممكن است فرد بيماري جسماني مشخصي نداشته باشد اما بدليل ناخرسندی روحي رواني، خود را بيمار تلقي كند.

2- وضعیت سلامت ممكن است نقطه‌اي در يك پيوستار در نظر گرفته شود يعني سلامت يا عدم آن را نمي‌توان سياه و سفيد ديد.

3- تعريف از سلامت بهنجار مي‌تواند در بر دارندة‌ی میزان معيني از علائم يا نشانه‌هاي بيماري باشد كه بسته به جنس، يا تجربة‌ی فرد يا هنجارهاي اجتماعي در افراد تفاوت پيدا مي‌كند. در واقع اينكه فردي بگويد هيچ نشانه‌اي از بيماري ندارد است که غيرعادي تلقي مي‌شود.

4- جنبه يا وجه كاركردي [[2]](#footnote-2)سلامت يكي از مهمترين عناصر تعريف سلامت نزد افراد عامي است. توانايي ايفاي نقشهاي اجتماعي يكي از ويژگي‌هاي سالم‌بودن ملاحظه مي‌شود: ”وقتي نتوانم كارهايم را انجام بدهم مي‌فهمم سالم نيستم” ( باقری ، یزدی ، 1390 ).

**2-3-2-جایگاه سلامت روان در جامعه**

450 ميليون انسان دچار بيماري رواني يا رفتاري هستند. علت 33 درصد از عمر سپري شده با ناتواني، حدود يك ميليون خودكشي موفق سالانه در جهان، بيش از 150 ميليون بيمار مبتلا به افسردگي و حدود 25 ميليون نفر بيمار اسكيزوفرني بخوبي تاثير بيماري‌هاي رواني را بر جامعه نشان مي‌دهد.اين آمار جداي از ديگر مشكلاتي است كه بيماري‌هاي رواني براي اجتماع ايجاد مي‌كند؛ مشكلاتي كه فهرستي طولاني از قتل و جنايت گرفته تا طلاق و كودك‌آزاري را در خود جاي مي‌دهد. با اين اوصاف، قرار دادن هفته‌اي براي سلامت روان چندان كار دور از ذهني نيست ( میرزایی ، 1389 ).

سلامت جسم و روان جداي از يكديگر نيستند. به همين دليل نيز سال‌هاست تعريف سلامت ديگر تنها سلامت جسمي را در بر نمي‌گيرد. براساس برآوردهاي موجود، بين 15 تا 20 درصد مردم به نوعي به يكي از اختلالات رواني دچار هستند. اين آماري است كه كم و بيش در بيشتر كشورهاي جهان وجود دارد. از آمار گذشته آنچه حائز اهميت است نحوه برخورد با اين بيماران و خانواده‌ آنها و خدمات‌رساني مناسب به افرادي است كه به خدمات روانپزشكي نياز دارند. براي بيشتر اختلالات رواني درمان‌هاي مقرون به صرفه‌اي وجود دارد كه اگر به طور صحيح استفاده شوند، افراد مبتلا را قادر مي‌كند به عنوان اعضاي فعال جامعه در فعاليت‌ها شركت كنند. ( سیدنی و الن[[3]](#footnote-3)،2012 )

با وجود نقش مهم سلامت روان در زندگي انسان‌ها، طبق گزارش‌هاي سازمان بهداشت جهاني، بسياري از كشورها ميزان كمي از بودجه سلامت خود را صرف بحث سلامت رواني مي‌كنند، در حقيقت عمده پول بخش بهداشت و درمان صرف بيماري‌هاي جسمي مي‌شود. يك پنجم يكصد كشوري كه آمارهاي خود را به اين سازمان ارائه كرده‌اند، كمتر از يك درصد بودجه بخش بهداشت و درمان خود را براي سلامت رواني هزينه مي‌كنند. در حالي كه طبق آمارهاي اين سازمان، 13 درصد هزينه‌هاي درمان بيماري‌ها، به دسته گسترده‌اي از اختلالات عصبي رواني مربوط مي‌شود. به بيان ساده‌تر، اين آمار گوياي آن است كه سلامت رواني هنوز در اولويت بسياري از كشورها قرار نگرفته است و منابع جهاني براي مبتلايان به اختلالات رواني و عصبي به منظور رفع نيازهاي روزافزون بهداشت رواني ناكافي و توزيع آنها در جهان نابرابر است. ( کویر ، 1383 )

بسياري از اختلالات رواني همانند بيماري‌هاي جسماني نمود آشكاري ندارند. وضعيت روحي فرد، مي‌تواند بيش از وضعيت جسمي او وخيم باشد و ناديده نيز گرفته شود. بيماري‌هاي رواني شايد مانند بيماري‌هاي جسماني كشنده نباشند (هرچند خودكشي يكي از علل مهم مرگ و مير بيماران رواني است) و از نظر آماري و مقايسه با مرگ و مير بيماري‌هاي جسماني بتوان آن را ناديده گرفت. شايد هم به همين دليل باشد كه امروزه بيش از آنچه به روح و روان اهميت داده شود، به درمان جسم پرداخته مي‌شود. اما از ديدگاه پزشكي بسياري از بيماران كه براي درمان مشكلات جسمي خود به مراكز درماني مراجعه مي‌كنند از اختلالات و مشكلات رواني رنج مي‌برند و در حقيقت مشكل اصلي آنها در آنجاست، اما متاسفانه بيشتر اين مشكلات رواني تشخيص داده نمي‌شوند. در صورتي كه بسياري از اين بيماري‌هاي جسماني با حل مشكلات روحي درمان مي‌شود. ( حسینی،1390 )

بر اساس گزارش سال 2007 سازمان بهداشت جهاني، يك‌چهارم بيماراني كه به مراكز درماني مراجعه مي‌كنند، حداقل به يك اختلال رواني، عصبي يا رفتاري دچارند؛ اما بيشتر آنها تشخيص داده نشده و درمان نمي‌شوند. مراجعه نكردن به روانپزشك تنها به علت اين نگرش منفي ترس نيست، بلكه بسياري از اين بيماران به دليل ناآگاهي از نوع بيماري به متخصص مراجعه نمي‌كنند يا بسيار دير مراجعه مي‌كنند. ( رحیمی نیا ، 1389 )

زندگي ماشيني امروزي باعث شده است انسان‌ها از صبحگاه تا شامگاه به صورت‌هاي گوناگون با هيجان‌ها، تنش‌ها، استرس‌ها و نگراني‌هايي مواجه باشند. اين فشارهاي رواني با وضعيت بدني، عصبي و رواني ما متناسب نيست. تقريبا تمامي انسان‌ها برخي اوقات احساس افسردگي مي‌كنند، همان طور كه بسياري از آنها دچار سردرد يا دل‌درد مي‌شوند. مسلما نمي‌توان از ناراحتي‌هاي روحي جلوگيري كرد، همان طور كه از بيماري‌هاي جسمي نيز نمي‌توان در امان بود، اما مي‌توان تا حدي از آنها پيشگيري يا حداقل بموقع آنها را درمان كرد. حفظ سلامت روان نياز به دانش و هنري دارد تا به افراد كمك ‌كند با ايجاد روش‌هايي صحيح از لحاظ رواني و عاطفي بتوانند با محيط خود سازگاري پيدا كنند و راه‌حل‌هاي مطلوب‌تري را براي حل مشكلاتشان انتخاب كنند.همان طور كه سلامت جسمي فراتر از نبود بيماري است، سلامت روان نيز امري بيشتر از نبود بيماري روحي است. با آموختن ويژگي‌هاي سلامت رواني بهتر مي‌توانيم به روح و روان متعادل و زندگي شاد دست يابيم. فراموش نكنيم جاي خالي سلامت با هيچ چيزي پر نخواهد شد( فینچام[[4]](#footnote-4)،2011 )

**3-3-2-ويژگي هاي سلامت روان**

فرد دارای سلامت روان دارای ویژگی های زیر است :

* نسبت به خود، خانواده و ديگران بي تفاوت نيست و با ديگران سازگاري دارد؛
* به خود و ديگران احترام مي گذارد و رابطه اش با ديگران سازنده است؛
* به نقاط ضعف و قوت خود آگاه بوده، نسبت به خود نگرش مثبت دارد و ناكامي ها را آسانتر تحمل مي كند؛
* انعطاف پذير بوده و در مواجهه با مشكلات اجتماعي كنترل خود را از دست نمي دهد؛
* شناخت او از واقعيت نسبتا دقيق است و براي رسيدن به هدفهاي خود بر اساس عقل و احساس عمل مي كند؛
* توانايي حل مشكلات خود را دارد و نيازهايش را به طريقي برآورده مي كند كه منافاتي با ارزشهاي اجتماعي نداشته باشد؛
* از اوقات فراغت خود به نحو مطلوب استفاده مي كند تا استعدادهايش به خوبي رشد يابد؛
* دنيا را گذرگاهي براي رسيدن به آخرت مي داند؛
* به ديگران بدبين نبوده، صابر، صادق، درستكار، بخشنده است و در نظر ديگران فرد موجهي محسوب مي شود. ( باقری یزدی ، 1385 )

