مبانی نظری وپیشینه تحقیق منبع کنترل، افسردگی و پیشرفت تحصیلی

**مباحث نظری کانون کنترل سلامت**

**منبع کنترل**

مفهوم منبع کنترل که نخستین بار به وسیله راتر مطرح شد در مطالعات مربوط به انگیزیش به گونه‌ای فزاینده‌ای اهمیت نظری و عملی به دست آورده است. نظریه یادگیری اجتماعی که مفهوم منبع کنترل از آن مایه می‌گیرد عبارت است از این که شخص در برابر یک موفقیت با انتظاراتی روبرو می‌شود که نتایج احتمالی رفتارهای ممکن او را در بر می‌گیرد. این انتظارات مبتنی بر تجارب گذشته فرد هستند. بنابر نظریه راتر احتمال رفتاری معین به گونه‌ای قانونمند با توجه به انتظارات فرد نسبت به نتایج آن رفتار فرق می‌کند.

کنترل یعنی توان هدایت یا اعمال قدرت یا بازداری رفتار خود یا دیگران. احساس کنترل داشتن احساس مطلوبی است که در بهداشت روانی فرد نقش مهمی‌بازی می‌کند حتی اگر این احساس توهمی‌بیش نباشد (کریمی، 1374).

محققان در مورد توانایی فرد در کنترل محیط از دیدگاه‌های مختلف و تحت عناوین گوناگون سخن گفته‌اند مانند رقابت، شایستگی، تفوق طلبی، درماندگی و نومیدی همه به نوعی در توصیف اینکه فرد تا چه درجه‌ای قادر است حوادث و رویدادهای مهم زندگی خود را کنترل کند به کار رفته است از دیدگاه روانشناسان واژه کنترل دارای دو معنای عمومی است:

الف) کنترل تجربی که نوعی متدولوژی علمی است و در محدوده تجربیات علمی عمل می‌کند.

ب) کنترل به عنوان یک متغیر رفتاری یا به طور روشن تر توانایی تاثیرگذاشتن و دستکاری محیط در نظر گرفته می‌شود (پودات، 1375).

به طور کلی مقصود از کنترل درونی این است که شخص رویدادهای خاص را از رفتار یا ویژگی‌های نسبتاً پایدار خود می‌داند از سوی دیگر کنترل بیرونی این است که شخص نوعی تقویت منفی یا مثبت را که به دنبال رفتار خاصی آمده معلول رفتار خود ندانسته، بلکه آن را نتیجه تصادف و اتفاق و شانس تلقی می‌کند. یا آن را به نفوذ افراد قدرتمند نسبت می‌دهد و با پیش کشیدن عوامل محیطی امکان پیش‌بینی آن را نفی می‌کند (آناستازی [[1]](#footnote-1)، 1364). به عبارت دیگر منبع کنترل درونی به این معنا است که تقویت و تنبیه‌هایی که شخص دریافت می‌کند حاصل تلاش و تدابیر شخص هستند. منبع کنترل بیرونی به این معنا است که تقویت شخص به سبب نیروهای بیرونی ورای کنترل او می‌باشند (صبوری، مقدم، 1376).

کسی نمی‌تواند از یک شخصیت درونی که کاملاً مستقل از محیط است صحبت کند و همچنین نمی‌تواند روی رفتار به عنوان پاسخ خودکار نسبت به مجموعه‌ای عینی از محرک‌های محیطی تکیه کند. برای فهم رفتار یک فرد ترجیحاً باید هم جنبه‌های فردی (تاریخچه و تجربیات یادگیری اش) و هم جنبه‌ی محیطی (محرک‌هایی که شخص به آنها آگاهی است و پاسخ می‌دهد) را در نظر داشت (مارنس[[2]](#footnote-2)، 2001).

اگر منبع کنترل را بر روی یک پیوستار تصور کنیم در یک طرف پیوستار منبع کنترل درونی‌ها قرار می‌گیرد که معتقدند پیش آمدهایی که با آنها مواجه می‌شوند اساساً از اعمال خودشان نشات می‌گیرد در انتهای دیگر پیوستار بیرونی‌های هستند که معتقدند بیشتر چیزهایی که برایشان اتفاق می افتد نتیجه‌ای از علل خارجی و فراسوی کنترل مستقیم آنها می‌باشد (بارون[[3]](#footnote-3)، 1997).

همچنین کنترل عبارت است از درجه یا میزان اعتقاد فرد به اینکه تقویت‌ها وابسته یا همراه با رفتار او هستند، به این ترتیب شخصی که احساس می‌کند بر این تقویت‌ها تسلط دارد درون بین تلقی می‌شود. حال آنکه اگر شخص پیامد رفتار را مستقل از نحوه رفتار یا پاسخ خود را وابسته به شرایط دیگری بداند برون بین نامیده می‌شود. اصطلاح مرکز، کانون یا هسته کنترل به ادراکی گفته می‌شود که ما از علیت نتایج رفتار خود داریم (بال، 1977).

**سرسختی روانشناختی (سخت رویی)**

در روند شناسایی عوامل ایجاد کننده تفاوت‌های فردی در واکنش به فشارهای زندگی، کوباسا[[4]](#footnote-4) بیان کردکه سرسختی روان شناختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، رابطه بین استرس و بیماری را تحت تاثیر قرار داده، از عوامل اصلی ایجاد تفاوت‌های فردی در این زمینه است. از آن زمان به بعد، پژوهش‌های متعدد فرضیه کوباسا را حمایت کرده و نشان داده‌اند که سرسختی روان شناختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی رابطه بین استرس و بیماری را تعدیل می‌کند. کوباسا سرسختی را یک ویژگی شخصیتی می‌داند که در مواجه با حوادث فشار زای زندگی، به عنوان یک منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند. او با استفاده از نظریه‌های وجودی در شخصیت، سر سختی را ترکیبی از باورها در مورد خویش و جهان تعریف می‌کند که از سه مولفه تعهد[[5]](#footnote-5)، کنترل[[6]](#footnote-6)، و مبارزه جویی[[7]](#footnote-7) تشکیل شده و در عین حال یک ساختار واحد است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مولفه مرتبط با هم سرچشمه می‌گیرد (کوباسا[[8]](#footnote-8)، 1979).

**تعهد:** احساس در آمیختگی با بسیاری از جنبه‌های زندگی مثل خانواده، شغل و روابط بین فردی است. فرد دارای این احساس، معنا و هدفمندی زندگی، کار و خانواده را دریافته است.

**کنترل:** اعتقادی است مبنی بر این که رویدادهای زندگی و پیامدهای آن قابل پیش‌بینی و کنترل هستند و می‌توان آنها را تغییر داد.

**مبارزه جویی:** عبارت است از این باور که تغییر، جنبه‌ای عادی از زندگی است. و وضعیت‌های مثبت یا منفی که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای رشد و یادگیری بیشتر هستند، نه تهدیدی برای امنیت و آسایش فرد (شریفی و همکاران 1384).

به طور کلی سرسختی روانشناختی بر تجربه درونی و دریافت ذهنی انسان تاکید می‌کند. افراد سر سخت دارای ویژگی‌هایی مثل حس کنجکاوی قابل توجه، تمایل به داشتن تجارب معنی دار، اعتقاد به موثر بودن و ابراز وجود، نیرومندی، توانایی و مقاومت می‌باشند (یوسفی و نبوی حصار، 1383).

بر مبنای یافته‌های به دست آمده در پژوهش‌ها و جنبه‌های نظری سخت رویی ویلیامز[[9]](#footnote-9) (1992) مدل مفهومی، ارتباط سخت رویی و سلامتی را بر مبنای یک دیدگاه روان فیزیولوژیک اجتماعی ارائه کرده‌اند. براساس این مدل ارزیابی تهدید آمیز رویداد و پاسخ‌های مقابله‌ای بی ثمر (مقابله واپس رونده) عامل افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک هستند؛ و برانگیختگی فیزیولوژیک مکرر و یا طولانی نیز به فشار و اختلال در عمل سیستم ایمنی، و در نهایت بیماری منجر می‌شود. اما سخت رویی پرسش در ارزیابی روی داده‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای از برانگیختگی فیزیولوژیک منفی و آسیب زا جلوگیری می‌کند.

پژوهش‌های مختلف در طول یک دهه و اندی این مدل مفهومی‌را تقریباً تایید کرده‌اند. اما هنوز نمی‌توان در مورد جایگاه سخت رویی در زمینه استرس، سلامتی و بیماری و به طور کلی یک زندگی کارا و بارور به نتیجه گیری قطعی رسید. عوامل شخصیتی دیگری وجود دارد که برخی محققان در زمینه سلامت و بیماری به آنها نیز توجه کرده‌اند (قربانی، 1374).

**کانون کنترل**

برخی افراد معتقدند تقویت کننده‌ها به اعمال خودشان بستگی دارند در حالی که دیگران باور دارند که تقویت کننده‌های آنها به وسیله دیگران و نیروهای بیرونی کنترل می‌شوند. راتر این مفهوم را منبع کنترل نامید (شولتز و سیدنی الن شولتز، 1388).

**2کنترل درونی و بیرونی**

افرادی که به صورت شخصیت‌های دارای منبع کنترل درونی مشخص شده‌اند معتقدند تقویتی که دریافت می‌کنند تحت کنترل رفتارها و نگرشهای خود آنها قرار دارد. آنهایی که از شخصیت دارای منبع کنترل بیرونی برخوردارند تصور می‌کنند پاداشهایی را که دریافت می‌دارند دیگران، سرنوشت، یا شانس کنترل می‌کنند. به عبارت دیگر، آنها متقاعد شده‌اند که در رابطه با نیروهای بیرونی ناتوان هستند. به راحتی می‌توان درک کرد که منبع کنترل ما چه تاثیر عظیمی‌بر رفتار ما دارد. افراد دارای منبع کنترل بیرونی، که باور دارند رفتار و نگرش آنها بر تقویت کننده‌هایی که دریافت می‌کنند تاثیری ندارد، برای به خرج دادن تلاش جهت بهبود بخشیدن به شرایط خود، ارزشی قایل نیستند. در مقابل، افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که شرایط خود را کاملا در اختیار داشته و مطابق با آن رفتار می‌کنند. آنها در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی در تکالیف آزمایشگاهی در سطح بالاتری عمل می‌کنند. علاوه براین، این افراد کمتر پذیرای تلاشهای دیگران برای تاثیر گذاشتن برآنها هستند، برای مهارتهای خود ارزش زیادی قایل اند و نسبت به نشانه‌های محیطی که برای هدایت کردن رفتار استفاده می‌کنند، هوشیارتر هستند (شولتز و سیدنی الن شولتز، 1388).

**2-1-3-5- كانون كنترل سلامت**

كانون كنترل سلامت به باور فرد به اين امر كه سلامت وي تا چه حد تحت كنترل عوامل دروني (خود) و يا بيروني (افراد موثر، با نفوذ و اقبال) ميباشد. ساختار اوليه كانون كنترل سلامت از نظريه يادگيري اجتماعي راتر[[10]](#footnote-10) اقتباس شده است و بر اين اساس يادگيري در فرد بر پايه تقويتهاي گذشته انجام مي‌شود و طي آن افراد انتظاراتي خاص و عمومي‌را در خود شكل ميدهند. بدين ترتيب آنهايي كه از شخصيت داراي منبع كنترل بيروني برخوردارند پاداشهايي را كه دريافت ميدارند ديگران، سرنوشت يا شانس كنترل ميكنند. به عبارت ديگر، آنها متقاعد شده‌اند كه در رابطه با نيروهاي بيروني ناتوان هستند (شولتز و شولتز[[11]](#footnote-11)، 1388).

راتر، منبع كنترل را چنين تعريف ميكند: «چنانچه فرد پاداشي را به تلاش و رفتار خود نسبت نداده و آن را نتيجه تصادف، شانس، و سرنوشت تلقي كند يا آن را حاصل نيروهاي غير قابل پيش بيني تصور كند، اين تفسير تابع اعتقاد به كنترل بيروني است. برعكس، وقتي فرد عقيده داشته باشد كه بين ويژگيهاي نسبتا ثابت شخصيتي و پاداش رابطه وجود دارد، اين تفسير به كنترل دروني بر ميگردد» (خدا پناهي، 1385). «مفهوم كانون كنترل به اين مسئله بستگي دارد كه آيا فرد دريافت پاداشي را تحت تاثير قرار مي‌دهد يا نه». بنابراين عقيده مربوط به كانون كنترل تعيين كننده انتظار موفقيت تلقي ميشود و فرد ميتواند دستيابي به هدف را صرف نظر از ويژگيهاي هدف و تقويت كننده با رفتار خويش تحت تاثير قرار دهد. كانون كنترل متغير مهمي‌در علوم اجتماعي است و انتظارات عمومي افراد در مورد علت پاداشها يا تنبيهات را نشان ميدهد. به عبارت ديگر فرد چه كسي يا چه چيزي را مسئول آنچه براي او رخ داده است ميداند (براون[[12]](#footnote-12)، 2000).

كانون كنترل سلامت در واقع درجه اعتقاد فرد به اين امر است كه سلامت او تحت كنترل عوامل دروني است يا عوامل بيروني؟ كساني كه كانون كنترل سلامت از نوع بيروني دارند، به اين امر معتقدند كه پيامدهاي معين و حوادث رخ داده در زندگي آنها بواسطه نيروهايي مانند پزشكان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعيين ميگردند در عوض افرادي كه كانون كنترل سلامت از نوع دروني دارند به اين امر معتقدند كه پيامدها و حوادث معين در نتيجه رفتار و اعمال خود آنها ميباشد و تعيين كننده سلامت آنها بطور مستقيم اعمال و رفتارهاي آنان ميباشد (والستون، والستون[[13]](#footnote-13) و دوليس، 1978).