**4-3-2-دیدگاههای مربوط به سلامت روان**

**1-دیدگاه مزلو**

امروزه گونه ای نظریه پردازی مردم پسند وجود دارد که با نامهایی از قبیل نظریه خود شکوفایی ، روانشناسی انسان گرا یا روانشناسی جهان سوم شهرت دارد . این نظریه در میان روانشناسانی که به مسائلی از قبیل رشد شخصی و اجتماعی تحول و توسعه سازمانی و نهادی و زمینه های مشابه علاقه مندند جنبشی مهم است . در واقع محکمترین تایید آن ظاهراً از سوی کسانی است که بر اساس فرض معتبر بودن نظریه های خود شکوفایی مربوط به انگیزه برنامه های توسعه مدیریت و سازمانی پیشنهاد می کنند . نظریه خود شکوفایی ناشی از کار فلاسفه وجودی است که استدلال کرده اند مردم برای یک وجود با معنا ، ماندنی و از قوه به فعل قابلیت دارند ، در نتیجه شرایط و محیطهایی که در آن به سر می برند از عمل به رفتار ، به گونه ای با معنا و خود شکوفایانه باز مانده اند . ( ناصری ، 1389 )

نظریه خود شکوفایی در توجیه استدلال خود مبنی بر این که شخص واجد توانایی بالقوه و آرزو برای خود شکوفایی ، رشد ، و توسعه است ، چه نظریه ای در رابطه با فرایند های انگیزشی به کار می برد ؟ نظریه مازلو که امروزه اشتهار بسیار دارد پیشنهاد می کند که رفتار شخص پیرامون سلسله مراتبی از انگیزه های سازمان می یابد ، به طوری که پایین ترین آنها نیازهای فیزیولوژیکی از قبیل گرسنگی و تشنگی هستند . هنگامی این نیازها کامروا شوند ، نیازهای ایمنی به عنوان موثر در رفتار برجستگی می یابد . به دنبال اینها در سلسه مراتب نیاز های اجتماعی ، عزت نفس و خود شکوفایی به عنوان انگیزه های رفتار ظاهر می شوند . در تمام این نیازها مازلو استدلال می کند که اولویت نیاز بالاتر به عنوان تابعی از کامروایی نیازی که در سلسه مراتب نیازها بلافاصله در زیر آن قرار دارد افزایش پیدا می کند . بسیاری از نویسندگان با پیشنهاد این که امروز اکثر مردم نیازهای پائینتر خود را ارضاء کرده و در محیط کار در پی کامروایی نیازهای بالاتر خود هستند ، مازلو را تایید و حمایت کرده اند . بدین جهت ، اگر می خواهیم رفتار کار بر انگیخته و باور داشته باشیم باشد محیط های کار را طوری تغییر دهیم که به نیازهای سطح بالا فرصتی برای ارضاء و کامروایی بدهند . بهبود محیط های کاری هم برای سازمان سودمند است و هم برای فرد ، چه کامروایی فرد برای خودشکوفایی ، او را خلاقتر ، بارور تر ، کمتر تدافعی و تواناتر در تعامل با دیگران می سازد .(همان منبع)

**2-دیدگاه روانی – اجتماعی و زیستی –روانی**

زندگی به عقیده آدلر « بودن » نیست بلکه « شدن » است . بنا بر نظر آدلر فرد برخوردار از سلامت روان شناختی توان و شهامت یا جرات عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد . چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد . فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوشبین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آنها می کند . سلامت روان به عقیده آدلر یعنی داشتن اهداف مشخصی در زندگی ، داشتن فلسفه ای استوار و مستحکم برای زیستن ، روانبط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار ، مفید بودن برای همنوعان ، جرات و شهامت و قاطعیت ، کنترل داشتن بر روی عواطف و احساسات ، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس ، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات .(خدا رحیمی ، 1389 )

**3-دیدگاه اریک اریکسون**

به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی اصولاً منیجه عملکرد قوی و قدرتمندی «من» است . سلامت روان شناختی را می توان در قالب این توانائیها و در هر مرحله از رشد روانی – اجتماعی تعریف کرد . توانایی مرتبط با اولین مرحله رشد روانی – اجتماعی در طفولیت «امید» است . مرحله دوم رشد روانی – اجتماعی «اراده» است . سومین مرحله رشد روانی – اجتماعی منجر به بروز توانایی احساس «هدف» می شود . چهارمین توانایی بشر « شایستگی » است که در نهایت مشخص کننده مهارت و خبرگی فرد است . توانایی و قدرتی که در نوجوانی بروز می کند « وفاداری » است . عشق توانایی متمایز کننده ششمین مرحله رشد روانی – اجتماعی است که اریکسون آن را بزرگترین قدرت بشر می داند . توانایی و قدرت مرتبط با مرحله مولد بودن زندگی «مراقبت» است . توانایی متناسب برای اخرین مرحله رشد روانی – اجتماعی «خردمندی» است . به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی هر فرد به همان اندازه ای است که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کرده باشد . سلامت روان شناختی ارائه کرده است : « فردی که در جامعه زندگی می کند بایستی از تعارض عاری باشد ، بایستی از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند ، در کارش ماهر و استاد باشد ، ابتکار نا محدود داشته باشد ، از انجام لحظه به لحظه حرفه اش پسخوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل درکی داشته باشد .(ساتر[[5]](#footnote-5)،2011)

**4-دیدگاه کارن هورنای**

به عقیده وی انسان برخوردار از سلامت روان دارای این ویژگی هاست :

الف) احساس عدم امنیت نمی کند و لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است .

ب) قدرتمندی نیازهای دهگانه در او خفیف است ، بعلاوه قابلیت تغییر و تحول و جایگزینی این نیازها را دارد.

ج) انسان سالم از هر سه نوع طبقه کلی نیازها با توجه به اوضاع و احوال متناسب استفاده می کند ، در حالیکه کودکان فقط به سوی دیگران می روند ، نوجوانان در مقابل دیگران می ایستند و سالمندان از دیگران دوری می کنند .

د ) انسان سالم به دلیل اگاهی از « خود واقعی اش » و استعدادهای بالقوه خود تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست بلکه ابتکار و شخصیت خودش را عهده دار می شود .

هـ ) خود شناسی و کوشش برای تحقق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است .

و ) شخیت و دگرگونی انسان سالم به عهده خود او است نه محیط و اجتماع .

ز ) انسان سالم خود آگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است و خودش بسیاری از مشکلات زندگانی اش را حل می کند ، لذا به دیگران وابستگی ندارد .

**5-دیدگاه اریک برن**

نظریه « تحلیل ارتباط محاوره ای » اریک برن در واقع سازشی است بین روانکاوی و ارتباط متقابل . مختصر اینکه اریک برن معتقد است که انسان برخوردار از سلامت روان شناختی دارای این ویزگی ها است :

1 – بین حالت های من او ( من والدینی ، من کودکی و من بزرگسالی ) تعادل برقرار است و در صورت به هم خوردن این تعادل ، توانایی سازماندهی مجدد شخصیتش را دارد .

2 – نتیجه گیری بین فرد سالم بر اساس وضعیت چهارم (من خوب هستم ، تو خوب هستی ) است ، زیرا سه حالت قبلی به کودکان اختصاص دارند و الگوی شخصیت کودکی و افراد نابالغ هستند .

3 - انسان سالم در هر لحظه از نوع حالت نفسانی خودش اگاهی دارد . چون رفتار نانسان مبتنی بر مجموعه ای از احساسات ، اخلافیات و کنترل اگاهانه است .

4 – شخصیت طبیعی و سالم سازمان یافته است و مرزهای شخصیتی آن مشخص شده و در عین حال نفوذ پذیر است و در هنگام رویارویی با تعارضات شدید درونی ، بصورت اگاهانه به گونه ای از این بخشها استفاده می کند که هر کدام نقش متناسب خودشان را انجام دهند .

5 – شخصیت سالم در ابعادی مختلف شخصیتش «تعصب و تغییر ناپذیری » ندارد و چنین فردی ضمن شناختن الگوهای موفقیت آمیز رفتاری و اگاهی از تصاد ها و تشابهات درونی خودش ، آزادی انتخاب بیشتری دارد .

6 – فرد سالم مسئولیتش رفتار و تفکرش را می پذیرد و رفتار او با دیگران آگاهانه و مبتنی بر صمیمیت و علاقه است .

7 – انسان سالم علاوه بر تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه در زمان حال زندگی می کند نه در گذشته یا آینده .

8 – مبنای فعالیت در نظریه برن ، نیاز به تشخیص و منزلت است . یعنی اینکه فرد هم مورد احترام دیگران واقع شود و هم برای دیگران احترام قابل شود و شخصیت سالم نیز بایستی چنین خصوصیتی را در تعامل با مردم و جامعه داشته باشد . ( شفیع آبادی،1386 ).

**6-دیدگاه هری استاک سالیوان**

نظریه سالیون با عنوان «نظریه روابط بین فردی» شهرزت یافته است . بنابر نظریه سالیوان شخصیت «الگوی نسبتاً پایدار و مکرر موقعیت های بین فردی است که زندگی انسان را مشخص می کند .» به عقیده وی انسان از بدو تولد تا مرگ تحت تاثیر روابط بین فردی است و افکار و احساسات او نیز متاثر از این امر است . گر چه وی اهمیت وراثت و رشد را انکار نمی کند ، اما انسان را محصول تکامل اجتماعی می داند .