كانون كنترل سلامت بعنوان يك متغير موثر بر توسعه و پيشرفت رفتارهاي بهداشتي و ظرفيت درماني و تبيين مشكلات بهداشتي شناخته ميشود. كانون كنترل سلامت بطور مثبتي با بهترشدن همگام ميشود. در مقابل بيشتر منابع بيروني كانون كنترل سلامت (بخصوص افراد قدرتمند و با نفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهاي بهداشتي منفي و وضعيت روانشناختي ضعيف همراه مي‌شوند (مالكرن و هميلتون[[14]](#footnote-14)، 2005). كانون كنترل دروني سلامت باعث احساس كنترل ميشود و استرس افراد را كاهش ميدهد (بانيارد و گرايسون[[15]](#footnote-15)، 2000).

**2-1-3-6- احساس كنترل فردي**

مردم معمولا دوست دارند به نحوي زمام اختيار رخدادهاي زندگيشان را در دست داشته باشند و زماني كه مي خواهند مستقيما بر وقايع تاثير بگذارند، شخصا اقدام كنند. آنان، براي اين كاربه كنترل فردي نياز دارند يعني احساس اينكه قادر به تصميم گيري و اقدام موثر براي رسيدن به نتيجه مطلوب و اجتناب از نتيجه نامطلوب هستند (رادين، 1986). چندين پژوهش نشان داده است افرادي كه از احساس كنترل فردي قوي برخوردارند به هنگام استرس، كمتر فرسوده مي‌شوند (اليوت[[16]](#footnote-16)، تريف[[17]](#footnote-17) و استاين، 1986؛ ماتيني و كاپ[[18]](#footnote-18)، 1983؛ مك فارلين، نورمن، استرينر و روي، 1983؛ سالس و مولن، 1981؛ به نقل از سارفینو، 2002).

**2-1-3-7- انواع كنترل**

احساس كنترل فردي، موجب كاهش استرس مي‌شود. اين مسئله را با در نظر گرفتن فرايند زايمان كه واقعه اي استرس زا است، می‌توان شرح داد. زناني كه دوره‌هاي آموزشي زايمان طبيعي را مي‌گذرانند تعدادي از روش‌هاي افزايش كنترل فردي در فرايند زايمان را مي آموزند. آنان، همانند ساير افرادي كه در موقعيت‌هاي استرس زا قرار مي‌گيرند، مي‌توانند با تاثير گذاري بر اين واقعه، موجب كاهش استرسي شوند كه تجربه مي‌كنند. انواع كنترل‌ها عبارتند از (آوريل[[19]](#footnote-19)، 1973؛ كوهن، اوانز، استوكلز و كرانتز، 1983؛ ميلر، 1979؛ تامپسون، 1981، به نقل از سارافینو1383).

**1- كنترل رفتاري[[20]](#footnote-20)**شامل توانايي انجام اقدامي عملي به منظور كاهش تاثير استرس است. اين اقدام ممكن است باعث كاهش شدت يا مدت زمان واقعه شود. براي مثال، طي زايمان مادر مي‌تواند از شيوه‌هاي تنفسي ويژه براي كاهش درد استفاده كند.

**2- كنترل شناختي[[21]](#footnote-21)** شامل توانايي استفاده از فرايندها يا راهكارهاي فكري به منظور تعديل تاثير استرس است. اين راهكارها، انديشيدن در مورد واقعه به گونه اي متفاوت، يا توجه به فكر يا احساسي خوشايند را شامل مي‌شود. براي مثال، مادر به هنگام زايمان مي‌تواند به لحظات شيريني كه كودك به زندگي او مي افزايد، بينديشد يا مي‌تواند توجهش را به حركت بچه، يا تصويري مانند يك روز خوب در كنار ساحل، معطوف سازد.

**3- كنترل بر تصميم گيري‌ها[[22]](#footnote-22)**به داشتن امكان انتخاب از ميان راه‌ها و اقدامات گوناگون، گفته مي‌شود. در فرايند زايمان، پدر و مادر حق انتخاب‌هاي گوناگوني دارند. مانند انتخاب ميان پزشك يا ماما، زايمان طبيعي يا سزارين، زايمان در بيمارستان يا منزل. در موقعيت‌هاي پزشكي ديگر، ممكن است به بيمار در مورد نحوه و زمان درمان، حق انتخاب داده شود.

**4- كنترل اطلاعاتي[[23]](#footnote-23)** شامل داشتن موقعيت براي كسب اطلاعات در مورد واقعه اي استرس زا است- مانند اينكه چه اتفاقي خواهد افتاد، چرا، و پيامدهاي احتمالي آن چيست؟براي مثال، يك زن باردار ممكن است اطلاعاتي در مورد مراحل زايمان، احساسات مادر پس از آن، و روش‌هاي پزشكي به دست آورد. كنترل اطلاعاتي، به وسيله افزايش توانايي فرد در پيش بيني وقايع و كسب آمادگي‌هاي لازم برای مواجهه با آن، و كاهش ترس ناشي از وقايع ناشناخته، موجب كاهش استرس مي‌شود.

هر يك از انواع كنترل مي‌تواند موجب كاهش استرس شود، اما به نظر مي‌رسد كه كنترل شناختي بيشترين تاثير سودمند و پايدار را داشته باشد (كوهن، اوانز، استوكلس و كرانتز، 1986؛ تامپسون، 1981به نقل از سارافینو، 1383).

**2-1-3-8- باور فرد در مورد خودش و كنترل**

اعتقاد افراد در مورد كنترلي كه بر زندگيشان دارند. متفاوت است. بعضي از مردم تصور مي‌كنند زمام اختيار زندگيشان را در دست دارند و بعضي ديگر چنين باوري ندارند.

كساني كه معتقدند بر توفيق‌ها و شكست‌هايشان مسلطند، كانون كنترل دروني[[24]](#footnote-24) دارند. به عبارت ديگر، آنان خود را مسئول مي‌دانند. بعضي از افراد، مانند كه معتقدند اختيار زندگيشان در دست نيروهاي خارجي است. كانون كنترل بيروني دارند (فاريس، 1987؛ راتر، 1966، به نقل از سارافینو، 1383).

مسلم است كه هر گاه فرض كنيم همه چيز زندگي در اختيار فرد است، واقع بينانه فكر نكرده ايم. اما ميزان قبول مسئوليت، تعيين كننده كانون كنترل است. جوليان راتر (1966) مقياس كانون كنترل دروني- بيروني[[25]](#footnote-25) را به منظور تعيين ميزان دروني يا بيروني بودن كانون كنترل افراد، تدوين كرد. اين مقياس، شامل رشته اي عبارت‌هاي دوگانه است مانند:

الف) يك فرد معمولي مي‌تواند در تصميم گيري‌هاي دولت تاثير بگذارد.

ب) جهان را شماري اندك از افراد با قدرت اداره مي‌كنند.

از ميان هر جفت از اين عبارت‌هاي دروني-بيروني، فرد بايد جمله اي را كه با آن موافق است، انتخاب كند. اكثر مردم، در مورد ميزان تاثيرشان بر وقايع زندگي خود، افكاري ميانه دارند. يعني كانون كنترل آنها در ميانه طيف به شدت دروني و به شدت بيروني قرار مي‌گيرد.

يكي ديگر از جنبه‌هاي كنترل فردي كه اهميت دارد كارايي شخصي[[26]](#footnote-26) است يعني اعتقاد به اينكه مي‌توانيم درآنچه مي خواهيم انجام دهيم، موفق شويم (بندورا، 1986). مردم احتمال توفيق يا شكست را براساس مشاهدات قبلي خود از نتايج فعاليت‌هايشان تخمين مي زنند. آنها براي به انجام رسيدن يك عمل، دو مورد را در نظر مي‌گيرند:

1- آيا عمل، در صورت صحيح انجام گرفتن، به نتيجه مطلوب منجر خواهد شد؟

2- آيا مي‌توانند آن عمل را به نحو مطلوب انجام دهند؟ براي مثال، ممكن است بدانيد كه در صورت گذراندن يك دوره تخصصي، موفق به كسب مدرك آن دوره خواهيد شد. اگر تخمين شما در مورد موفقيت در آن دوره برابر صفر باشد، احتمال ثبت نام شما كم است. كساني كه از احساس كارايي قوي برخوردارند در مقايسه با كساني كه احساس كارايي ضعيفي دارند، در موقعيت‌هاي استرس زا، كمتر دچار فرسودگي جسمي و رواني مي‌شوند (بندورا، ريس[[27]](#footnote-27)و آدامز، 1982؛ بندورا و همكاران، 1985؛‌هالاهان و بك، 1984، به نقل از سارافینو، 1383).

**2-1-3-9- شكل گيري كنترل فردي و عوامل تعيين كننده آن**

قضاوت افراد در مورد كنترل رخدادهاي زندگيشان بر چه اساسي است؟ اين ارزيابي‌ها معمولا براساس دانش و اطلاعات گوناگون حاصل از تجارب فرد در طول زندگي صورت مي‌گيرد (بندورا، 1986؛ فاريس، 1987؛ رادين، 1987 الف؛ شانك و كاربوناري، [[28]](#footnote-28)1984). يكي از   
مهم ترين اين منابع، عملكرد ما، يعني برداشت ما از ميزان توفيق يا شكست اقداماتمان است. شيرخواران با هماهنگ كردن احساسات و حركات جسماني شان، كنترل فردي را مي آموزند. مثلاآنان ياد مي‌گيرند كه با تكان دادن جغجغه مي‌توانند صدا ايجاد كنند.

فرد طي زندگي خود، ميزان كنترل فردي اش را از طريق يادگيري اجتماعي ارزيابي مي‌كند؛ فرايندي كه در آن از طريق مشاهده رفتار ديگران، به يادگيري مي پردازد (بندورا، 1986). در اوان كودكي، خانواده نقش مهمي‌در اين فرايند بازي مي‌كند. اعضاي خانواده منبع الگوهاي رفتاري تشويق و تنبيه، تقويت، و معياري براي مقايسه هستند. پدر و مادر مهربان، كودكان را تشويق مي‌كنند و معيارهاي رفتاريشان با ثبات است، فرزنداني پرورش مي‌دهند كه از احساس كارايي قوي و محور كنترل دروني برخوردارند (هارتر[[29]](#footnote-29)، 1983). پس از ورود كودكان به مهد كودك يا مدرسه، همسالانشان به گونه اي فزاينده اهميت پيدا مي‌كنند و كودكان خودشان را در توانايي‌هاي درسي، شيطنت، استعداد، محبوبيت و غيره، با آنها مقايسه مي‌كنند. در نوجواني، احساس كنترل فردي به شدت تحت تاثير روابط جنسي و اجتماعي و تصميم‌هاي مربوط به آموزش عالي و وضعيت شغلي قرار دارد. كساني كه با مهارت‌هاي ذهني و اجتماعي ضعيف و شك بسيار در مورد خود، به دوران بزرگسالي تا پيري، به شكلي فزاينده بيروني مي‌شود، يعني اعتقاد به تاثير بخت و اقبال و قدرت ديگران بر زندگي، افزايش مي يابد (لاشمن، 1986). در نتيجه، زماني كه افراد مسن به بيماري‌هاي جدي مبتلا مي‌شوند، بسياري از آنان مانند جوان ترها، ترجيح مي‌دهند متخصصان، تصميم گيري‌هاي بهداشتي را برايشان انجام دهند (وودوارد[[30]](#footnote-30) و والستون، 1987).

اطلاعاتي كه افراد از آن براي ارزيابي ميزان كنترل فردي خود استفاده مي‌كند، معمولا گذشته نگر، پيچيده و غير روشن است. در نتيجه، قضاوتهايي كه در مورد كنترل فرديشان انجام مي‌دهند هميشه واقع گرايانه و براساس حقايق نيست. بعضي اوقات ما دچار حالتي مي‌شويم كه الن لانگر[[31]](#footnote-31) آن را توهم كنترل[[32]](#footnote-32) مي نامد، يعني مي پنداريم بر رخدادي كه اتفاقي است، كنترل داريم (به نقل از سارافینو،1383).

**2-1-3-10- جنسيت و تفاوت‌هاي فرهنگي اجتماعي در كنترل فردي**

معمولا تفاوت‌هاي فرهنگي اجتماعي و جنسيتي در كنترل فردي، براثر تجارب اجتماعي افراد ايجاد مي‌شوند. گاهي اوقات، پدر و مادر و معلمان، ندانسته، دختران را به سوي كانون كنترل بيروني و احساس كارايي پايين سوق مي‌دهند (دوك و اليوت[[33]](#footnote-33)، 1983). به دليل آنكه گروه‌هاي اقليت و افراد فقير معمولا از قدرت و پيشرفت اقتصادي محدودي برخوردارند، بيشتر به كانون كنترل بيروني معتقدند (لاندين[[34]](#footnote-34)، 1987 ،به نقل از سارافینو،1383).