نظریه شخصیت سالیون ویژگیهای سلامت روان شناختی را از دیدگاه او عنوان می کنیم :

1 – شخصیت برخوردار از سلامت روان شناختی « انعطاف پذیر » است و با توجه به موقعیتهای بین فردی نوین ، در روابطش با دیگران به صورت متناسب تغییر پذیر است .

2 – فرد سالم قادر به تمایز گذاری بین افزایش و کاهش «تنش » است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می شود .

3 – به گفته سالیوان شخصیت سالم بایستی بنا بر گفته چارلز اسپیرمن همیشه در حال « آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات « باشد .

4 – زندگی شخص برخوردار از سلامت روان ، دارای جهت یافتگی است . بدین معنی که امیالش را به خوبی یکپارچه می سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد . بنابراین شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف پذیر ، واقعی و اعتماد آمیز دارد .

**7-دیدگاه اریک فروم**

اریک فروم معتقد است که شخصیت خواه سالم یا ناسالم ، به فرهنگ بستگی دارد . « جامعه نا سالم در اعضای خود عشق ورزیدن ، باروری و خلاقیت ، تعقل ، عینیت و نیرومندی را می دهد و با این شیوه کارآمدی انسان کامل را تسهیل می کند . رابطه سلامت روان با ماهیت جامعه بدین معنی است که جامعه تعریف در طول زمان و مکان تغییر یابد . شخصیت سالم نیاز هایش را با کمک « شیوه های مولد ، بارور و خلاق » ارضا می کند اما انسان نا سالم از طریق شیوه های نا معقول نیازهایش را برطرف می کند .

بنابر عقیده فروم انسان بین « آزادی و ایمنی » نوعی تعارض و دوگانگی وجود دارد . همین تعارض پنج نیاز روانی را در او بر می انگیزاند که این نیاز ها عبارتند از : وابستگی یا تعالی ، اصالت و ریشه داشتن ، احساس هویت ، چارچوب جهت گیری »

نیاز وابستگی : انسان دلیل اگاهی از گسستگی وابستگی های اولیه اش با طبیعت بدنبال ایجاد وابستگیهای نوین با انسانهای دیگر است . وابستگی و یگانگی با دیگران از لوازم سلامت روان شناختی است .

عشق: راه سالم و سازنده پیوند با جهان است زیرا هم نیاز ایمنی و هم یکپارچگی فرد را تامین می کند . عشق در نظریه فروم معنای وسیعی دارد که عشق جسمانی تا احساس همبستگی و عشق به انسانیت را شامل می شود .

نیاز به تعالی : این نیاز انسان را از حالت منفعل بودن فراتر می برد و موجب خلاقیت او می شود و در نهایت باعث احساس آزادی و هدفمندی در او می گردد .

نیاز به اصالت و ریشه داشتن : به عقیده فروم « تنهایی و ناچیزی » جوهر وضعیت بشر است علت پیدایش تنهایی بشر از هم پاشیدن وابستگیهای اولیه او با طبیعت و فرو ریختن احساس ایمنی او است . مطلوبترین راه احساس اصالت و ریشه داری ، ایجاد حس « برادری » با همنوعان است . برادری به معنای احساس ارتباط ، عشق ، توجه و مشارکت در جامعه است .

نیاز به احساس هویت : انسان سالم بایستی فردیت داشته باشد یعنی به کمک فردیت به معنای بخصوص و مشخص هویت هودش برسد ، میزان خردیت هر انسان تابع میزان از بین بردن علایق زناگونه با خانواده ، طایفه یا ملیت خودش است . همرنگی با ویزگیهای یک ملت ، نژاد ، مذهب ، شغل و حرفه نشاندهنده شیوه ناسالم احساس هویت یافتن است .

نیاز به چهارچوب جهت گیری : چهار چوب جهت گیری انسان دارای سلامت روان متکی بر عقل و خرد است زیرا فقط با خرد می توان تصویری واقعگر و عینی از جهان بدست اورد . انسان سالم ادراکات جهان را با نیازها و ترسهای ذهنی خودش تحریف نمی کند . فروم معتقد است که انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می ورزد ، آفرینشگر است ، قدرت خرد و تعقل را در خودش کاملاً پرورانیده است ، خودش و جهان را به شکل عمیقی ادراک می کند ، احساس درست پایدار دارد ، جهان در پیوند است و در آن ریشه و اصالت دارد . حاکم سرنوشت خودش است و از علایق زناگونه آزاد است .

**8-رویکرد روان شناختی**

**دیدگاه لورنز**

لورنز پایه گذار شاخه گردار شناسی در رشته زیست شناسی است . کردار شناسی از لحاظ لغوی به معنای خلق و منش است ، اما امروز به معنای مطالعه علمی رفتار حیوانات است . انسان دارای سلامت روانشناختی از دیدگاه لورنز کسی است که حداکثر استفاده را از عقل و خرد می نماید ، نسبت به تکانه های پرخاشگرانه اش اگاهی دارد و انها را در جهت مورد قبول انسانی سوق می دهد و به بهترین شکل با استفاده از مکانیزم والایش خشم خود را از این راه هنر ، علم و ... به شیوه ای مفید تبدیل کند .همچنین در مواقع تنش برای کاستن ان از شیوه های بی خطر برای ابراز پرخاشگریش استفاده می کند . سعی در گسترش روابط صمیمانه با افراد و اجتماع دارد . از معرفت و مزاح به عنوان دو مایه امید پیشرفت بهترین استفاده را می جوید . به عقیده لورنز اگر انسان از این شیوه ها بهره بگیرد می تواند سایق پرخاشگری خود را در حد قابل تحملی کنترل کند( حسینی،1390).

**9-دیدگاه مک دوگال**

سلامت روان شناختی از دیدگاه مک دوگال بایستی بر سه نکته تاکید نماییم . نخست اینکه مک دوگال و یونگ از لحاظ اعتقاد به اهمیت یکپارچگی و وحدت برای بلوغ شخصیت هم عقیده هستند. دوم مک دوگال بر خلاف فروید بلوغ روان شناختی را در قالب وحدت و یکپارچگی تعریف می کند نه افزایش آگاهی و هوشیاری . به عقیده وی مجموع کل فعالیت روانی نیمه هشیار یک فرد سالم و روان نژند یکسان است و تفاوت این دو فقط این است که فرد سالم تعداد تعارضات نیمه هشیار کمتری دارد . سوم مک دوگال ضمن عدم توافق شدید با فروید ، سلامت روان شناختی و رشد شخصیت را یکی می داند . مک دوگال مدافع رسمی روان شناسی غایت نگر است . ویژگی های رفتار هدفمند بنظر وی عبارتند از :

1 – نوعی خود انگیختگی فعالیت ، یعنی فعالیتی که از درون ارگانیزم آغاز شده باشد و نه ناشی از نیروهای خارجی صرف باشد .

2 – فعالیت هدفمند بطور مستقل استمرار می یابد .

3 – حرکتهای مستمر دارای تغییر مسیر می باشند .

4 – رفتار هدفمند به محض انکه تغییر خاصی را بوجود اورد ، متوقف می گردد .

5 – رفتار هدفمند ارگانیزم را برای وضعیتی اماده می سازد که آن وضعیت به ایجاد عمل مورد نظر کمک نماید .

6 – رفتار هدفمند موجب بهبودی فعالیت ارگانیزم در شرایط مشابه می گردد .

7 – افعالیت و رفتار واکنش کل ارگانیزم است ، یعنی فرایندهای تمام اجزای ارگانیزم به نحوی سازگار می شوند که پیگیری بهتر هدف طبیعی آن را تشویق نماید .بنابراین شخص دارای سلامت روان در نظریه غایت نگر مک دوگال ، کسی است نهایت به نوعی ایده آل اخلاقی صادقانه وفادار بماند(رضایی،1385) .

**10-دیدگاه اسکینر**

بی . اف . اسکینر استاد دانشگاه هاروارد از 1948 به بعد یکی از روانشناسان تجربی و صاحب نفوذ در سنت رفتار گرایی بوده است . سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است ، و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد . بعلاوه انسان بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط محدودی از عوامل محیطی مشخص می گردد . انسان سالم کسی است که از تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب ، از محیط و اطرافیانش دریافت کند . فرد سالم کسی است که بتواند با هر روشی بیشتر از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال هدفمندی ، غایت نگری و امثالهم را کنار بگذارد ( معصومی،1390).

**11-رویکرد روانکاوی**

بنظر فروید اکثر مردم به درجات مختلف روان نژند هستند و سلامت روان شناختی یک ایده آل است نه یک هنجار آماری . به عقیده فروید ویژگی های خاصی برای سلامت روان شناختی ضرورت دارد . نخستین ویژگی خود آگاهی است .

به نظر فروید خود آگاهی برای سلامت روان شناختی کفایت کننده نیست . می دانیم که زندگی اجتماعی بخودی خود متبع بالقوه غیر منطقی بودن است . فروید تقریباً ایده ای در مورد غیر منطقی بودن اعمال گروهی داشته است . او تمام جنبشهای سیاسی ، دموکراتیک یا استبدادی ، انقلابی یا ارتجاعی را فاسد و مردود می داند .