**2-1-3-11-زماني كه مردم كنترل فردي ندارند**

بر سر كساني كه به مدتي طولاني، دچار استرس شديدي مي‌شوند و احساس مي‌كنند هر كاري كه انجام مي‌دهند فرقي نمي‌كند. چه مي آيد؟ آنان احساس عجز و ناتواني مي‌كنند. تصور مي‌كنند گرفتار شده‌اند و توانايي جلوگيري از پيامدهاي منفي را ندارند. كارمندي كه هر كاري مي‌كند نمي‌تواند رضايت خاطر مدير را فراهم آورد. دانشجويي كه نميتواند در امتحان موفق شود، يا بيماري كه نمي‌تواند درد شديد كمرش را تسكين بخشد، همه در موقعيتي قرار دارند كه موجب ياس و دلسردي مي‌شود. در نتيجه، اين افراد ممكن است دست از تلاش بردارند، باور كنند كه بر وقايع زندگيشان كنترلي ندارند و در موقعيت‌هايي كه با اعمال كنترل مي‌توانند موفق شوند كاري انجام ندهند. مارتين سليگمن (1975) اين موارد را درماندگي آموخته شده**[[35]](#footnote-35)** ناميده است و آن را يكي از ويژگي‌هاي اساسي افسردگي مي‌داند.

پژوهشي به وسيله دونالد هيروتو[[36]](#footnote-36) و مارتين سليگمن (1975) نشان داد قرار گرفتن افراد در موقعيت‌هايي كه به شكست‌هاي مكرر مي انجامد، موجب مي‌شود آنها احساس درماندگي را بياموزند. اين پژوهشگران دانشجويان را به سه گروه كه صداي بلند گوشخراشي را مي‌شنيدند، تقسيم كردند. در گروه اول صدا قابل كنترل بود و به آنان گفته شده بود دكمه اي وجود دارد كه با فشار دادن آن، صدا قطع مي‌شود. به گروه دوم همان دستور كار گفته شده بود، با اين تفاوت كه آنان هر كار مي‌كردند صدا قطع نمي‌شد. به گروه سوم گفته شده بود كه هر از چند گاهي صدايي خواهند شنيد كه خود به خود قطع خواهد شده و از آنان خواسته شده بود كه سر جاي خود بنشيند و به آن گوش دهند. سپس احساس ناتواني و عجز دانشجويان به شكلي مشابه ‌اندازه گيري شد. دانشجوياني كه در گروه صداي كنترل نشدني قرار داشتند، بيش از دو گروه ديگر احساس ناتواني كردند. سليگمن و همكارانش نظريه درماندگي آموخته را بسط دادند و دو مشاهده ديگر را توصيف كردند (آبرامسون، سليگمن، و تيزدال، 1978). اول آنكه، رخدادهاي كنترل نشدني هميشه به درماندگي آموخته منجر نمي‌شوند و دوم آنكه افراد افسرده اغلب احساس از دست دادن عزت نفس را گزارش مي‌كنند. اين نظريه، ناگزير از پاسخ دادن به اين پرسش است كه چرا مردم خود را بابت رخدادهايي خارج از كنترلشان سرزنش مي‌كنند. آنان پس از اصلاح اين نظريه، چنين پاسخ دادند زماني كه مردم با رخدادي كنترل نشدني روبه رو مي‌شوند، از خود مي پرسند: «چرا من نمي‌توانم بر اين رخداد تاثير بگذارم و اين رخدادها تا به كي ادامه خواهند داشت؟» آنان به اين پرسش از طريق فرايند اسناد، [[37]](#footnote-37)پاسخ مي‌دهند، به اين معنا كه مردم سعي مي‌كنند از طريق بررسي اعمال، قصدها، انگيزه‌ها و احساساتشان، به علل وقايع پي ببرند. چگونه؟ مردم براي بررسي علل، سه بعد از موقعيت را ارزيابي مي‌كنند:

**1- دروني- بيروني[[38]](#footnote-38):** افرادي كه احساس به دام افتادن و ناتواني در كنترل رخدادهاي منفي مي‌كنند، از خود مي پرسند كه آيا ناتواني آنان در كنترل آن رخداد، باعث ايجاد اين موقعيت شده است يا علل بيروني خارج از كنترل؟ براي مثال، فرض شود بيماري كه براثر تصادم دچار آسيب شده و به يك برنامه فيزيوتراپي ويژه عمل مي‌كند، نتواند به اهداف هفتگي تعيين شده برسد. او ممكن است اين شكست را ناشي از ضعف تحمل خود بداند يا آن را به برنامه فيزيوتراپي طراحي شده، نسبت دهد. قضاوت او هر چه كه باشد، ممكن است باعث شود او ديگر به برنامه ادامه ندهد. اگر وي علت مشكل را ضعف قدرت شخصي ارزيابي كند، احتمالا دچار كاهش عزت نفس مي‌شود.

**2- دايم- موقت[[39]](#footnote-39):** افرادي كه با رخداد منفي كنترل ناپذيري روبرو مي‌شوند، عامل ايجاد موقعيت را از نظر دايم بودن يا موقت بودن ارزيابي مي‌كنند. اگر آنان تصوركنند عامل ايجاد كننده، هميشگي است، مانند يك بيماري مزمن يا ناتوان كننده، بيشتر احساس افسردگي مي‌كنند.

**3- كلي- اختصاصي[[40]](#footnote-40):** مردم همچنين از خود مي پرسند كه آيا عواملي كه باعث وقايع كنترل ناپذير شده‌اند تاثيري وسيع مي‌گذارند يا اختصاصي؟كسي كه نمي‌تواند سيگار را ترك كند، ممكن است به اين نتيجه كلي برسد كه «من كلا آدم بد و كم اراده اي هستم» كه در اين صورت بيشتر احساس ناتواني و افسردگي مي‌كند تا فردي كه به نتيجه اختصاصي برسد، مانند آنكه بگويد «من در كنترل اين بخش از زندگي ام موفق نيستم. »

بنابراين، كساني كه رخدادهاي منفي زندگيشان را به عوامل دائمي و كلي نسبت مي‌دهند، در معرض خطر ابتلا به احساس درماندگي و افسردگي قرار دارند. اگر قضاوت آنان دروني نيز باشد، احساسشان شامل از دست دادن عزت نفس نيز خواهد بود. مردمي‌كه تصور مي‌كنند رخدادهاي بد ناشي از عوامل دروني، دايم و كلي هستند و وقايع خوب، ناشي از عوامل بيروني، موقت و اختصاصي، ديدي بدبينانه در مورد زندگي پيدا مي‌كنند (كامن[[41]](#footnote-41)و سليگمن، 1989).

نداشتن كنترل فردي به هنگام شرايط پراسترس زندگي واقعي، چه تاثيري بر افراد مي‌گذارد؟ تعدادي از پژوهش‌ها، از طريق بررسي دانشجويان خوابگاه‌ها، به اين پرسش پاسخ گفته‌اند (باوم، آيلو[[42]](#footnote-42) و كالسنيك[[43]](#footnote-43)، 1978؛ باوم و گچل، 1981؛ رادين و باوم، 1978). در اين تحقيقات ميزان استرس و كنترل دانشجويان ساكن در دو خوابگاه‌اندازه گيري شد. در خوابگاه اول، راهروهايي كوتاه به گونه اي طراحي شده بودند كه تعداد كمي از ساكنان آن مي‌توانستند در يك محل جمع شوند. در خوابگاه دوم، راهروهايي بلند به گونه اي طراحي شده بودند كه تعداد زيادي از ساكنان ان مي‌توانستند در طول راهرو بنشينند. اين پژوهش‌ها نشان دادند دانشجوياني كه در خوابگاه‌هايي با راهروهاي بلند زندگي مي‌كردند، بيش از دانشجويان خوابگاه‌هاي داراي راهرو كوتاه، دچار استرس و ناتواني در كنترل وقايع اجتماعي ناخواسته مي‌شدند. افزون بر اين، تفاوت‌هاي فوق با ميزان درماندگي و عجز نيز همبستگي داشت. مشاهده دانشجويان در موقعيت‌هاي اجتماعي نشان داد كساني كه در خوبگاه‌هاي داراي راهروهاي بلند به سر مي‌بردند بيش از دانشجويان گروه ديگر احساس ناتواني مي‌كردند- براي مثال، ساكنان خوابگاه‌هاي داراي راهرو بلند، كمتر با غريبه‌ها باب سخن را باز مي‌كردند، همكاري كمتري از خود نشان مي‌دادند و در بازي‌هاي رقابتي، بيشتر تمايل به تسليم شدن داشتند.

كارول دوك و همكارانش درماندگي آموخته شده و اسناد را در كودكان دبستاني مورد بررسي قرار دادند. در يك پژوهش به دانش آموزان كلاس پنجم، بلوك‌هايي با رنگ‌هاي گوناگون داده و از آنان خواسته شد كه بلوك‌ها را مانند تصوير روي ديوار كنار هم بگذارند (دوك و ريپوچي[[44]](#footnote-44)، 1973). به انجام رساندن اين كار با بلوك‌هايي كه داشتند عملا ناممكن بود. دانش آموزاني كه شكست خود را به عوامل دايم و كنترل ناپذير نسبت دادند، مانند ضعف توانايي خودشان، در انجام دادن كارهاي بعدي عملكرد ضعيف تري داشتند تا دانش آموزاني كه شكست را به عوامل موقت و اصلاح پذير، مانند تلاش نكردن، نسبت داده بودند. بررسي ديگر نشان داد كه بعضي معلمان به گونه اي به دختران پسخوراند مي‌دهند كه باعث مي‌شود آنان بيش از پسران احساس درماندگي كنند (دوك، داويدسون، نلسون و انا[[45]](#footnote-45)، 1978). تجارب كودكان اغلب باعث ايجاد احساس درماندگي در آنان مي‌شود.

**2-1-3-12- كنترل فردي و سلامت**

كنترل فردي و سلامت، از دو راه ممكن است با هم ارتباط داشته باشند. اول، افرادي كه احساس كنترل فردي شان قوي است، امكان دارد به ميزان بيشتري توانايي حفظ سلامت و پيشگيري از بيماري را داشته باشند. دوم، به هنگام ابتلا به بيماري جدي، افراد داراي احساس كنترل فردي قوي ممكن است بهتر با بيماري كنار بيايند و در فرايند توان بخشي، نقشي سازنده تر داشته باشند. هر دو اين ارتباطات مورد بررسي قرار گرفته‌اند.

محققان از چند رويكرد به منظور اندازه گيري كنترل فردي استفاده كردند، براي نمونه، بعضي از پژوهشگران مصاحبه‌ها يا پرسشنامه‌هايي تدوين كرده‌اند كه ميزان استفاده فرد از هر يك از انواع كنترلهای شناختي، رفتاري، يا اطلاعاتي را اندازه گيري مي‌كند. بعضي ديگر، كانون كنترل افراد را با استفاده از مقياس كانون كنترل دروني- بيروني يا آزمون‌هايي كه اختصاصا كنترل بر سلامت را مي سنجند، بررسي كرده‌اند. يكي از بهترين آزمون‌هاي تدوين شده در اين باره، مقياس‌هاي چند بعدي كانون كنترل سلامتي[[46]](#footnote-46) است (والستون، والستون، و دوليس، 1978). اين آزمون شامل 18 عبارت است. فرد، نظر خود را درباره هر يك، از ميان طيف «به شدت موافق» تا «به شدت مخالف» انتخاب مي‌كند. اين آزمون شامل سه مقياس است:

**1- كنترل سلامت توسط فرد[[47]](#footnote-47):** اين مقياس ميزان كنترل دروني فرد را بر سلامتش اندازه گيري مي‌كند، مثلا با عبارتي همچون: «عامل اصلي موثر بر سلامتم، خود من هستم».

**2- كنترل سلامت توسط ديگر افراد قدرتمند[[48]](#footnote-48):** اين مقياس باور افراد را در مورد اينكه سلامت به وسيله افرادي مانند پزشكان كنترل مي‌شود اندازه گيري مي‌كند، مثلا با عبارتي همچون: «هر وقت احساس مي‌كنم حال ندارم، بايد با پزشك مشورت كنم».

**3- كنترل سلامت به وسيله شانس:** اين مقياس اين باور را اندازه گيري مي‌كند. كه سلامت به وسيله بخت يا تقدير كنترل مي‌شود. مثلا با عبارتي همچون: «شانس و افراد قدرتمند، ميزان اعتقاد افراد با تاثير منابع بيروني بر سلامت را ارزيابي مي‌كند.

آيا احساس كنترل فردي بر سلامت فرد، اثر مي‌گذارد؟ تحقيقات نشان داده است كه افراد بدبين- كساني كه معتقدند كنترل كمي‌دارند- عادت‌هاي بهداشتي ضعيف تري دارند، بيشتر بيمار مي‌شوند و به هنگام ابتلا به بيماري، در درمان خود فعال نيستند (كامن، سليگمن، 1989؛ لين[[49]](#footnote-49) و پترسون، 1990). احساس كنترل فردي قوي همچنين ممكن است به افراد در تطابق يافتن با يك بيماري جدي و تسريع بهبودي كمك كند، به ويژه اگر باور داشته باشند كه بيماريشان شديد است. افراد مبتلا به بيماريهايي همچون سرطان يا از كارافتادگي كليه‌ها كه در آزمون كنترل دروني امتياز بالايي مي‌گيرند، كمتر از كساني كه به نقش شانس معتقدند، دچار افسردگي مي‌شوند (دوينس[[50]](#footnote-50) و همكاران، 1981؛ ماركس، ريچاردسون، گراهام، و لوين[[51]](#footnote-51)، 1986). اعتقاد به اينكه خود آنان يا فردي ديگر مي‌تواند بر وضعيت بيماريشان موثر باشد، سبب مي‌شود بيماران به آينده شان اميدوار شوند. افزون براين، بيماراني كه كانون كنترل دروني دارند احتمالا تشخيص مي‌دهند كه راه‌هاي موثري براي كنترل استرس دارند.

بعضي از انواع كنترل ممكن است بيش از بقيه، در تطابق يافتن بيماران با بيماري جدي شان، به آنها كمك كند. در يك مطالعه، رابطه ميان تطابق با سرطان پستان و استفاده بيمار از انواع كنترل (شناختي، رفتاري و اطلاعاتي) بررسي شد. (تيلور، ليختمن، و وود[[52]](#footnote-52)، 1984). نتايج اين تحقيق نشان دادكه تطابق يافتن با استفاده بيمار از كنترل شناختي، مانند فكر كردن در مورد زندگي به گونه اي ديگر، يا زندگي را سخت نگرفتن، همبستگي قوي تري داشت. همچنين، بيماراني كه از كنترل رفتاري استفاده كرده بودند، مثلا با ورزش كردن بيش از پيش، بهتر خود را با بيماري تطابق دادند. اما ميان تطابق يافتن و استفاده از كنترل اطلاعاتي، مانند خواندن كتاب در مورد سرطان رابطه اي مشاهده نشد. دليل اين امر ممكن است آن باشد كه كسب اطلاعات درباره بيماري، امكان دارد باعث افزايش ترس بيماران شود يا بر بيماراني كه امكان كنترل شناختي يا رفتاري ندارند، تاثيري اندك داشته باشد.

كنترل فردي در تلاش بيماران براي توان بخشي خودشان نيز موثر است- به ويژه احساس كارآيي كه موجب تقويت تلاش‌ها مي‌شود. اين موضوع در تحقيقي درباره افراد مسن مبتلا به بيماري‌هاي تنفسي جدي، مانند برونشيت مزمن و آمفيزم، نشان داده شد (كاپلان، اتكينس[[53]](#footnote-53) و راينش[[54]](#footnote-54)، 1984، به نقل از سارافینو، 1387). براي هر يك از بيماران، پس از معاينه و انجام گرفتن آزمون ورزش، نوعي ورزش تجويز مي‌شد. بيماران همچنين كارآيي ورزشي خود- يعني اعتقاد به توانايي خويش در انجام دادن فعاليت‌هاي جسمي‌بخصوص، مانند پياده روي در مسافت‌هاي مختلف، بلند كردن وزنه‌هاي گوناگون و بالا رفتن از پله‌ها- را با پر كردن پرسشنامه اي تعيين كردند. تجزيه و تحليل همبستگي نشان داد هر چه ميزان احساس كارايي در بيمار بيشتر بود، احتمال پيروي او از ورزش‌هاي تجويز شده نيز بيشتر بود.

**تحقیقات پیشین**

**2-2-1- استرس و تاب آوری**

جانسون[[55]](#footnote-55) و همکاران (2010) تاب آوری 80 بیمار جسمی‌را در راستای مقابله با استرس‌های وارده و سازگاری روان شناختی بررسی کردند که نتایج پژوهش نشان داد تاب آوری، متغیر موثری در کاهش نشانه‌های پریشانی روانی از قبیل اختلا ل استرس پس آسیبی، اضطراب و افسردگی است.

نتایج تحقیق استیفبرگن و پیرنی[[56]](#footnote-56) (2010) در خصوص عوامل‌ روان شناختی تاب آوری مانند پذیرش، ارتباط میان فردی، خود اثر بخشی، مدیریت استرس و سلامت خود ونشانه‌های افسردگی که بر 630 فرد مبتلا به سندرم پست پولیو[[57]](#footnote-57) انجام شد نشان داد53 درصد از افراد مورد مطالعه در تاب آوری سلامت خود، نمره خوب کسب کرده‌اند و چهار عامل تاب آوری با 30 درصد واریانس در نشانه‌های افسردگی با رشد روانی پیش‌بینی کننده‌های اصلی هستند.

نتایج پژوهش کمپبل سیلز (2006) نشان داد که مهارت‌های مقابله‌با استرس به طور معنی‌داری در پیش‌بینی تاب‌آوری در نمونه مورد پژوهش موثر بوده است. به ویژه استفاده از راهبرد‌های مقابله‌ای مسئله محور، رابطه مثبت و معنا داری با تاب‌آوری داشته است.

پژوهشی با عنوان: اثر بخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی، توسط حسن زاده پشنگ و همکاران (1391) انجام گردید. این مطالعه یک تحقیق نیمه آزمایشی بر 32 بیمار بود. بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های تاب آوری دیوید سون وپرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس، شیوه‌های مقابله با استرس در 8 جلسه 90 دقیقه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده شد. بعد از این آموزش دوباره پرسش نامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از ان است که آموزش شیوه‌های مقابله با استرس موجب افزایش معنا دار میزان تاب‌آوری، کاهش معنی‌دار میزان افسردگی و استرس در بیماران شده ولی باعث کاهش معنی‌دار میزان اضطراب آنان نمی‌شود و در نتیجه آموزش شیوه‌های مقابله با استرس در کاهش میزان افسردگی، استرس و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نقش بسزایی دارد. همچنین نتایج نشان داد آموزش گروهی شیوه‌های مقابله با استرس بدون نیاز به کارگیری رویکرد‌های دیگر از قبیل روان درمانی، خانواده درمانی و مشاوره بر میزان تاب آوری، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی تاثیر معنا داری دارد و میزان افسردگی و استرس این بیماران را کاهش و میزان تاب آوری آنان را افزایش می‌دهد.

جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (1389) در تحقیقی با عنوان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد موثر است.

در یک طرح شبه آزمایشی 27 نفر با روش نمونه گیری دردسترس در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت 12 جلسه تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ آموزشی در یافت نکردند. آزمودنی‌های مورد پژوهش توسط مقیاس کانر و دیویدسون پیش از شروع درمان، پایان درمان و پس از پیگیری 4 ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بکار گیری مهارت‌های مقابله‌ای موجب افزایش تاب آوری در گروه آزمایش شده است. به عبارتی تاب آوری گروه آزمایش در پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری افزایش معنی داری داشته است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پاسخ‌های مقابله‌ای ترکیبی از تلاش‌های شناختی و رفتاری در مدیریت استرس بوده و از ماهیت فرایندی بر خوردار است. بنابراین، تاب آوری تنها یک حالت ایستا نمی‌باشد، بلکه بسته به زمان و موقعیت‌های مختلف در معرض تغییر و تحول است. همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای مورد استفاده متاثر از نحوه ارزیابی موقعیت‌ها از سوی افراد می‌باشد. برای مثال زمانی که افراد استرسور‌ها را قابل کنترل و تغییر پذیر بدانند غالبا از سبک مساله محور استفاده می‌کنند. در مقابل زمانی که استرسور‌ها غیر قابل کنترل ارزیابی شوند، راهبرد‌های هیجان محور به کار گرفته می‌شوند. بنابراین، به نظر می‌رسد که رشد تاب آوری متاثر از نحوه استفاده افراد از گروه‌های مهارت‌های مقابله ای، نحوه ارزیابی موقعیت‌هاو رویکرد مقابله‌ای خاص باشد (تیس[[58]](#footnote-58)، 2008، به نقل ازجعفری، 1389).

محمودی، رحیمی و محمدی (1388) در تحقیقی با عنوان: عوامل موثر بر تاب آوری در افراد مواجه شده با ضربه روانی به این نتیجه دست یافتند که عاطفه مثبت، و خوش بینی با تاب آوری رابطه مثبت و معنی دار دارند و رابطه عاطفه منفی با تاب آوری، منفی و معنی دار است. احتمالا علت ارتباط خوش بینی با تاب آوری این است که افراد خوش بین در مواجهه با فشارهای روانی از سبک‌های مقابله‌ای موثر تری استفاده می‌کنند. همچنین افراد خوش بین دارای طرحواره‌های ذهنی انعطاف پذیر تری هستند و می‌توانند هنگام مواجهه با ضربه‌های روانی به طور انطباقی موقعیت را پردازش کنند و با آن کنار بیایند.

بنابراین در پژوهش‌های متعددی مشخص شده است که مهارت‌های مقابله‌با استرس نقش موثری در افزایش تاب‌آوری دارد (حسن زاده پشنگ، 1391، جعفری، 1389، کمپبل سیلز، 2006).

**2-2-2- استرس و کانون کنترل**

اوپوچیلیک[[59]](#footnote-59) (2009) در پژوهشی به ارزیابی سبک مقابله بااسترس و منبع کنترل سلامت در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و فشار خون بالا، بر روی نمونه‌ای شامل 112 بیمار در گستره سنی 35-65 سال پرداختند. در این مطالعه دو گروه مورد بررسی قرار گرفت، گروه اول دارای بیماری عروق کرونر قلب و فشار خون بالا و گروه دوم فقط دارای فشار خون بالا بدون سایر بیماری بودند. . دو گروه از بیماران اغلب از سبک مقابله با استرس مسئله مدار استفاده می‌کنند. بین این دو گروه در منبع کنترل بیرونی تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است.

لاچمن و ویور (1998) در یافته‌های خود نشان دادند که کنترل درونی به عنوان یک راه مقابله با وقایع استرس زای زندگی مطرح می‌باشد. کسانی که دارای احساس تسلط و کنترل درونی بیشتری هستند رضایت مندی بیشتری از زندگی دارند و از سلامت بیشتری برخوردارند.

تایلور و اسپینوال (1996) در نتایج تحقیقات خود نشان دادند که افراد دارای منبع کنترل درونی در مواجهه با استرس در زندگی بهتر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی عمل می‌کنند و فردی که دارای منبع کنترل بیرونی است معتقد است که اثر ناچیزی بر موقعیت‌ها دارد و پیامدهای این موقعیت‌ها را بیشتر شانس یا سرنوشت مشخص می سازد.

آنترباخ (1976) در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که بین مکان کنترل درونی و مکان کنترل بیرونی در تحمل میزان فشار روانی تفاوت عمده‌ای وجود ندارد.

هاستون (1972) بیان می‌کند هیچ تفاوتی در میزان استرس ادراک شده و مقدار اضطراب دانشجویانی که سبک اسناد درونی و بیرونی دارند، وجود ندارد.

ری و کاتاهن (1968) همبستگی معنی داری میان نمرات آزمون مکان کنترل و نمرات مقیاس اضطراب آشکار و پرسشنامه سنجش اضطراب مندلر بدست آوردند.

در پژوهش لیندر (1967) افراد دارای مکان کنترل بیرونی از هر دو جنس در مقایسه با افراد دارای مکان کنترل درونی در مقیاس اضطراب ناتوان کننده، به طور معنی داری از نمره بالاتری برخوردار بودند.

فیتر (1967) بیان می‌کند که افراد با جهت گیری بیرونی نسبت به افراد با جهت گیری درونی در مقیاس فشار روانی و اضطراب نمرات بالاتری دارند.

در تحقیق حیدری (1381)، پایان نامه با عنوان "بررسی اثر درمان شناختی رفتاری در کمک به کنترل بیماری دیابت و کاهش اختلالات هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع 1"، نتایج تفاوت معنی‌داری بین سطح اضطراب را با پیش آزمون پس آزمون در گروه آزمایش نشان داد. در این پژوهش بیمارانی که اضطراب بالا همرا با کانون کنترل بیرونی داشته اندانتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از مداخلات که شامل هفت جلسه آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری بود، نتایج تست قند خون نمایانگر کاهش هموگلوبین گکلیکوزیته و رسیدن به سطح کنترل بهینه در گروه آزمایش بودو کانون کنترل نیز نسبت به گروه کنترل در جهت درونی شدن تغییرات معناداری نشان داد.

نوفرستی (1381) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین مکان کنترل و اضطراب آشکاروپنهان رابطه معنی داری وجود دارد. این بدان معنی است که افراد دارای جهت گیری درونی نسبت به افرادی با جهت گیری بیرونی، اضطراب آشکار و پنهان کمتری را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند.

**2-2-3- استرس و سلامت عمومی**

سواتی مهتا[[60]](#footnote-60) و همکاران (2011) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را در بهبود پیامدهای روان شناختی بیماران جسمی مبتلا به ضایعه نخاعی از جمله اضطراب، افسردگی، مقابله با استرس و سازگاری با ناتوانی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان رویکرد موثری در کاهش نشانه‌های روان شناختی بعد از ابتلا به ضایعه نخاعی موثر واقع شود.

پژوهش دورستین[[61]](#footnote-61) و همکاران (2010) به بررسی افسردگی در میان بیماران جسمی مزمن تحت درمان شناختی رفتاری قبل و بعد از آموزش پرداختند و میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران را اندازه گرفتند و نتایج را با گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج بررسی نشان داد گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل هیجانات خود را کتنرل کرده و در پیامد‌های هیجانی بهبود یافته بودند.

پژوهش داچنیک[[62]](#footnote-62) وهمکاران (2009) اثر بخشی دو روش درمان مقابله با استرس و درمان حمایتی گروهی را در کاهش اضطراب وافسردگی بیماران مزمن جسمی‌بررسی کردند. نتایج اثر بخشی هر دو روش درمان در کاهش اضطراب و افسردگی بود، ولی روش درمان مقابله با استرس در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران موثر تر بود. در پژوهش مارتینوس و همکاران(2006) شاخص های جسمانی و روانشناختی دیابت بهبود معنی داری نشان داد و میزان پیروی از درمان جسمی در گروه آزمایش بعد از مداخله آموزش آرام سازی به طور معنی داری بیش از گروه گواه بود و این معنی داری در پیگیری 6 ماه بعد از مداخله نیز به قوت خود باقی ماند.سورویت و همکاران (2002)نشان دادند که کاربرد مدیریت استرس و روش های مقابله با آن باعث کاهش آشفتگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران دیابتی شده و اثر مثبتی بر دستگاه سوخت و ساز و سلامت عمومی آنها دارد.