به عقیده فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد . به نظر او کمتر انسانی متعارف به حساب می آید و هر فردی به نحوی از انحاء نا متعارف است . فروید از حیطه روان شناسی انسان نا متعارف را به دو گروه روان نژند و روان پریش تقسیم می کند و هسته مرکزی بیماری روانی را اضطراب می داند . به عقیده فروید نوع مکانیزم های دفاعی مورد استفاده افراد سالم روان نژند و روان پریش متفاوت است . شخص سالم از مکانیزم های دفاعی نوعی دوستی ، پیش بینی ، شوخ طبعی ، والایش و سرکوب استفاده می کند .

**12-دیدگاه یونگ**

به طور کلی نظریه یونگ در مورد روان نژندی از نظریات فروید و ادلر پیچیده تر است ، به طور کلی که وی نظریات انان را تخریبی و تقلیلی می داند . به عقیده یونگ در اغلب موارد علت روان نژندی « یک سو نگری » است . یک سو نگری به اشکال مختلفی روی می دهد که دو نوع از انها اهمیت اختصاصی دارند . در مورد نخست شخص در مورد اهدافی دچار مشغله فکری می شود که این اهداف برای یک مرحله پایین تر از چرخه زندگی متناسب بوده اند . شخص جوانی که دچار وسوسه فکری مربوط به مشکلات دوران کودکی و خردسالی است ، نمی تواند به نحو موثر از عهده خواسته های زندگی و رقابت اجتماعی بر آید . شخص میانسالی که هنوز به جایگاه اجتماعی و جنسیت علاقمند است نیز به همین اندازه دچار سردرگمی شده است ، زیرا این موضوعات نبایستی تا این اندازه در زندگی این شخص حائز اهمیت باشند . مشکل دوم یک سو نگری ممکن است به صورت توسعه بیش از حد یک نگرش یا عملکرد اساسی و بنیادین باشد که موجب شود شخص « نقاب » خودش را بی از حد جدی بگیرد .

دوم و مهمتر اینکه یک سو نگری فرآیند تفرد را متوقف می سازد . هدف نهایی روانشناسی فروید و آدلر مصالحه فرد با خواسته های جامعه است . یونگ این مرحله را نخستین هدف الزامی در سلسله مراتب تفرد ، می داند . به نظر وی تفرد بالاتر از مصالحه با جامعه است . تفرد به معنای منفرد شدن ، همگون شدن و منحصر به فرد شدن بی نظیر و غیر قابل مقایسه است. تفرد یعنی تولید و شکوفایی تمامیت بالقوه ذاتی فرد تفرد مستلزم این است که فرد به کلیت و یکپارچگی برسد . لذا یونگ معتقد است که تعداد خاصی از افراد هر جامعه نا کامل باقی می ماند . تفرد در ساده ترین شکل ان عبارتست از تمییز تدریجی «من» یا خود آگاهی از ناخودآگاهی . اما یونگ افزایش بیش از حد خود آگاهی را به همان اندازه اندک بودن آن آسیب گونه می داند و از این لحاظ وضعیت متعادل تری را اتخاذ کرده است . شخص پس از روبرو شدن با نقاب ، سایه و آینما یک مانع نهایی برای «خود شدن» دارد که همان وسئله معانی زندگی است . کوشش فرد برای جستجوی حقیقت ازلی مشکل معنای زندگی را حل می نماید . چنین کوششی به طور همزمان فرد را از قدرت ناخودآگاه ارکی نسخ های کهن آزاد می کند و انرژی خلاق آنها را تخلیه می کند( نقش تبریزی،1389) .

به نظر یونگ سلامت روان شناختی و خود شناسی یکسان هستند . تحقق خود با سه معیار مشخص می شود : نخست بایستی واپس زنی تخلیه شود ، تنشهای بین کنشها و نگرشهای ناخودآگاه و خود آگاه به آرامش مبدل شوند تا فرد بتواند از راه معرفت خود به آرامش و صفای دورنی برسد . دوم فرد بایستی بیان نمادین ناخودآگاه را درک کند . سوم شخس بتواند از طریق ایمان شخصی به نماد یا اسطوره خصوصی خود شناسی نزدیک شود .

**13- دیدگاه موری**

به عقیده موری تاریخچه پیشین زندگی فرد به همان اندازه زمان حال و محیط او حائز اهمیت است . موری موضع روان شناختی انسانگرایانه و خوش بینانه ای دارد . به علاوه به عقیده وی «من» سرکوبگر و مهار کننده نیست . «من» موجب سازماندهی و یکپارچگی رفتار می شود و بخشی از سازماندهی آن نیز برای تسهیل ظهور تکانه های «نهاد» است . به عقیده موری «قدرتمندی من» از تعیین کننده های با اهمیت سازگاری و سلامت روان شناختی فرد است . هر چه فاصله بین من ایده آل و من برتر کمتر باشد ، سلامت روانشناختی و سازگاری فرد بیشتر خواهد بود . هرگاه که من برتر مسلط شود و من ایده آل سرکوب شود فرد به بهزیستی جامعه اش خواهد اندیشید .

به علاوه موری عقیده داشت که انسان نیاز به «تخیل و خلاقیت » دارد ، انسان تمایل به تجسم و ساختن دارد و در صورت موفقیت در تجسم و آفرینش ، انسان سالم خواهد ماند . تخیل و آفرینشگری قویترین حالات شخصیت هستند و فردی که اینها را به منصفه بروز برساند ، از لحاظ روان شناختی سالم است . فرد سالم کسی است که در نیازهایش تعارض و کشمکش نداشته باشد . «پرس» نیرویی است که به طرق مختلف بهزیستی و سلامت انسان را تحت تاثیر قرار می دهد . پرس در نظریه موری همان تعیین کننده های محیطی رفتار است . به نظر وی بایستی بین اهمیت اشیاء محیط آنگونه که توسط شخص ادراک و تفسیر می شود ( پرس بتا) و آنگونه که در واقعیت وجود دارند (پرس آلفا) تفاوت قایل شویم . یکی از معیارهای سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که ادراک از محیط از نوع «آلفا» باشد نه «بتا» ( آزاد،1386).

به عقیده موری تمام انسانها با شدت و ضعف متفاوت دچار «عقیده » هستند . اما فقط عقده های افراطی و شدید موجب نابهنجاری و بیماری می شوند . پس یکی دیگر از معیارهای شخصیت سالم و سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که شخص سالم از عقده های «خوشه ای» (بقایای تجارب و خاطرات پیش از تولد مانند اضطراب از عدم حمایت و بی یاوری ...) عقده « مهر طلبی» (فعالیت های منفعل و وابسته در اعمال کلامی و دهانی) پرخاشگری مهار شده (یا نیاز به تعریف و تمجید) و عقده «پرخاشگری دهانی» (مانند فعالیتهای دهانی همراه با پرخاشگری مثل گاز گرفتن در هنگام خشم ، تمایلات قوی پرخاشگرانه ، نگرش دوگانه در مورد مراجع قدرت ، فرافکنی پرخاشگری دهانی مانند دیدن محیط به صورت اشیاء و افراد پرخاشگر و ضربه زننده و لکنت زبان) عقده «طرد دهانی» ، (مانند انزجار و نفرت از فعالیتهای دهانی) ؛ « عقده طرد مقعدی » (مانند نیاز به پرخاشگری ، نیاز به قدرت و استقلال یا جنسیت مقعدی) ، عقیده « نگهداری مقعدی » (مانند واکنش دفعای به دفع و تخلیه) ، عقده «میزراهی» (مانند شهوت میزراهی) ، عقده « ایکاروس » (مانند خود شیفتگی شدید) عقده «اختگی » (که عمدتاً نتیجه تخیلات با استنای کودکانه است) مبری است .(خدا رحیمی ، 1389 )

**14-دیدگاه انسانگرایانه**

**گرودون آلپورت :** به نظر آلپورت روان نژندی پیامد « نقصان و کمبود سلامت روانی » است . . فرد روان نژند پر توقع ، سلطه جو ، حسود ، هیستریک و انفعالی است و دلش به حال خودش می سوزد ، اگرما ، کری کنشی و حتی فلج مبتلا شود و خود محوری روان نژندی فاقد کنترل است(رضایی،1385) .