در پژوهش مارتینوس ،کارپن،واکرهانگ،اتکینز و سینگ[[63]](#footnote-63)(2006)شاخص های جسمانی و روانشناختی دیابت بهبود معنی داری نشان داد و میزان پیروی از درمان جسمی در گروه آزمایش بعد از مداخله آموزش آرام سازی به طور معنی داری بیش از گروه گواه بود و این معنی داری در پیگیری 6 ماه بعد از مداخله نیز به قوت خود باقی ماند.

در فرا تحلیلی که توسط گرانث و همکاران (2006) در مورد مداخله‌های مدیریت استرس انجام شده است، تاثیر عمده‌ی روش‌های شناختی – رفتاری، بر پیامد‌های روانشناختی، و تاثیر عمده آرام سازی بر پیامد‌های فیزیو لوژیک مربوط به سلامت گزارش شده است.

مک گینیس (2005) وسورویت[[64]](#footnote-64) (2002) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مدیریت استرس می‌تواند بر کاهش افسردگی و حتی کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع 2 تاثیر داشته و همچنین باعث کاهش آشفتگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران دیابتی می شود و اثر مثبتی بر دستگاه سوخت و ساز و سلامت عمومی آنها دارد.

البته می‌توان گفت رابطه استرس و بیماری یک رابطه دو طرفه و تعاملی است، بدین معنی که بیماری‌های جسمی نیز به نوبه خود، به ویژه اگر به صورت مزمن در آمده باشند، از استرس‌ها و حوادث مهم زندگی به شمار می آیند (پاورز[[65]](#footnote-65)، 2005).

مطالعه سوینکوک[[66]](#footnote-66) (2002) نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی3/61 درصد می‌باشد که 6/4 درصد از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند. اگرچه اکثر بیماری‌های مزمن با افزایش شیوع افسردگی همراه است اما در مورد بیماران دیابتی این مساله 3 برابر شایع تر است. نتایج تحقیقات پالینکاس و همکاران نشان داد که افراد دیابتی افسرده در مقایسه با افراد دیابتی غیر افسرده نسخه‌های بیشتری دریافت و هزینه‌های مراقبتی آن‌ها 5/4 برابر بیشتر است (پالینکاس، 1991).

موی[[67]](#footnote-67) و همکاران در سال (2000) در جریان غربالگری دیابت وجود یک رابطه بین تعداد استرس‌های تجربه شده و شیوع دیابت نوع 2را مشخص کردند. همچنین نوربگ[[68]](#footnote-68) و همکاران استرس‌های شغلی و حمایت روحی ضعیف را همراه با شانس خطر ابتلا به دیابت در زنان گزارش کردند (حری، حقیقی، امینی و همکاران، 1387).

اندرسون[[69]](#footnote-69)و همکاران(2001) طی تحقیقی تایید نمودند که افسردگی در افراد دیابتی به طور معنی داری بیشتر از غیر دیابتی‌ها است (حدود دو برابر).

تالبوت[[70]](#footnote-70) و همکاران( 2000)گزارش نمودند که شروع افسردگی اساسی به طور اولیه، مستقل از بروز دیابت می‌باشد. بنابراین از این فرضیه که افسردگی حاصل تغییرات بیوشیمیایی دیابت و در مان آن، یا ناشی از نیاز‌های روانی – اجتماعی دیابت می‌باشد حمایت نمی‌شود.

کندی و همکاران(2000 )بیان کردند، روشهای مقابله با استرس در افراد بیمار جسمی مبتلا به ضایعه نخاعی، 67 درصد افسردگی را در سال اول ابتلا به بیماری پیش‌بینی می‌کند.

اشترنادو[[71]](#footnote-71)و همکاران(1999)گزارش نمودند که میزان بروز افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نسبت به افراد سالم 2/3 مرتبه بیشتر است.

شاو[[72]](#footnote-72) و همکاران، مک گراد[[73]](#footnote-73)و همکاران (1999) طی تحقیقات جداگانه‌ای اعلام نمودند که بین نمرات بالای افسردگی و اضطراب و سطوح بالای قند خون ارتباط معنی داری وجود دارد.

مطالعات مائز و همکاران[[74]](#footnote-74) (1997)، آدلر[[75]](#footnote-75) و کوهن (1993) نشان میدهد که بدون توجه به

شدت استرس، نحوه ارزیابی ما از موقعیت و انواع راهبر‌های مقابله‌ای و کنار آمدن با استرس نقش تعیین کننده‌ای در میزان بر انگیختگی عصب – فیزیولوژیک و سیستم ایمنی ما دارد. این یافته‌ها دلیل اصلی تمر کز مطالعات روانشناختی بر تعدیل این فرایند می‌باشد. تاثیر عوامل روانشناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس، خود کار آمدی، منبع کنترل، راهبردهای شناختی مختلف بر سیستم ایمنی، در این مطالعات روشن شده است (به نقل از حیدری، 1387).

اورهلسر[[76]](#footnote-76) و همکاران (1993) در مطالعه‌ای میزان افسردگی بیماران جسمی مبتلا به ضایعه نخاعی را بررسی کردند. یافته‌ها حاکی از مهم بودن نقش شیوه‌های مقابله با استرس در کاهش افسردگی بیماران بود.

در پژوهشی با عنوان: اثر بخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی، توسط حسن زاده پشنگ و همکاران (1391) انجام گردید. یافته‌های این پژوهش حاکی از ان است که آموزش شیوه‌های مقابله با استرس موجب افزایش معنا دار میزان تاب‌آوری، کاهش معنی‌دار میزان افسردگی و استرس در بیماران شده ولی باعث کاهش معنی‌دار میزان اضطراب آنان نمی‌شود و در نتیجه آموزش شیوه‌های مقابله با استرس در کاهش میزان افسردگی، استرس و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نقش به سزایی دارد.

امیری، آقایی و عابدی (1389) در تحقیقی با عنوان تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی‌بیماران دیابتی، انجام دادند به این نتیجه دست یافتند: آموزش مذکور به طور معنی‌داری میانگین نمرات کل سلامت عمومی‌گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه افزایش داده است و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را می‌توان به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای بهبود سلامت عمومی‌بیماران دیابتی بکار برد.

نتایج تحقیق دیگری از اکبری پور (1389) حاکی از این است که آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی به صورت معنی‌داری سلامت عمومی‌گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است.

انصاری و همکاران (1388) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی‌بیماران مبتلا به فشار خون بالا، به این نتیجه رسیدند که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس می‌تواند به منزله یک روش مداخله‌ای مفید برای افزایش سلامت عمومی‌بیماران بکار رود.

همچنین نتایج پژوهش اکبری پور، نشاط دوست و مولوی (1387) با عنوان اثر بخشی آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر سلامت عمومی، حاکی از آن بود که آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی به صورت معنی‌داری سلامت عمومی‌گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است. این پژوهش بر روی 28 بیمار عروق کرونری به صورت 2 گروه 14 نفره کنترل و گواه انجام گردید.

طراحی و بکار گیری مداخله‌هایی مبتنی بر رویکرد‌های روان درمانی اثر بخش و سودمند در بیماری‌های طبی و مزمن به طور کلی، و دیابت به طور خاص، حایز اهمیت است. به نظر می‌رسد آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی –رفتاری بتواند تاثیر مطلوب بر شاخص‌های مذکور گذاشته و به عنوان راهکاری برای کنترل بهتر بیماری و کاهش و پیشگیری از مشکلات و عوارض جسمی و روانی-اجتماعی مرتبط با دیابت سودمند باشد. مدیریت استرس به مجموعه تکنیک‌ها و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد یا افزایش توانایی آنها در مقابله با استرس‌های زندگی به کار گرفته می‌شوند (دوازده امامی، روشن، محرابی، 1388).

آموزش ایمن سازی در مقابل استرس می‌تواند به منزله یک روش مداخله‌ای مفید برای افزایش سلامت عمومی‌بیماران بکار رود (انصاری، 1388).

یافته‌های بالینی نشان می‌دهد فشار روانی ناشی از رویدادهای روز مره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن را تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می سازد و یا با تضعیف سیستم ایمنی، استعداد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی‌را افزایش میدهد. از نشانه‌های شایع استرس، خستگی، سردرد، تنش ماهیچه ای، اختلالات گوارشی، سرگیجه و. . . می‌باشد. استرس بالا قادر است موجب کاهش سطح سلامتی و رفاه افراد گردد (نعمتی و پارسایی، 1388).

از طرفی در تحقیقی که توسط حری (1387) انجام شد حاکی از ان است که تجربه‌های پر استرس در شروع و تشدید دیابت نوع 1 و2 نقش دارد.

وجود رابطه بین تجربه‌های پر استرس و دیابت همواره مورد سوال بوده است. شواهد به دست آمده حاکی ازآن است که تجربه‌های پر استرس ممکن است در شروع و نیز تشدید دیابت نقش داشته باشد (حری، حقیقی، امینی و همکاران، 1387).

لاریجانی، ابوالحسنی و مهاجرانی (1384) در تحقیقی که بر روی 309 بیمار دیابتی در مقایسه با 289 بیمار گروه کنترل (غیر دیابتی) انجام داد مشخص کرد بین گروه مبتلا به دیابت و گروه غیر دیابتی از نظر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

همچنین موسوی در سال 1387 به بررسی افسردگی و سلامت عمومی‌در بیماران دیابتی پرداخت. یافته‌های مطالعه نشان داد که در صد افسردگی در بیماران دیابتیک تحت مطالعه 78 درصد می‌باشد.

یار احمدی (1387)، در تحقیقی تحت عنوان "بررسی رابطه فشار روانی با بیماری جسمی-روانی و سلامت عمومی"به این نتیجه دست یافت که بین عوامل فشارزا با بیماری‌های جسمی - روانی همبستگی مثبت و بین عوامل فشار زا با سلامت عمومی همبستگی منفی وجود دارد.

ابراهیمی و همکاران (1382) ارتباط شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی بیماران قطع نخاعی را با میزان افسردگی شان بررسی کردند. نتیجه بررسی نقش موثر حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله‌ای موثر در کاهش نشانه‌های افسردگی، احساس بهتر و تحمل پیامد‌های بیماری و آسیب جدی بود.

**2-2-4- استرس و هموگلوبین گلوکوزیته**

ون در ون( 2005)در پژوهشی تاثیر درمان شناختی \_ رفتاری گروهی را بر پیامدهای مختلف درمانی 107 بیمار دیابتی در دو گروه آزمایش و گواه بررسی کرد. گروه آزمایش طی 6 هفته تحت درمان شناختی رفتاری گروهی قرار گرفتند. در ارزیابی سه ماه بعد از مداخله، میزان خود کارآمدی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش و میزان افسردگی و ناراحتی‌های مربوط به دیابت نیز در آن‌ها کاهش معنی داری یافت. ولی تفاوت معنی داری بین میزان هموگلوبین گلوکوزیته در آن‌ها با گروه گواه مشاهده نشد.

در حالی که در مطالعه اسنوک (2001)همین روش درمانی تاثیر معنی داری را بر کاهش هموگلوبین گلوکوزیته بر جای گذاشت.

در پژوهش سورويت(2001)72 نفر از داوطلبان ديابتي با شركت در پژوهش در دو گروه آزمايش و گواه گمارده شدند و ضمن اندازه گيري ميزان هموگلوبين گليكوزيته، و اندازه گيري اضطراب، استرس ادراكي و سلامت عمومي آن‌ها، شاخص توده بدني، رژيم دريافتي و وضعيت فعاليت‌هاي روزانه شان نيز تحت كنترل قرار گرفت . در گروه آزمايش علاوه بر آموزش‌هاي عمومي ديابت، مديريت استرس شامل آموزش آرام سازي عضلاني پيش رونده و برخي آموزش‌هاي رفتاري و شناختي دیگر نیز اجرا شد . نتايج پيگيري‌هاي انجام شده در2، 4، 6و12 ماه پس از اجرای پژوهش حاكي از اثرات مثبت و پايدار مداخله بر كنترل متابوليك و سلامت عمومي وکاهش هموگلوبین گلوکوزیته شركت كنندگان بود .

نریمانی (1391)در پژوهشی با عنوان بررسي اثربخشي آموزش مديريت استرس در كاهش علائم روانشناختي و كنترل قند خون بيماران ديابتي به این نتیجه دست یافت که آموزش مديريت استرس، در كاهش علائم روانشناختي و كنترل قند خون بيماران ديابتي مؤثر بوده و ميتواند به عنوان يك مداخلة مؤثر مورد استفاده قرار گيرد. نتايج نشان داد كه آموزش مديريت استرس در كاهش نمرات هموگلوبين گليكوزيله، شكايت جسماني، افسردگي، حساسيت بين فردي و اضطراب آزمودنيهاي گروه آزمايش درمقايسه با گروه كنترل اثربخش بوده وسه ماه بعد از مداخله همچنان پايدار بوده است.

در پژوهش محرابی و همکاران (1389) با عنوان اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی – رفتاری بر کنترل قند خون و مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع 1 به این نتیجه دست یافتند که پس از مداخله، میانگین نمرات HbA1c، افسردگی، استرس (P>0/001) و اضطراب (P=0/012) در گروه آزمایش به طور معنی داری کاهش یافت. در این تحقیق 25 نفر از بیماران دیابتی نوع یک عضو انجمن دیابت ایران به شیوه نمونه گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و علاوه بر پاسخ دادن به مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، آزمایش HbA1c خون از آنها به عمل آمد. پس از آن گروه آزمایش در یک دوره آموزش مدیریت استرس که طی 12 جلسه 2 ساعته هفتگی و به شیوه شناختی – رفتاری گروهی بر گزار شد.