تا پایان جنگ جهانی دوم تعدادی پژوهش تجربی در مورد ماهیت ـ سلامت شخصی » انجام شده است که این مطالعات به نتایج نسبتاً همخوانی دست یافته اند . آلپورت نتایج این مطالعات را به صورت شش معیار در مورد پختگی و بلوغ روانی خلاصه کرده است : نخستین معیار بلوغ روانی ، توانایی گسترش خویشتن است . کودکان نوعاً خود محور هستند . اما علایق افراد بالغ در خارج از خودشان ریشه دارد و از جمله علاقه انها به سلامتی و بهزیستی دیگران . دومین معیار سلامت و بلوغ به چگونگی ارتباط یا تعامل فرد با دیگران مربوط می شود . ارتباط فرد بالغ با دیگران صادقانه و صمیمی است ، بویژه با خاواده و دوستانش . سومین معیار سلامت روان شناختی را « امنیت عاطفی » می نامد . شخص بالغ می تواند محرومیتها و تحریکات غیر قابل اجتناب زندگانی را بدون از دست دادن وقار و متانت تحمل نماید . این بدین معنی نیست که این افراد راحت و آسوده ، بشاش و خوشبین و ساده انگار هستند ، بر عکس این افراد بر حسب موقعیت خلقی هستند . چهارمین معیار سلامت شخصی در نظریه آلپورت ، هوش کنشی یا عقل سلیم است . افکار و ادراک فرد بالغ بطور کلی کارآمد و درست است . این مسئله پرسشی را در مورد رابطه بین سلامت روانی و هوش پدید می اورد . افراد بالغ معمولاً هوش بالای متوسط دارند ولی هر کسی که هوش بالای متوسط داشته باشد الزاماً بالغ نیست . پنجمین ویزگی افراد بالغ « بصیرت نسبت به خویشتن » است . هر کسی فکر می کند که نسبت به خودش بصیرت و بینش دارد اما در واقع چنین نیست . آلپورت بصیرت به خویشتن را به این صورت تعریف می کند . « ... رابطه انچه که فرد فکر می کند هست و آنچه که دیگران در مورد او فکر می کنند(سیدمحمدی،1386) . بخصوص روانشناسی که فرد را مطالعه و بررسی می کند ...

آخرین معیار آلپورت برای سلامت و روان شناختی همانند یونگ و مک دوگال جهت مندی است که ترجمه اصلاح آلمانی است . جهت مندی یعنی اینکه زندگی فرد بالغ به سوی هدف یا اهداف انتخاب شده ای در حرکت باشد . هر فرد اهداف خاصی برای زندگی دارد که سعی عمده اش مصروف رسیدن به آن می شود . به عقیده آلپورت جهت مندی نتیجه نوعی فلسفه یکپارچه ساز در زندگی است که در تحت نظارت این فلسفه ارزشها ، اهداف و ایده های فرد سازماندهی می شوند . به نظر آلپورت مهمترین فلسفه زندگی مذهب است(خدایی،1385) .

**5-2-پیشینه پژوهش**

- کیتزمن[[6]](#footnote-6) ( 2009 ) در پژوهشی بر روی 40 زوج متاهل حین برقراری رابطه متقابل با فرزندان پسر 8-6 ساله بودند انجام داد. و به این نتیجه رسید که میان تعارضات زناشویی و اختلال در وظایف سرپرستی رابطه وجود دارد.

- هنری و میلر [[7]](#footnote-7)(2004، به نقل از بهاری ) تحقیقی به منظور. بررسی مشکلات زناشویی در میانه عمر و میزان اثر آنها بر رضایتمندی زناشویی انجام داده اند. نتایج این تحقیق نشان داده است که رایج ترین مشکلات عبارت بودند از ( موضوعات مالی ( 27 %) موضوعات جنسی ( 8/23 % ) "، شیوه برخورد با کودکان ( 3/15 %)، صمیمیت عاطفی ( 7/18 %)، تمیز کردن منزل ( 18 % ) و ارتباط ( 3/15 %).

- یارمحمدی اصل (1386) پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی در بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده انجام داد. نتایج تحلیل داده های بدست آمده نشان داد که بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با علائم افسردگی اساسی رابطه معنی داری وجود دارد و با 99 درصد اطمینان وجود ارتباط مستقیم میان این دو متغییر تایید می شود. به این ترتیب که با افزایش نمرات طرحواره های ناسازگارانه اولیه میزان افسردگی نیز افزایش می یابد. در این تحقیق طرحواره درمانی بطور معنی داری موجب کاهش علائم افسردگی گردید.

- فریمن(2004) با استفاده از مدل طرحواره یانگ به بررسی مدل پردازش شناختی غیر منطقی پرداخت و با استفاده از آزمون های بهنجار به این نتیجه رسید که داشتن طرحواره ناسازگارانه اولیه، پیش بینی کننده ناسازگاری بین فردی است. این یافته تاییدی است بر دیدگاه یانگ که طرحواره های ناسازگارانه اولیه را ذاتا ناکارآمد میداند (مددی،1391)

- هریس[[8]](#footnote-8) و همکاران (2012) دریافتند که چهار طرحواره ناسازگارانه اولیه (نقص و شرم- خود کنترلی ضعیف- آسیب پذیری نسبت به ضرر-وابستگی و بی کفایتی) با افسردگی ارتباط دارند.

- ولبورن[[9]](#footnote-9) و همکاران (2012) در تحقیقی رابطه بین طرحواره های ناسازگارانه و اختلالات روانی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش دو طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی و خود کنترلی پایین / خود انظباطی پایین، پیش بینی کننده ای مهم برای افسردگی بودند.

- در یک مطالعه انجام شده به روی 153 دانشجوی کارشناسی روانشناسی آندره[[10]](#footnote-10)(2009) دریافت حوزه طرد و بریدگی از طرحواره های ناسازگارانه اولیه ارتباط منفی با احساسات مثبت، عزت نفس و سازگاری در دانشگاه دارد و همبستگی مثبت با احساسات منفی دارد (قاسمی، 1389).

- اسمیت و جونز[[11]](#footnote-11)(2009) در تحقیقی با عنوان طرحواره های ناسازگارانه، رویدادهای منفی زندگی و ناراحتی های روانشناختی به این نتیجه رسیدند که طرحواره های رویدادهای منفی زندگی باعث ناراحتی های روانشناختی شدیدتر می شوند. بنابراین طرحواره های ناسازگارانه اولیه و تجارب منفی زندگی هر یک به طور مستقل در اختلالات روانشناختی دخیل هستند.

- هانس[[12]](#footnote-12) و همکاران (2010) پژوهشی با عنوان بررسی طرحواره درمانی و طرحواره های ناسازگارانه اولیه در اختلالات شخصیت و سایر بیماری های روانی انجام داد و به این نتیجه رسید که طرحواره های ناسازگارانه اولیه با آسیب های شخصیت و ناراحتی های روانی ارتباط دارد.

- بودمن و گورمن[[13]](#footnote-13) ( 2010)، در مطالعات شان بر روی الگو های کنش متقابل، پرخاشگری متقابل، پرخاشگری کلامی، کناره گیری، تعارض کم و بدون استرس به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با زوج های متعارض، زوج های کم تعارض رفتار های مثبت بیشتر و رفتار های منفی کمتری را از خود نشان می دهند.

- هانسون و لندبلند[[14]](#footnote-14) (2006) در پژوهشی نشان داده اند که آموزش مهارت های ارتباطی و حل تعارض به زوجینی که در تعاملات زناشویی مشکل داشته اند باعث بهبود روابط زناشویی زوجین و کاهش تعارضات و افزایش سلامت روان در آنان می گردد.

- وینسنت، ویشس و گری [[15]](#footnote-15)( 2006) در پژوهش خود یک تحلیل رفتاری از فرایند حل تعارض زوجین آشفته و غیر آشفته کردند. نتایج حاکی از آن بود که زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته به میزان بیشتری از رفتار های تعارض منفی و به میزان کمی از رفتار های حل تعارض مثبت استفاده می کنند.

 - در پژوهش گسترده ­اي كه گاتمن در خصوص تعارض طرح­ريزي كرد چهار سبك تعارض در روابط زوجين خود را نشان داد كه در ازدواج به طور خاصي مخرّب هستند. اين چهار سبك عبارتند از: عيب­جويي، تحقير، دفاعي بودن و ديوار سنگي، تمام اين راهبردها مي­ توانند باعث منزوي شدن و كناره­ گيري شوند (گاتمن و لوينسون، 2012). در حمايت از اين مدل هاوستون و انگليستي (2012) دريافتند كه روابطي كه در آن سطوح بالاي رفتار منفي از قبيل انتقاد كردن، شكايت، عصباني شدن و ناشكيبايي از طرف هر يك از همسران وجود دارد، با گذشت زمان در زنان (و نه در مردان) باعث رضايت پايين ­تر مي ­شود.

- شیلنگ و همکاران[[16]](#footnote-16) (2004) به تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی در زوجینی که دچار مشکلات زناشویی بودند پرداختند. 39 زن و 38 مرد تحت آموزش برنامه پیشگیری و پر بار سازی رابطه (PREP) قرار گرفتند. نتایج نشان داد که به طور معناداری رضایت مندی زناشویی شان افزایش یافته بود.

- ريوس،سيسيل[[17]](#footnote-17) (2010) پایان نامه كارشناسي ارشد خود را در دانشگاه ايالتي تويا با موضوع رابطه مشاوره قبل از ازدواج، انتظارات و رضايت زناشويي به رشته تحریر درآورده است. هدف اين مطالعه، بررسي اهميت مشاوره در انتظارات و رضايت مندی زناشويي مي باشد. اين مطالعه با شيوه بررسي زوج ها و اينكه ايا قبل از ازدواج به انها كمك كرده است يا خير، انجام شده است.زوج هاي مورد مطالعه، شامل 56زن و 56 شوهر بودند كه كمتر از يك سال از زمان ازدواج انها مي گذشت.رابطه بين منابع اطلاعاتي و انتظارات نشان داد كه متغيرها به شدت با خانواده مبدا (خانواده خودشان قبل از ازدواج) ارتباط دادند. همچنين مشخص شد كه درصد بالايي از ازدواج ها، اطلاعات قابل توجهي از منابع غيررسمي به دست مي اورند نه از مشاوره ها و كلاس هاي اموزشي قبل از ازدواج ! انتظارات معقول، نقش بسيار مهمي در رضايت مندی زناشويي داشتند.