دوازده امامي (1387) آموزش مديريت استرس به بيماران ديابتي نوع 2 تنها با دو روش يكي شناختي-رفتاري و ديگري آرام سازي در مقايسه با گروه گواه پرداخت و تفاوت معني داري بين دوگروه آزمايشي و گواه در پس آزمون، پيش آزمون و در پيگيري سه ماهه درمورد كنترل دراز مدت قند خون(ميزان هموگلوبين گليكوزيله خون)، افسردگي و اضطراب مشاهده كرد، اما تفاوتي ميان دو روش آرام سازي و روش شناختي -رفتاري از لحاظ تاثير بر شاخص‌هاي مورد نظر مشاهده نكرد.

در پژوهشی از پورشریفی (1386) با عنوان تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش شناختی رفتاری بر بهبود شاخص‌های سلامت جسمی‌در افراد مبتلا به دیابت به این نتیجه دست یافته است که آموزش شناختی رفتاری ومصاحبه انگیزشی به طور معنی‌داری باعث کاهش هموگلوبین گلوکوزیته گردیده است.

**2-2-5- تاب آوری و سلامت عمومی**

کاتالانو[[77]](#footnote-77) و همکاران (2011) با بررسی اثر تاب آوری در کاهش نشانه‌های افسردگی در 255 بیمار جسمی مزمن نشان دادند که تاب آوری به عنوان یک محافظ استرس   
می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در این گونه بیماران کاهش دهد. آنان تاب آوری را به عنوان یک مداخله کلینیکی در افزایش سلامت روان بیماران موثر دانستند.

وایت[[78]](#footnote-78) و همکاران (2010) تغییراتی که در طی فرایند توان بخشی روی میزان تاب آوری، افسردگی و رضایت از زندگی 42 بیمار جسمی مزمن مبتلا به ضایعات نخاعی وارد می‌شد را بررسی کردند. نتایج تحقیقات تغییرات معنی داری در میزان تاب آوری نشان نداد ولی تغییرات معنی داری در سطح سازگاری نشان داد و میان متغیر‌های تاب آوری رضایت از زندگی و افسردگی رابطه معنی داری مشاهده شده است.

پژوهش وایتی[[79]](#footnote-79)وهمکاران (2008) نقش تاب آوری را در توان بخشی افراد مبتلا به آسیب‌های ناتوان کننده بررسی کردند و نتیجه گرفتند که تاب آوری به عنوان حرکت روانشناسی مثبت نگر، تعیین کننده مقدار تحمل و مقاومت فرد در هنگام مواجه با افسردگی و اضطراب است.

بشارت (1386) در تحقیقی با عنوان تاب‌آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی، بر روی 211 دانشجو انجام داد به این نتایج دست یافت: بین نمره تاب‌آوری و بهزیستی روانشنا ختی همبستگی مثبت معنی‌دار و بین نمره تاب‌آوری و درماندگی روانشناختی، افسردگی، اضطراب و مشکلات سلامت عمومی همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد. درجات مختلف تاب‌آوری از طریق تاثیر گذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار گری و معنویت با شاخص‌های سلامت و آسیب پذیری روانشناختی مرتبط می‌شود.

**2-2-6- کانون کنترل و سلامت عمومی**

ورد[[80]](#footnote-80) (2011) پژوهشی با عنوان رابطه بین بیماری قلبی عروقی، منبع کنترل و کیفیت زندگی، بر روی 61 بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر، انجام داد که کیفیت زندگی در همه زمینه‌ها (احساسی، فیزیکی و اجتماعی) در حدود 75درصد از افراد مورد مطالعه در همه گروه‌های درمانی بود. یک همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و منبع کنترل وجود دارد.

میجر[[81]](#footnote-81) و همکاران (2002) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که افراد با منبع کنترل درونی نسبت به افرادی با منبع کنترل بیرونی بهتر سازگاری نشان می‌دهند.

تایلور[[82]](#footnote-82) (2001) در تحقیقی که به عنوان نقش باور‌های سلامت و کانون کنترل بر رضایت از درمان روی بیماران سرطانی انجام داد به این نتیجه دست یافت که کانون کنترل بیرونی سلامت با رضایت از درمان بیماران رابطه مثبت معنی‌داری دارد.

گراس (2001) در یافته‌های خود نشان داد که اهمیت سیستم باورهای منبع کنترل سلامت (خود، دیگران قدرتمند یا عوامل مرتبط با شانس) به دلیل این است که همواره یک نقش جدایی ناپذیر در تعیین ادراک از کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد.

شوارتز (2000) در پژوهشی نشان داد که منبع کنترل درونی سلامت در پیشگیری از بیماری و امیدواری نسبت به زندگی موثر است. چون افراد دارای منبع کنترل درونی سلامت، باور دارند که سلامتی، بهداشت و کیفیت زندگی در دست خود آنهاست، به آن گونه رفتارهای بهداشتی دست می زنند که آنها را در تشخیص و کنترل فشار روانی کمک می‌کند.

در تحقیق دیکری سورلای، بوسوند و سورلای[[83]](#footnote-83) (2000) نشان دادند که بیماران با کانون کنترل درونی رضایت بیشتری از درمان دارند.

براون و فیست (2000) در تحقیق خود نشان دادند که آزمودنی‌های دارای کانون کنترل درونی در مقایسه با گروه گواه، از سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

موسر ودراکاپ[[84]](#footnote-84) (1995) در تحقیقات خود نشان دادند که بیماران با کنترل درونی بیشتر سلامت کرونری بهتر واضطراب و افسردگی کمتری نسبت به بیماران با کنترل بیرونی در مدت 6 ماه پس از حادثه قلبی دارند.

کاسکی و جنیز (1994)، دولیس و همکاران (1993) در پژوهش خود نشان داده‌اند که منابع کنترل، باورها و چشم داشت‌های افراد در زمینه کنترل در رفتارهای بهداشتی و کیفیت زندگی افراد نقش داشته باشند.

برخی مطالعات نشان داده که افراد مکان کنترل درونی نسبت به گروه مقابل به صورت فعال تری با مشکلات مربوط به سلامت و بهداشت خویش برخورد می‌کنند. افراد با مکان کنترل درونی همچنین نسبت به افراد بیرونی گرایش بیشتری به اقدامات پیشگیرانه برای حفظ و بهبودی سلامت خود نظیر مقاومت در برابر سیگار کشیدن، مبادرت به تمرین‌های بدنی و انجام مراقبت‌های منظم پزشکی دارند (استریکلند و بونی[[85]](#footnote-85)، 1989).

چندین مطالعه نشان داده فایندلی و کوپر[[86]](#footnote-86) (1983) ولینتر و داکتی[[87]](#footnote-87) (1974) که افرادی که هسته کنترل بیرونی دارند، در مقایسه با افرادی که هسته کنترل درونی دارند، کمتر فعال هستند و رفتارآنها با وابستگی بیشتری همراه است، زیرا اینگونه افراد رویدادهای مثبت یا منفی را به عنوان پدیده‌ای ادراک می‌کنند که بیشتر مربوط به رفتار خودشان نمی‌باشد. بنابر این انتظار نمی‌رود همانند افرادی که هسته کنترل درونی بالایی دارند عمل کنند (حیدری، 1378).

لانگر و رودین (1976) در تحقیقات خود دریافتند که احساس کنترل می‌تواند در بهبود زندگی، سلامت روانی و ارتقای رفتارهای بهداشتی افراد سالمند در مراکز نگهداری سالمندان موثر باشد.

عرب (1392) در پژوهشی با عنوان: نقش پیش‌بینی کنندگی کانون کنترل سلامت و حمایت اجتماعی در ارتباط با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت در شهر شیرازبه این نتیجه دست یافت که کانون کنترل سلامت با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد و حمایت اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت را پیش‌بینی کند. کانون کنترل سلامت قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت می‌باشد.

آقامولایی(1392)در پژوهشی با عنوان وضعیت کانون کنترل سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت بالای پانزده سال شهر بندر عباس به این نتیجه دست یافت که برای ارتقاء رفتارهای سلامتی بایستی بیشتر بر باورهای افراد مبنی بر تاثیر عوامل درونی و توانایی خودشان و همچنین تاثیر افراد مهم بر کنترل عوامل بیرونی محیطی و شانس تمرکز نمود و آنها را تقویت کرد.

زاهد نژاد و همکاران (1390) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط خطای حافظه، کانون کنترل سلامت و رابطه پزشک- بیمار با پیروی از درمان در مبتلایان به دیابت نوع 2بر روی 115 نفر به اجرا گذاشت که نتایج نشان داد بین کانون کنترل بیرونی قدرت دیگران، کانون کنترل سلامت درونی و رابطه مطلوب پزشک-بیمار از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 رابطه مثبت و بین خطای حافظه با پیروی از درمان رابطه منفی وجود دارد.

محمدپور (1390) در پژوهش خود با عنوان رابطه سلامت عمومی، منبع کنترل و حمایت اجتماعی با عزت نفس کارکنان دولتی تبریز بیان می‌کند که براساس نتایج تحلیل رگرسیون مولفه‌های سلامت عمومی، منبع کنترل و حمایت اجتماعی به طور مشترک 28درصداز تغییرات عزت نفس را به طور معنی داری پیش‌بینی می‌کنند، بین زنان و مردان در ویژگی‌های حمایت اجتماعی، مرکز کنترل درونی و بیرونی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

سعدآبادی و همکاران (1389) در پژوهش خود با عنوان کانون کنترل سلامت و گرایش علیتی در پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت . چون رفتارهای خودمراقبتی اندک منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود نشان داد که بین رفتارهای خود مراقبتی با کانون کنترل درونی سلامت رابطه مثبت و معنادار و با کانون (شانس) رابطه منفی معنادار وجود دارد و بین کانون کنترل قدرت دیگران و رفتارهای خودمراقبتی رابطه مشاهده نشد.

زاهد نژاد وهمکاران (1389) در پژوهشی با عنوان ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک- بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع 2 بر روی 115 نفر انجام شد که نتایج ذیل را به همراه داشت: بیماران دیابتی نوع 2 که کانون کنترل سلامتشان از نوع بیرونی قدرت – دیگران بوده و همچنین رابطه مطلوبی با پزشکان برقرار می‌کنند، رضایت بیشتری از درمانشان دارند.

بر اساس نتایج‌هادی نژاد (1389) بیماران دیابتی نوع 2 که کانون کنترل سلامتشان از نوع بیرونی قدرت – دیگران بوده و همچنین رابطه مطلوبی با پزشکشان بر قرار می‌کنند، رضایت بیشتری از درمانشان دارند.

حسن زاده (1388) در پژوهش خود با عنوان ارتباط میان منبع کنترل سلامت و رفتارهای بهداشتی که برروی 360 نفر از دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهرستان ساری انجام شد به این نتیجه دست یافت که افکار و منبع کنترل سلامت در کیفیت زندگی و رفتارهای بهداشتی موثرند.

ساعد و روشن (1387) در یافته خود به این نتیجه دست یافتند که بین مکان کنترل و حمایت اجتماعی با سلامت روان ارتباط وجود دارد.

حسن زاده و همکاران (1385) در تحقیق خود نشان دادند که بین منبع کنترل درونی سلامت و رفتار بهداشتی در زمینه‌های بهداشت فردی، تغذیه، ورزش، خواب و استراحت و کنترل اضطراب رابطه معنی داری وجود دارد و در نتیجه گیری خود، افکار و منبع کنترل سلامت در کیفیت زندگی و رفتارهای بهداشتی را موثر دانست.

فراهانی و اعلمی (1384) در تحقیقی تحت عنوان "رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری"به این نتیجه رسیدند که بین عزت نفس و تمامی مولفه‌های استرس ناباروری رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد. علاوه بر این بین منبع کنترل بیرونی با گرایش قدرتمندی و دیگران و منبع کنترل درونی با گرایش شانس و مولفه‌های ارتباطی اجتماعی و نیاز به والد شدن زنان و مردان ارتباط معنی داری وجو د ندارد.

فراهانی و همکاران (1384)، با مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به ام اس[[88]](#footnote-88) و افراد سالم نشان داد ند که بین دو گروه افراد سالم و بیمار از نظر منبع کنترل تفاوت معنی داری بدست نیامد و تنها در خرده مقیاس شانس با افراد سالم تفاوت نشان دادند.

بر اساس یافته‌های پژوهش صبوری مقدم (1376) داشتن کنترل در یک موقعیت ,چه به شکلی که در مفهوم درماندگی آموخته شده آمده، و چه به شکلی که در مفهوم منبع کنترل بیان شده است، باعث افزایش کارایی و بهتر شدن عملکرد می‌گردد.

**2-2-7- کانون کنترل و هموگلوبین گلوکوزیته**

در پژوهشی که با عنوان: همبستگي خود كارآمدي، تيپ شخصيتي و كانون كنترل سلامت با ميزان كنترل قندخون در بيماران مبتلا به ديابت نوع دو توسط افخمی(1391)انجام شدبه این نتیجه دست یافت که، كنترل قندخون در بيماران ديابتي نوع دو متأثر از عوامل شخصيتي و روا نشناختي است. اين مطالعه به منظور تعيين رابطه بين كانون كنترل سلامت، خودكارآمدي و تيپ شخصيتي با ميزان كنترل قندخون در بيماران مبتلا به ديابت نوع دو انجام گردید. در اين مطالعه 80 نفر از زنان مبتلا به ديابت نوع دو در مركز تحقيقات ديابت شهر يزد شركت داشتند كه به روش نمونه گيري تصادفي انتخاب شدند. افراد مورد علاقه پرسشنامه‌هاي مقياس خودكارآمدي عمومي شرر، پرسشنامه تيپ شخصيتي و پرسشنامه چند وجهي مكان كنترل سلامت را تكميل كرده و سپس براي گرفتن آزمايش خون به آزمايشگاه معرفي شدند. بر اساس نتایج این پژوهش، متغيرهاي شخصيتي و روان شناختي در بيماران ديابتي از عوامل تأثيرگذار مهم بر كنترل قندخون آنهاست. بنابراين مي توان با اجراي مداخلاتي به منظور افزايش مكان كنترل دروني و ميزان خودكارآمدي و اصلاح ويژگي‌هاي تيپ شخصيتي بيماران ديابتي به پاي بندي به رژيم‌هاي درماني و كنترل بهتر قندخون در اين بيماران كمك كرد.

**فهرست منابع**

**الف) منابع فارسی:**

- ابراهیمی، امراله، مولوی، حسین، موسوی،سید غفور،برنامنش،علیرضا و یعقوبی، محمد.(1386). ***ویژگی های روان سنجی ،ساختار عاملی،نقطه برش بالینی،حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی در بیماران مبتلا به اختالات روان پزشکی***. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری.1:5-12.

- ابوالحسنی، فرید؛ مهاجرانی تهرانی، محمد رضا؛ طباطبای ملاذی، عذرا و لاریجانی، باقر. (1384)**. *بار دیابت و عوارض آن بر اساس مطالعات دهه اخیر در ایران*** . مجله دیابت و لیپید ایران 1384؛ دوره5(شماره 1): 35-48.

- اردکانی، افخم، رشیدی، مریم. (1384). ***عوامل خطر دیابت نوع 2****،* مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، شماره 4، 348-350.

- آرمان، سرور. (1375). ***مقایسه شیوع استرس‌های روانی تا قبل از تشخیص دیابت*،** مجله علمی‌دانشگاه علوم پزشکی زنجان، شماره24.

- افخمی اردکانی، محمد، زارع، حسین، علیپور، احمد، پورشریفی، حمید(1391). ***همبستگی خودکارآمدی، تیپ شخصیتی و کانون کنترل سلامت با میزان کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو***، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره 20، شماره6.

- آقامحمدیان، حمیدرضا، قنبری، بهرامعلی و واعظی، مرضیه(1389)**بررسی مقایسه ای عوامل استرس زا و راهکارهای مقابله ای در افراد مبتلا به دیابت و سالم.**فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار(اسرار)،بهار89، (1 (مسلسل 55)):27-32.

- آقامولایی، تیمور، طوافیان، صدیقه سادات و قنبرنژاد، امین(1392). ***وضعیت کانون کنترل سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در جمعیت بالای پانزده سال شهر بندرعباس*.** نشریه مدیریت سلامت، جلد17، شماره: 55.

- آقایی، اصغر و آتش پور، حمید. (1380). ***استرس و بهداشت روانی***، اصفهان، انتشارات پردژ.

- اکبری، علی و دهکردی،مهناز. (1391). **اثر بخشي آموزش مهارتهاي مقابله اي مبتني بر مدل مارلات در پيشگيري از عود و افزايش تاب آوري در افراد وابسته به مواد.**روانشناسی بالینی،دوره1،شماره3.

- اکبری، مریم،رستمی، مریم،عبدی، علی و آریاپور، سعید(1391) **بررسي رابطه استرس ادراك شده با سبكهاي مقابله اي دانشجويان.**نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین.

- اکبری پور، سحر، نشاط دوست، طاهر، مولوی، حسن. (1387). ***اثر بخشی آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر سلامت عمومی***، مجله دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، سال 12، شماره2.

- آلدر، پورتر، آبراهام، تیجلینگن. (1391). ***روانشناسی سلامت*،** مترجم: رضاعی، تهران، نشرارجمند.

- آلن، ار، اس. (1370). ***اختلالات روانی کودکان*،** مترجم: مهریار، امیر هوشنگ، تهران، رشد.

- آلیس، آلبرت و‌هاپر. (1380***). زندگی عاقلانه***، مترجم: محمد فیروز، تهران، رشد.

- الیاسی، محمدحسین.(1381). ***استرس پس از ضربه: رويكردهاي نظري، ارزيابي و درمان،***انتشارات آمن،تهران.

- امیری، محمد؛ آقایی، اصغروعابدی، احمد. (1389). ***تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی‌بیماران دیابتی***. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال 4، شماره 4 016)، ص 85 -100.

- امینی، حمید.(1390)**.مدیریت دیابت.**انتشارات پارس بوک،تهران.

- آناستازی، آن(1364).**روان آزمایی.**مترجم:محمد تقی براهنی،انتشارات دانشگاه تهران.

- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل و اشنایدرمن، نیل. (1388). ***مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری***. مترجم: نشاط دوست، حمید طاهر، جهادانشگاهی، اصفهان.

- انصاری، فریماه؛ مولوی، حسین و نشاط دوست، حمید طاهر. (1388). ***تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی‌بیماران مبتلا به فشار خون بالا***، پژوهشهای روانشناختی، دوره 12، شماره 3و4.

- ایوی برن بلک، ام،کیت و سون، دیوید.(1372).**شناخت درمانی افسردگی و اضطراب.**مترجم: توزنده جانی،حسن،انتشارات آستان قدس،مشهد.

- بابایی، نوید. (1385). ***تعیین عوامل تاب آوری جوانان در برابر انحرافات اجتماعی***، مجله علوم بهزیستی و توانبخشی، 2، 8.

- برنز، دیوید. (1389). ***وقتی اضطراب حمله می‌کند: شناخت درمانی*،** مترجم: قراچه داغی، مهدی، تهران، ذهن آویز.

- برونر ، سودارث (2004).**پرستاری داخلی و جراحی (غدد کبد و دیابت).** ترجمه: نوقابی ، احمد علی ؛دهقان نیری ، ناهید (1382). تهران : نشر سالمی.

- بشارت، محمد علی. (1386). ***تاب‌آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی***. مجله علوم روانشناختی، دوره ششم، شماره 24.

- بک، جودیت اس. (1390). ***شناخت درمانی: مبانی و فراتر از آن*،** مترجم: فتی، لادن، تهران، دانژه.

- بک و همکاران. (1998). ***بیماران روانی*،** مترجم: محمد منصور، تهران، نشر سماط.

- بهرامی مشعوف،عباس (1373).**بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان.** پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

- بیلوس، رودی دبلیو. (1389). ***دیابت*،** مترجم: مسجدی، سعیده، تهران، آیینه دانش.

- پارسایی، قریده.(1387). **بررسي تاثير آرامسازي پيشرونده عضلاني در وضعيت تهوع و استفراغ و اضطراب ناشي از شيمي درماني.**پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی تبریز،دانشکده پرستاری.

- پروچاسكا، ج و نوركراس، ج . ( 1389 ). نظريه هاي روان درماني نظا مهاي روان درماني ،ترجمه :يحيي، سيد محمدي.تهران : نشر روان .

- پودات، نسرین. (1375). ***مقایسه کانون کنترل دانشجویان افسرده و سالم*.** پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، بیمارستان روزبه.

- پور شریفی، حمید؛ زمانی، رضا؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بشارت، محمد علی و دیگران. (1386). ***تاثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر بهبود شاخص‌های سلامت جسمی (کاهش وزن وکنترل قند خون)در افراد مبتلا به دیابت نوع 2***. روانشناسی معاصر، دوره سوم، شماره 2.

- پینر، ورا.(1978).***اصول کنترل براسترس.***مترجم:ابوک(1377)،انتشارات فصل نواندیش،تهران.

- تمنایی، فاطمه. (1390). ***تبیین نقش واسطه گری تاب آوری در رابطه بین معنویت و استرس ناباروری در زنان نابارور***. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه ارسنجان.

- ثنایی، باقر.(1362).***روان درمانی و مشاوره گروهی.*** تهران:انتشارات چهر.

- جانسن، توماس. (1991). ***دیابت در جهان سوم***، ماهنامه بهداشت جهان. سال سوم، شماره 10 ص14.

- جبل عاملی، شیدا؛ حیدری، حسین و مصطفوی، سمانه. (1390). ***اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی‌بیماران قلبی***، تحقیقات علوم رفتاری، دوره 9، شماره 5.

- جعفری، عیسی؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی. (1389). ***اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد***، مجله روانشناسی بالینی، سال1، شماره3.

- جواهري زاده، روشنك (1373). **بررسي پاره‌اي از متغيرهاي روانشناختي – اجتماعي مؤثر در كنترل ديابت در جوانان ديابتي نوع 1 و مقايسه آن با جوانان غيرديابتي.** پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي باليني . انستيتو روانپزشكي تهران.

- حاتملوی سعدآبادی، منیژه؛ پور شریفی، حمید و باباپور خیرالدین، جلیل. (1390). ***نقش کانون کنترل سلامت در رفتار‌های خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع 2*** . مجله علوم دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال 33، شماره4، ص 22-17.

- حری، نگار؛ حقیقی,ساسان؛ امینی، مسعود و دیگران. (1387). ***بررسی رابطه‌ی تعداد حوادث استرس زای مهم زندگی با شیوع اختلال‌های متابولیسم قند(IGT، دیابت)در افراد فامیل درجه‌ی اول مبتلایان به دیابت نوع 2.*** مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره دهم، شماره‌ی 1، صفحه‌های 17-23 .

- حسن زاده پشنگ، سمیرا؛ زارع، حسین و علی پور، احمد(1391). ***اثر بخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی***. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره دهم، شماره سه.

- حسن شاهی، محمد علی. (1390). ***رابطه تاب آوری، خود کارآمدی و هوش هیجانی با رضایت زوجی***. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد ارسنجان.

- حیدری، فریبا. (1380). ***بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری در کمک به کنترل بیماری دیابت و کاهش اختلالات هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع1***، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.

- خداپناهي، محمدكريم. (1385). **انگيزش و هيجان**، تهران: انتشارات سمت.

- خدا رحیمی، سیامک، جعفری، غلامعلی. (1377). ***روان درمانی مذهبی، نقش مذهب بر فرایند‌های بهداشت روانی و روان درمانی در روانشناسی بالینی*،** فصلنامه تازه‌های روان درمانی هیپنوتیزم، دوره دوم، شماره 7و8.

- خزائلی، پارسا. (1386). ***تاب آوری و ظرفیت غلبه بر دشواریها***. معاونت دانشجوئی و فرهنگی. مرکز مشاوره دانشگاه تهران.

- درایدن، ویندی. (1390). ***رفتار درمانی عقلانی هیجانی رفتاری*،** مترجم: موحد، رابعه، تهران، ارجمند.

- دوازده امامی، محمد حسن؛ روشن، رسول؛ محرابی، علی وعطاری. (1388). ***اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری برکنترل قند خون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع 2.*** مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. دوره یازدهم، شماره‌ی 4، صفحه‌های 385-392.

- رحیمی، محمود. (1387). ***بررسی تاثیر آموزش درمان شناختی رفتاری الیس و آرامش عضلانی جهت کاهش اضطراب دانش آموزان پسر دبیرستان عشایری شهر شیراز***. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد ارسنجان.

- رضاعي، فرزين(1382).**روانشناسی سلامت.** تهران: انتشارات ارجمند.

- رضایی، فاطمه، کجباف، محمدباقر، وکیلی، نجمه، دهقانی، فهیمه. (1390). ***اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی‌بیماران مبتلا به آسم***، فصل نامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دوره6، شماره3.

- رفیع نیا، عبدالرسول. (1379). ***بررسی تاثیر مشاوره فردی با رویکرد شناختی در درمان استرس پس از سانحه***، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.

- رودی دبلیو، بیلوس. (1385). ***راهنمای پزشکی خانواده دیابت***، مترجم: سعیده مسجدی، سپهر اندیشه، قم.

- روشن، رسول، یعقوبی، حمید(1381). ***روش‌ها و فنون آرام سازی و بیوفیدبک***. تهران، انتشارات رشد.

- ریجسینگهانی، آرونا. (1381). ***سفره رنگین برای دیابتی‌ها*.** مترجم: حق نظریان، تهران، راه تندرستی.

- زاهد نژاد،‌هادی؛ پور شریفی، حمید و باباپور، جلیل. (1389). ***ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع 2.*** دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره 9، شماره 2، ص75-67.

- زاهد نژاد،‌هادی؛ پور شریفی، حمید و باباپور، جلیل. (1389). ***بررسی ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک بیمار با پیروی از درمان در مبتلایان به دیابت نوع 2.*** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره7، شماره 2، ص 258-249.

- زهرا کار، کیانوش. (1391). ***بررسی اثر بخشی درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری به شیوه گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت*.** فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. دوره7، شماره4.

- سارافینو، ادوارد. (1391). ***روانشناسی سلامت***، مترجم: الهه میرزایی، تهران، رشد(تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی،2002).

- ساعتچی، محمود. (1384). ***روان شناسی کار***، تهران، نشر ویرایش.

- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (1386). ***تاب آوری، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی*،** مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره3.

- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام. (1386). ***بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی***، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.