- آدامز،امي ميشل[[18]](#footnote-18)(2009) در رساله دوره دکتری خود در دانشگاه لوييزيانا در مونرو، تاثير ادراك "خودمتمايزگري" در رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي را مورد بررسی قرار داده است.وی می نویسد:خودمتمايزگري به عنوان يك جزء اساسي از صميميت در دراز مدت، رضايت و تقابل در روابط زناشويي به حساب مي اید. خودمتمايزگري اجازه مي دهد تا فرد در يك رابطه مشخص از استقلال نسبي و وابستگي متعادل برخوردار باشد. موري بون، خودمتمايزگري را تحت عنوان تعادل بين نيروهاي جدايي طلبي و با هم بودن و يا تعادل بين عقل و احساسات مطرح مي كند. به طور حتم هردوي اين مفاهيم تحت تاثير درجه خودمتمايزگري قرار دارد. اعتقاد براين است كه سطح متمايزگري به شدت بر زمينه هاي مختلف زندگي از جمله رضايت مندی زناشويي و جنسي اثر مي گذارد. زنان و شوهران در ازدواج هايي با خودمتمايزگري پايين تر، بلوغ عاطفي ضعيف تر و ظرفيت محدود تر نزديك شدن و جداشدن از خود نشان مي دهند كه اين مسئله منجربه قرباني شدن رشد شخصي افراد جهت حفظ رابطه زناشويي شان مي شود. مطالعه حاضر به بررسي تاثير درك خودمتمايزگري در رضايت زناشويي و جنسي در 51 زوج(تعداد:102) در منطقه مترو اتلانتا پرداخته است. در اين مطالعه از پرسشنامه خود DSI جهت بررسي خودمتمايزگري استفاده شده است.شاخص رضايت مندی زناشويي(TMS) و شاخص رضايت جنسي(ISS) و داده هاي دموگرافيك در اين روش بكار گرفته شده اند. تجزيه و تحليل آماري انجام شده توسط نرم افزارهاي spss، شامل پيرسون و چند خطي رگرسيون مي باشد. مجموع نفرات تركيبي مردان و زنان نشان داد كه ارتباط معناداري بين تمايز خود، رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي وجود دارد. مجموع نفرات زنان يك همبستگي بارز بين خودمتمايزگري و رضايت مندی زناشويي نشان نمي دهد. مجموع نفرات زنان و شوهران و مجموع جداگانه نفرات انها، همبستگي قوي بين تمايز از خود، رضايت زناشويي و رضايت جنسي نشان مي دهد. هيچكدام از متغيرهاي دموگرافيك پيش بيني كننده محرز خودمتمايزگري نيستند؛با اين حال اين مطالعه در جهت حمايت فرضيه بون، خودمتمايزگري را موثر بر رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي مطرح مي كند.

- کرامر، تیلور، استانلی (2008) آموزش روش های برقراری ارتباط سازنده بر رضایت مندی زناشویی را در گروهی می سنجیدند که نتایج نشان داد این آموزش ها سبب پائین آمدن فشار خون و افزایش رضایت مندی آنها از زندگی زناشویی شان شده است .

- اسماعیلی ( 1384 ) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عوامل زیر در تقاضای طلاق زنان موثراند:عدم تفاهم اخلاقی با همسر، عدم احساس مسئولیت همسر، مشکلات مالی و عصبی بودن همسر، دخالت خانواده همسر در زندگی مشترک، فحاشی همسر، بدبینی زنان متقاضی طلاق نسبت به همسرانشان، بدبینی همسران زنان متقاضی طلاق نسبت به آنان، اختلاف عقاید دینی، عدم رضایت از شغل همسر، ناتوانی جنسی همسر در روابط زناشویی، اختلاف طبقاتی زنان متقاضی طلاق با همسرانشان، کم بودن تحصیلات همسر و غیره .

- مرادی ( 1380 ) نتایج تحقیقاتش حاکی از این بود که خانواده درمانی به روش ساختی تعارضات زناشویی را کاهش می دهد.

- ساروخانی ( 1387 ) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه میزان سلامت روانی خانم های دارای تعارضات زناشویی حاد با خانم های گروه مشابه ( فاقد تعارضات زناشویی حاد ) به این نتیجه رسید که خانم های گروه اول از سلامت روانی کمتری نسبت به گروه مشابه برخوردارند .

- بهاری ( 1379 ) در تحقیقات خود دریافته است که کارایی خانواده زوج های در حال طلاق به طور معناداری پایین تر از کارایی خانواده زوج های غیر طلاق است و زوج های در حال طلاق در سازه نقش خانوادگی و حل مشکل کارایی ضعیف تری را گزارش می دهند.

- براتی ( 1375) در پژوهش خود دریافت که هشت مولفه سنجش تعارضات زناشویی اعم از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی ، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، کاهش ارتباط موثر ، با تعارضات ما بین زوجین رابطه مثبت دارد.

فریدی (1385)، در تحقیق خود این نتیجه رسید که آموزش مداخلات خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان تاثیر مثبت دارد .

- بودمن و گورمن[[19]](#footnote-19) ( 2009)، در مطالعات شان بر روی الگو های کنش متقابل، پرخاشگری متقابل، پرخاشگری کلامی، کناره گیری، تعارض کم و بدون استرس به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با زوج های متعارض، زوج های کم تعارض رفتار های مثبت بیشتر و رفتار های منفی کمتری را از خود نشان می دهند.

- وینسنت، ویشس و گری [[20]](#footnote-20)( 2006) در پژوهش خود یک تحلیل رفتاری از فرایند حل تعارض زوجین آشفته و غیر آشفته کردند. نتایج حاکی از آن بود که زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته به میزان بیشتری از رفتار های تعارض منفی و به میزان کمی از رفتار های حل تعارض مثبت استفاده می کنند.

-مهدویان(۱۳8۶)در پژوهش«بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضایت‏مندی زناشویی و سلامت روانی»به این نتیجه رسید که روش آموزش ارتباط بر مبنای نظریه شناختی-رفتاری که از اصول آموزش سه مرحله‏ای پیشنهاد شده توسط کوردوا و جکوبسن پیروی می‏کند، می‏تواند موجب افزایش رضایت‏مندی زناشویی و سلامت روانی زوج‏ها شود و حتی در مورد زوج‏هایی که یکی از طرفین از مشکل اختلال شخصیت رنج می‏برند نیز در مواردی مفید واقع گردد.

-مرادی(۱۳8۹)در پژوهش«تأثیر آموزش مهارت‏های حل تعارض‏های زناشویی بر بهبود روابط متقابل زن و شوهر»اثربخشی این آموزش‏ها را نشان داد.

- فرقانی(۱۳۸۲)در تحقیق «بررسی اثربخشی آموزش گروه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین شهرستان شهرکرد»به آموزش گروهی از والدین دانش‏آموزان ابتدایی پرداخت که دارای رضایت زناشویی در سطح پائین بودند.این آموزش‏ها در ۱۰ جلسه و به شیوه شناختی-رفتاری بودند.نتایج نشان داد آموزش شناختی-رفتاری با (= 0.01 P) رضایت‏مندی آزمودنیهای گروه آزمایش را افزایش می‏دهد اما تفاوت معنی‏داری بین نمرات زنان و مردان مشاهده نشد.

-عامری، اژه‏ای و طباطبایی (۱۳۸۲)در پژوهش خود به بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی پرداختند.به این منظور ۳۹ زوج که برای حل اختلافات زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بود، به‏طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.نتایج به دست آمده از ۶ هفته درمان گروه آزمایش نشان داد که مداخلات خانواده درمانی راهبردی نه تنها منجر به افزایش رضایت زناشویی در بین آنها شده، بلکه تعارضات بین فردی آنان را نیز کاهش داده است.این مداخلات در زنان مؤثر بوده است.

-اصلانی(۱۳۸۳)در پژوهش خود به بررسی نقش مهارت‏های ارتباطی در کارایی خانواده پرداخت.نمونه تحقیق او ۱۶ زوج از دانشجویان متأهل دانشگاه تهران بودند.طرح تحقیق به روش پیش‏آزمون، پس‏آزمون همراه با گروه کنترل بود.نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش مهارت‏های ارتباطی باعث بالا رفتن کارآیی خانواده در مقوله‏های حل مشکل، ارتباط، نقش‏ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده شده است.

-بنی اسدی(۱۳8۷)در پژوهش«بررسی و مقایسه عوامل اجتماعی، شخصیتی و فردی در زوج‏های سازگار و ناسازگار شهر کرمان»تعداد یک صد زوج ناسازگار در حال طلاق را با یک صد زوج سازگار، در زمینه‏های عوامل انگیزه‏ای ازدواج، پایبندی به اعتقادات مذهبی، امور مالی، رابطه جنسی، اوقات فراغت، ترس مرضی، افسردگی و خصومت مورد مقایسه قرار داد.نتیجه این پژوهش نشان داد زوج‏های ناسازگار و سازگار در انگیزه‏های یافتن همسر، ارضای نیازهای جنسی، تداوم نسل، یافتن آرامش و سکون، حفظ دین و انجام تکالیف مذهبی و همچنین امور مالی، رابطه جنسی، اوقات فراغت، ترس مرضی و افسردگی با هم متفاوت هستند.

-خلیلی(۱۳8۸)در پژوهش«بررسی تضاد در خانواده با تأکید بر تضاد میان همسران و عوامل مؤثر بر آن»به بررسی تضاد میان همسران و ابعاد آن(شدت و محتوای تعارض) پرداخت.ابزار تحقیق مصاحبه با ۲۰۰ زن متأهل که با همسر خود زندگی می‏کردند بود.این پرسشنامه حاوی ۱۰۵ سؤال بسته و باز برای سنجش متغیرهای مستقل و ۱۵ گویه برای سنجش شدت تضاد در قالب طیف گاتمن و ۲۱ گویه برای سنجش متغیرهای مستقل و ۱۵ گویه برای سنجش شدت تضاد در قالب طیف گاتمن و ۲۱ گویه برای سنجش محتوای تضاد در قالب طیف برش قطبین بود.در نهایت میانگین تضاد کل در خانواده که حاصل از ترکیب شدت و محتوای تضاد بود، ۴۱% یعنی تضاد بین کم تا متوسط به دست آمد.

-دهقان(۱۳۸6)در تحقیق«مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه کننده برای مشاورأ زناشویی غیرمتقاضی طلاق»دریافت بین این دو گروه از زنان در مؤلفه‏های کاهش همکاری، افزایش واکنش‏های هیجانی، جلب حمایت فرزند، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان تفاوت معناداری وجود دارد.اما در مؤلفه‏های کاهش رابطه جنسی، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، جدا کردن امور مالی تفاوت‏ معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.به‏طور کلی تعارضات زناشویی در بین زنان متقاضی طلاق بیشتر از زنان مراجعه‏کننده برای مشاوره زناشویی است.

-اعتمادی(۱۳۸۳)در پژوهش«بررسی میزان و ابعاد تعارضات زناشویی در زوج‏های مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان و مقایسه آن با زوج‏های سالم بر روی یک نمونه ۶۰ نفری از آزمودنی‏ها پرسشنامه تعارضات زناشویی را اجرا نمود.نتایج نشان داد که بالاترین میزان تعارض مربوط به زوج‏های مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره بود.ابعاد گوناگون تعارضات در گروه مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره به‏طور معناداری بیشتر بود و تنها بعد افزایش جلب حمایت فرزند در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

**منابع**

ازاد. حسین (1386)، اسیب شناسی روانی، ، تهران: انتشارات ارسباران.چاپ هشتم

استورا (1377)، تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه پریرخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.

آزاد فلاح و اژه ای (1381). *مفاهیم و اهداف سلامت عمومی*. فصلنامه اصول سلامت عمومی، شماره اول، سال اول، بهار.

اسماعیلی، علی (1389). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار همایند و نا همایند با افسردگی. رساله دکتری تخصصی روان شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

احمدی،علی.(1384).*بررسی و مقایسه اثر بخشی رویکرد روانی- آموزشی مبتنی بر دیدگاه شناختی – رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان* .رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم.

الیس،ا ، سیجل و همکاران (1385) . زوج درمانی ،ترجمه جواد صالحی و سید امیر امین یزدی ،تهران ،نشر میثاق ( تاریخ انتشار به زبان اصلی 1995) .

امین یزدی،علی.(1385)بررسی تاثیر سازگاری عاطفی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد، دانشگاه تربیت معلم.

اعتمادی،عذرا.(1384).بررسی و مقایسه اثر بخشی رویکرد روانی- آموزشی مبتنی بر دیدگاه شناختی رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان .رساله دکتری دانشگاه تربیت معلم تهران

براد، شاو. (1390) . تحلیل سیستمی خانواده ، ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران ، نشر البرز(تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2010)

برنشتاین،اچ و برنشتاین،تی.(2005).*زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری ارتباطی*.ترجمه: عابدی نایینی،سید حسن.(1388).تهران:انتشارات رشد.

بهارستان، ج، (1383)و بررسی سبک های مدیریت تعارض در دبیرستان های شهر یزد از دیدگاه مدیران. مجله علوم تربیتی و روان شناسی.3 و 4.-132-109.

بردبار،حمید.(1383). *رضایت زناشویی در همسران*،تهران،انتشارات اهنگ.

پاکروان، اسماعیل (1389). اثر بخشی آموزش حل مسئله به شیوه زوجی بر رضایت زناشویی و علائم روانشناختی زوجین شهرستان بروجن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

ثنایی ،باقر.(1379)مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج.تهران:انتشارات بعثت

حافظ شعر باف،رضا.(1386).*مقایسه ویژگی های شخصیتی زنان متاهل و خانه دار شهرستان مشهد و ارتباط این ویژگی ها با رضامندی زناشویی*،پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

حسینی ،جهان.(1390).زوج درمانی سیستمی و رفتاری، تهران:انتشارات رشد.چاپ اول.

دلاور ،علی.(1388).مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی.تهران: انتشارات رشد. چاپ سوم

درایدن،جان.(2008).*رفتار درمانی عقلانی عاطفی*:ترجمه شیخی،حسین.(1388).تهران، نشر سامد.

ریچارد پی هالجین، سوزان کراس و یتبورن (1388)، *آسیب شناسی روانی دوره دو جلدی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات روان.

سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا (1200). *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه نصرت الله پور افکاری(1386). چاپ اول. تهران، انتشارات آزاد.

ستیر،ویر جنیا.(1384).آدم سازی:ترجمه:بیرشک،بهروز.تهران:انتشارات رشد

سلیمانیان،علی اکبر.(1383)بررسی تاثیر تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد دانشگاه تربیت معلم

سیدی ،بردیا.1386جامعه شناسی خانواده و ازدواج ، تهران :انتشارات دانشگاه علوم اجتماعی و تعاون.

سهرابی، فرامرز (1386)، تصویر ذهن، دانشگاه علامه.

سيف،علی اکبر.(1384). *روانشناسي تربيتي* ،تهران،انتشارات آگاه،چاپ پنجم.

شمسایی،خاتون.(1385).*بررسی جنبه های کمی و کیفی اشتغال زنان و رابطه آن با توسعه اقتصادی*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

شفیع آبادی،.عبدالله.(1379).نظریه های مشاوره ، تهران، نشر رشد.

شبانی حصار ،محسن.(1381).*بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روان*،پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

شاملو،سعید.(1382).بهداشت روانی تهران:انتشارات رشد.

صلواتی، مژگان (1386). طرحواره های غالب و اثر بخشی طرحواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری. انستیتو روانپزشکی تهران.

عزیز خانی ،امیر.(1384).تاثیر تحصیلات بر وجهه نظر زنان نسبت به اشتغال در خارج از منزل.پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

عامری،بهادر.(1388)بررسی رابطه سازگاری اجتماعی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد، دانشگاه شهید بهشتی.

فراست،زهرا.(1384).بررسی و مقایسه منبع کنترل و رضایت زناشویی بین زنان شاغل(معلم)و خانه دار شهر تهران.پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران

قاسمی، عبدا... (1389). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه اولیه در سه گروه عادی و معتاد به مواد سنتی و معتاد به مواد صناعی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

کارلسون،ج:لن،اسپری:لویس،جودیس.(1388) خانواده درمانی – تضمین کار آمد:ترجمه :نوابی نژاد،شکوه.. تهران : انتشارات انجمن اولیا و مربیان

کریدلی ،جین.(1384).زوج درمانی سیستمی و رفتاری:ترجمه:موسوی ،اشرف السادات .تهران:انتشارات رشد

گاتمن،جان:سیلور، نان.(1385).هفت اصل برای زندگی زناشویی کار آمد.ترجمه: مصباح، نسرین. تهران :انتشارات ایتا

گلدنبرگ،ایرنه:گلدنبرگ،ایرنه.(1386)خانواده درمانی.ترجمه:براواتی،مهدی و نقشبندی ،علیرضا.تهران :نشر روان

نظری ،علی محمد . (1386)مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی.تهران : نشر علم

لی هی، رابرت (1388). *تکنیک های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)*، ترجمه حسن حمیدپور،زهرا اندوز، تهران انتشارات: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی،2003)

مددی، جهانبخش (1391). پیش بینی نگرش خوردن بر اساس خود تنظیمی و طرحواره های شناختی ناسازگار نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

منصوری.علی(1385). بررسی رابطه سلامت عمومی و با بلوغ عاطفی و رضایت زناشویی دربین دانشجویان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه

منفرد،مانی.(1385).*بررسی ابعاد خود پنداره و رضایت زناشویی و تربیت آگاهانه*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

ناستی زایی، ناصر (1388). بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. مجله طبیب شرق، 11(1)، صص 57-63.

یارمحمدی اصل، مسیب (1386). بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

یانگ،جفری. کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (2003). *طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*، مترجم: حسن حمید پور و زهرا اندوز (1390).چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.

ولجکی ،شهناز.(1386).بررسی جنبه های مثبت و منفی اشتغال خارج از منزل زن در خانواده.پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی

هاشمی،محمد.(1388).*بررسی جنبه های کمی و کیفی رضایت زناشویی*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

Abramson T.D. metalesky D.M(2007).Measuring Dyadic Adjustment- journal of Marriage of the family Februrary1987.v:121.p:25-56

Amato,P.R . & hohmann-marriot.B.(2007) . A comparison of high - & low – distress marriages that end in divorce . journal of Marriage & family . 62-621-688.

Beach. S. R. H, Fincham . F. D & katz (2008) Marital Therapy in the treatment of depression. "Toward a third generation of therapy and research Clinical Psychology , Review . 18(6).661-635

BookWala, J. Sobin , J & Zdamiuk ,B . (2010). Gender & aggression in marital relationship : A life – span perspective . Sex Roles. 52.797-506 .

Budman,S.H.& Gurman,A.S.(2009). Theory & practice of brief therapy. New York . Guilford

Coyne, J, Thompson, R & Plamer,S. (2007). Marital quality coping with conflict marital complains & affection in couples with depressed wife. Jurnal of family psychology. 16 ( 1) 26-37.

Baucom-D.H&Siears, M (2008).Attribution of Complex cause And perception of marital conflict. Journal of The Personality and psychology.V:53.P:1119-1128

Bisson, Melissa A., Ph.D.,(2009) Wayne State University An examination of conflict styles during stressful conflicts and their relationship to marital satisfaction, 2009 , 166 pages; AAT 337-552

Barlow, D. H. (2012). *Clinical hand book of Psychological disorder* ( 3 rd.ed) New York: Guilford press.

Beck, AT,. Freeman, A,. Davis ,D.D. & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2 rd.ed). New York: : Guilford press.

Ckramer, D. and Slocum, J.W. (2006). Family Traphy . 7th ed. South Western College publishing, Cincinneti. Ohio.

Douhearty- J .S. (2001).Marital therapy. journal of counseling .V:54.P:54-64

Davis, R. A. (2011). *A Cognitive – behavioral model of pathological internet use*. Computers in Human Behavior, 17, 187 – 195.

Doss, Simpson, L. & Christensen, A. 2009). Why do cuple seek marital therapy? Professional Psychology Research & practice. 35(6)608-614

Eimer-F.D.PH.(2013).Treatment of marital and cognitive. Jornal Of Counseling Clinhcal Psycholoqy.v:167.p:119-125

Eidelson- R..J&Epstein.(2003).cognition and relationship maladjustment .journal of counsulting and Psychology .V:52.P:115-129

Estrada, Rebeca Isabel, Ph.D., University of Denver.  **An examination of love and** marital satisfaction **in long-term marriages**, 2009 , 132 pages; AAT 3387557

Emonss, R. (2010). The seven dimensions of health: ecumenical grounded theory. Paper presented at the 115 the annual (2010) conference of the American psychological association, san Francisco, ca.

-Fincham-F-D.(2008).c ognition in marrige applied-preventive.s pychology-V:3.P:158-199

Hunt, Anastasia Karagis, Ph.D., University of Virginia **,A co-twin analysis of the relationships among gender, marital status, marital quality and mental health**, 2009 , 155 pages; AAT 3393530

Fincham,F .(2008). .Marital conflict correlates structure & content .American Psychological Society. 12.10

Johanson. S.M (2008) . The revolution in couple therapy. Journal of Marital & family therapy , 29-348-365

Jouns, E & Davis, k(2008).family system system therapy-publisher John Wiley sons-England

Jacubson, M.D (2010).relationship between marital satisfiction- resources and power strategies.sex roles-24-45-56

-Jordan-T-marriage and family –(1999)-journal of Personality and social psychology. vol:53-P:510-566

Gottman . j m. & Silver . N (2009) . The seven principles for Making marriage Work . New York . Three rivers Press

Gerad, j .A & Buehler,C.(2008) .Marital conflict Parent –child relations & Youth maladjustment . Family Process. 38(1).405-116.

Goldenberg.I.Herbert.T.B.(2000) . Family marital satisfaction & commitment . www. Divorce news .com.

Karney-B.R & Bradbury-T.N-(2004)-is the association between attribution and marital states and artifact of negative affectivity. Journal of personality and social psychology.V:66-P:424-473

Kline.G.H,pleasant . N.D,Whiltton,S.W&Markman.H.J(2011). Understanding couple conflict .In A.L vangelisti & D Perlman (Eds) .The Cambridge handbook of personal relationships. ( 445-462) .New York Cambridge University Press

Kitzmann.K.M(2010) .Effects of Marital conflict . Journal of Developmental Psychology. Vol 36(1)3-13

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Loewen, Kimberly C., Psy.D., Alliant International University, San Diego **,An exploratory study of religious conversion motivated by marriage: Adult attachment style and the marital relationship**, 2009 , 143 pages; AAT 3356841

Leahy, R.L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford press.

Nordhal, H. M., Holthe, H ., & Shaugum, J. A. (2005). *Early maladaptive schemas in pateintes with or without personality disorders- close schema modification predict symptomatic relief*. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 12, 142-149.

Lindessi, R. (2010). The characteristics of emotional maturity and marital. Journal of Life science -vol:33.P:27-40

Oulson H.D(2009).the individual-marriage and family. Journal of health and behavior V:46.P:302-321

Riso, L.P., Dutoit, P.L., Stein, D.J. & Young, J.E. (2007). *Cognitive Schemas and core belief in Psychological Problems*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Sadock,B.J.,Sadock,V.A.(2006).*Kaplan&Sadock’S :Synopsis of Psychiatry* (10th ed. ) .NY : Lippincott William&Wilkins.

Sadock,B.J.,Sadock,V.A.(2003).Kaplan&Sadock’S :Synopsis of Psychiatry (8th ed. ) .NY : Lippincott William&Wilkins.

Sidney,J.M.(2012).*Textbook of child and adolescent psychiatry*(3rd ed.).USA: American Psychiatry Press.

Sabourin, s.(2008)marital satisfaction .depression and attribution .Journal of personality and social psychology-v:64.p:142-152

Suls,J.& Bounde ,J. (2010) . Anger anxiety & depression as factors for cardiovascular disease: The problems & implications of overlapping affective dispositions Psychological Bulletin. 134(2).260-300

Tamaren, Karen J., Ph.D., Saint Louis University **Factors of Emotional Intelligence associated with** marital satisfaction, 2010 , 223 pages; AAT 3397574

Troxel . W.M (2011) ,Marital quality, communal strength ,& physical health. Doctor of Philosophy, University of Pittsburg, 79 pages. 16 -25

Vincent, J. P.,Wises, R. L. & Grey, R. (2006). A Behavioral analysis of problem solving in marriage and stranger dyads. . Journal of Behavioral Therapy, 6,4: 475-487.

William.B. (2010).stress hormone change and marital conflict. spouses relative powermakes a diffrence. Journal of marriage and family v: 66.p:595-612

Willson, B & Richard ,T(2008).husbands and wife’s, view of the communication In their marriages. Journal of humanistic education &developments-vol:33ssuell.P:27-IIP.2 char

Young, K. S. (2007). Internet Addiction: *the emergence of a new clinical disorder*: [On- Line] Availabel at http/www.pitt.edu/ksy/apa.htm.

Young, J, E., Klosko. J . S & Weishaar M. E(2003). *Schema Therapy*, A practitioner’s guid. New York : Guilford press.

Young, J(2004). *Schema Therapy*: Conceptual Model. Avalable in: www. Therapist.training.com.au/young.pdf

Young, J. E & Brown, G(2001). *Young Schema Questionnair* : Special Edition. New York: Schema Therapy Institute.

Young. J. E. (1999). *Cognitive therepy for personality disorders*: A Schema- focused approach. Sarasota professional resources exchenge. Inc

1. multi-dimensional [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Sidney & Allen [↑](#footnote-ref-3)
4. Finchaam [↑](#footnote-ref-4)
5. Saater [↑](#footnote-ref-5)
6. Kitzmann,K,M [↑](#footnote-ref-6)
7. Hennry & Meller [↑](#footnote-ref-7)
8. .Harris [↑](#footnote-ref-8)
9. .Welburn [↑](#footnote-ref-9)
10. .Andrea [↑](#footnote-ref-10)
11. .Smit & Jonse [↑](#footnote-ref-11)
12. .Hans [↑](#footnote-ref-12)
13. Budman .& Gurman [↑](#footnote-ref-13)
14. Hanson & landblland [↑](#footnote-ref-14)
15. Vincent, Wishs & Gerey [↑](#footnote-ref-15)
16. Sheling & et al [↑](#footnote-ref-16)
17. Siseel,R [↑](#footnote-ref-17)
18. Michell ,E,A [↑](#footnote-ref-18)
19. Budman .& Gurman [↑](#footnote-ref-19)
20. Vincent, Wishs & Gerey [↑](#footnote-ref-20)