- سانتراک. (1382). ***زمینه روانشناسی سانتراک***. ترجمه، مهرداد فیروز بخت. تهران، رسا.

- سرتیپ پور، مهناز، عطاری، عباس، امینی، مسعود. (1382). ***تاثیر آموزش مدارا با استرس بر کنترل کوتاه مدت قند خون در بیماران دیابتی***، پژوهش در علوم پزشکی، سال هشتم، دو ماهنامه مرداد و شهریور.

- سعیدی، مژگان. (1383). ***اثر بخشی دو روش بازسازی شناختی و آرامسازی و ترکیب این دو بر اضطراب و افسردگی بیماران باز توانی قلبی***. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.

- سیادتان، سید جواد. (1386). ***تعیین ریسک فاکتورهای دیابت، سطح کلسیم و مس در افراد دیابتی نوع 2 در مقایسه با گروه کنترل***. پایان نامه دکترای فوق تخصصی شیراز.

- سید محمودی، سید جواد، رحیمی، چنگیز، محمدی، نوراله. (1390). ***عوامل موثر بر تاب آوری در افراد مواجه با ضربه روانی***، مجله دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، 1(1)، 14-5.

- شاملو، سعید. (1381). ***بهداشت روانی***، تهران، انتشارات رشد.

- شریفی، خلیل؛ عریضی، حمیدرضا؛ نامداري، کوروش( 1384 ). ***بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روانشناختی در دانش آموزان***. فصلنامه دانش و رفتار،دوره 1، سال دوم،شماره،10.

- شعاع، اصغر. (1382). ***مقایسه رابطه منبع کنترل با فشار روانی و شیوه‌های مقابله با آن در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس و افراد سالم*.** پایان نامه کارشناسی ارشد عمومی‌دانشگاه تربیت معلم.

- شفر، مارتین. (1990). ***فشار روانی،ماهیت، پیشگیری، سازگاری.*** ترجمه:بلورچی،انتشارات رشد،تهران.

- شولتز، دوان، شواتز، سیدنی الن. (1387). ***نظریه‌های شخصیت***، ترجمه سید محمدی، تهران، نشر روان.

- شهشهان، طاهره. (1381). ***اصول پیشگیری از دیابت شیرین***. چاپ اول، تهران، انتشارات چهار باغ.

\_ شيخ محسني،ا .(1384). **رابطه كانون كنترل و سبك هاي اسنادي با سازگاري زناشويي دبيران مرد متوسطه شهر شيراز با همسران شاغل و غير شاغلشان** ، پايان نامه كارشناسي ارشد ، دانشگاه آزاد اسلامي ارسنجان.

- صبوری مقدم، حسن و براهنی، محمد نقی. (1376). ***تاثیر منبع کنترل و امکان مهار استرس بر یادگیری فرد***. پژوهشهای روانشناختی، دوره 4، شماره 3و4.

- عباسی باویل، ژاله (1379***). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی به شیوه ی دارودرمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر.*** پایان نامه كارشناسي ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

- عرب، کامران. (1392). ***نقش پیش بینی کنندگی کانون کنترل سلامت و حمایت اجتماعی در ارتباط با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت در شهر شیراز***، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد ارسنجان.

- فدایی،فربد.(1388).**تاثیر اندوه و افسردگی بر دیابت،**مجلهسلامت،شماره 245.

- فراهاني، شکري، گراوند و دانشورپور (1384). تفاوت‌هاي فردي در استرس تحصيلي و بهزيستي ذهني: **نقش سبک‌هاي مقابله با تنيدگي.** مجله علوم رفتاري.

- فرخنده، ماشااله. (1389). ***دیابت و بیماری‌های قند خون*،** تهران، نسل نو اندیش.

- فری، مایکل. (1391). ***راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*،** مترجم: محمدی، مسعود، تهران، رشد.

- قراچه داغی، مهدی، شریف زاده، مریم. (1373). ***فشار روانی و راههای شناخت و مقابله*.** تهران، انتشارات رشد.

- قرباني، نيما (1374). ***سخت رويي؛ ساختار وجودي شخصيت.*** پژوهشهاي روان شناختي***،*** 2،3 و 4.

- کاف من، فرانسیس. (1386). ***چاق* *قندی*،** مترجم: شمس اردکانی، محمد، اصفهان، پوریای ولی.

- كرد ميرزا، عزت ا لله.(1388).***الگويابي زيست ي-رواني-معنوي در افراد وابسته به مواد و تدووين برنامه مداخله براي ارتقاء تا ب آوري مبتني بر روايت شناسي شناختي و روان شناسي مثبت نگر.*** پايان نامه دكتري. دانشكده روان شناسي و علوم تربيتي. دانشگاه علامه طباطبايي.

- کرمانشاهی، سیما، فروغی، زهرا، محمدی، عیسی ورجب، اسداله. (1380). ***بررسی تاثیر روش آرام سازی بنسون بر کنترل دیابت بیماران دیابتی***، اسرار مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار، سال8، شماره3.

- کریمی، جلال. (1381). ***پیشگیری از دیابت***. تهران، انتشارات دوران.

- گرین برگر، دنیس، پدسکی، کریستین. (1390). ***آنجا که عقل حاکم است: کتاب راهنمای شناخت درمانی*.** مترجم: قاسم زاده، تهران، نشر ارجمند.

- گنجی، حمزه. (1376). ***بهداشت روانی***، تهران، نشر ارسباران.

- گوردن، نیل اف. (2002). ***راهنمای کامل ورزشی ویژه بیماران دیابتی***. مترجم: نقیبی، ژیلا، تهران، انتشارات شهرآب.

- گیلدر، مایکل، گات، دنیس، مه یو، ریچارد، کوون، فلیپ. (1996). ***روانشناسی آکسفورد***. مترجم: نصرت اله پور افکاری، تهران، انتشارات علوم پزشکی.

- لاریجانی، باقر و زاهدي، فرزانه ( 1377 ). ***زخم پاي دیابتی: تشخیص و درمان***. مجله علمی نظام پزشکی جمهوري اسلامی ایران،.194-207 ،3

- لوکر، تری؛ گرگسون، الگا. (1389) ***مدیریت استرس***، مترجم: رضایی، مهدی، ژکان، محسن، انتشارات دانژه، تهران.

- لیبرت، رابرت و میشل اسپیگلر ، (1375**). شخصیت ازدیدگاه رفتاری.** حسن صبوری مقدم .مشهد:آستان قدس رضوی، موسسه چاپ و انتشارات.

- ماري سون، دیوید. (1993). **شناخت درماني افسردگي و اضظراب (راهنمايي براي پزشكان**). ترجمه: توزنده جاني، حسن.(1374)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوي.

- محرابی، علی، فتی، لادن، دوازده امامی، محمد حسن، رجب، اسداله. (1387). ***اثر بخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی*،** مجله دیابت و لیپید ایران، دوره 8، شماره2، ص114-103.

- محسنی فر و همکاران. (1382). ***ترجمه کامل هند بوک کاپلان***، تهران، انتشارات برای فردا.

- محمدی، مسعود، جزایری، علیرضا، جوکار، بهرام. (1385). ***بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف موادمخدر*،** فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره2و3.

- محمودی، سید جواد؛ رحیمی، چنگیزومحمدی، نوراله. (1390). ***عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد مواجه شده با ضربه روانی***. پژوهش‌های روانشناسی بالینی، 1(1)، 14-5.

- محمودی، قهرمان، ابوالقاسمی، شهنام، درویشی،‌هادی. (1391). ***تاثیر آموزش مصون سازی در برابر استرس بر کاهش احساس فشار روانی بیماران مبتلا به دیابت*.** فصلنامه سلامت خانواده، دانشکده علوم پزشکی سارس، دوره1، شماره2، ص46-41.

- مروتی، محمدعلی، روحانی، نوشین و باقیانی مقدم، محمد حسین.(1386). ***بررسي پيشگويي كننده هاي خود مراقبتی در بيماران ديابتي مراجعه كننده به مركز تحقيقات ديابت يزد بر اساس الگوي اعتقاد بهداشتي توسعه يافته*.**مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد.دوره15،شماره3.

- مدنی، فضل اله. (1382). ***سندرم پای دیابتی، درمان و جلوگیری از قطع پا***، فصل نامه پیام دیابت. سال5، شماره20 ص13-10.

- معتمدی،‌هادی. (1376). ***تعیین شیوع اختلالات روانی در دو روستای کرمان***، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، شماره 1.

- مک گرا، فیلیپ. (1390). ***مهارت‌های زندگی*،** مترجم: قراچه داغی، مهدی، تهران، نشر ذهن آویز.

- منجمی، علیرضا.(1387). **استرس،انتشارات:آزادمهر،تهران.**

- منجمی، علیرضا.(1390).**راهنمای جامع سلامت در خانواده،**انتشارات تیمورزاده نوین،تهران.

- موسوی، سید علی. (1387). ***مقایسه اثر بخشی رویکرد‌های درمانی، تنش زدایی و درمان شناختی در درمان درد و اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن***، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طبا طبایی.

- مهدی نژاد، ابوالقاسم. (1370). ***بررسی رابطه اضطرابی و افکار غیر منطقی*،** پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه مشهد.

- میلانی فر، بهروز. (1378). ***بهداشت روانی***، تهران، انتشارات قومس.

- نجفیان، جمشیدوگلستان‌هاشمی، سید مهدی. (1382). ***بررسی و مقایسه اثر دو روش بیو فیدبک-آرام سازی و آرام سازی در کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به افزایش فشار خون***، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره57، 86-81.

- نجفی، محمود،دهشیری، غلامرضا،شیخی، منصوره.(1379). ***مقايسه سلامت عمومي و پيشرفت تحصيلي دانشجويان برحسب ميزان احساس تنهايي*،**فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان ئرمانی،سال دوم،شماره5.

- نریمانی، محمد(1380). ***بررسی میزان شیوع اضطراب در دانش آموزان و مقایسه دو تکنیک درمانی شناختی –رفتاری و ایمن سازی روانی مایکنبام در کاهش اضطراب آنها***. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، سال 8، شماره33، تیر1380.

- نریمانی، محمد، عطادخت، اکبر، احدی، بتول. (1391). ***اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش علائم روانشناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی***، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره 3.

- نعمتی، مریم و پارسایی، محمد صادق. (1388). ***همبستگی بین استرس و مدیریت زمان***. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره نوزدهم شماره 71 (85-84).

- نوفرستی، اعظم و طالبیان شریف، جعفر. (1381). ***بررسی رابطه مکان کنترل، اضطراب و مقایسه اضطراب بین افراد دارای مکان کنترل درونی و بیرونی***. مجله اسرار، دانشکده‌ی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی سبزوار، سال نهم، شماره 4.

- نیکوزاده،عزت الله.(1390). ***مقايسه اثر بخشي برنامه مداخله مبتني بر روانشناسي مثبت نگر و گروه درماني آدلري در ارتقاي تاب آوري افراد وابسته به مواد***،فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی،سال دوم،شماره،5.

- وارد، جین کران ول. (1373). ***غلبه بر استرس***. مترجم: بابک مهرآئین. مشهد، جاودان خرد.

- واتکینز، پیترجی. (1377). ***الفبای دیابت***. مترجم: سید علی موحد، تهران، انتشارات جهان ادیب.

- وجدانی، حسین. (1391). ***تندرستی***. نشریه سلامت و بهداشت، تهران، شماره 82، ص 18-21.

- وقار انزابی، معصومه. (1378). .***بررسی و مقایسه اخت لالات هیجانی و عزت نفس در نوجوانان دیابتی و غیردیابتی*** . پایان نامه

کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

- وقار انزابی،معصومه و یعقوبی، حمید.(1381). **بررسي و مقايسه سلامت رواني دانشجويان جديدالورود دانشگاه شاهد حميد يعقوبي ،**

- ولز، کارن سی. (1389). ***قدرت مقابله: راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری*،** مترجم: ولی زاده، شیرین، تهران، ارجمند.

- ویلکینسون، گرگ. (1391). ***استرس***، مترجم: موحدی، محبوبه، قم، آیینه دانش.

- هاوتون، کرک، کپر، سالکودس، کلارک. (1380). ***رفتار درمانی شناختی***. مترجم: قاسم زاده، حبیب اله، تهران، نشر ارجمند.

‌- هاناس، راگنار. (1385). ***دیابت وابسته به انسولین در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان***. مترجم: امیر کامران نیکو سخن و معصومه اقبال جو، نشر آبی، تهران.

- همت خواه، بهرام.(1375). ***فیزیولوژی پزشکی گایتون***،انتشارات شهر آب،تهران.

- هنری، دالجر، برنارد، سیمین. (1368). ***روش زندگی با بیماری قند***. مترجم: سید احمد پناهی، انتشارات جاوید.

- هیلسون، روان. (1376). ***دیابت: راهنمای عملی برای بزرگسالان*.** مترجم: فاتحی، مهناز، تهران، ققنوس.

- يوسفي، ناصر و نبوي حصار، جميله.(1383***). مقايسه سرسختي روانشناختي، هيجان خواهي و سنخ شخصيتي الف غيرسمي و سمي در بين مردان و زنان مبتلا به سرطان و افراد عادي***، مجله علوم تربيتي و روانشناسي بهار و تابستان 1383.

**ب) منابع لاتین:**

* Adili, F. , Larijani, B. , & Haghighatpanah, M. (2006**). *Diabetic patient: psychological aspects*.**  Annals New York Academy of Sciences, 1084: 329-349*.*
* American Diabetes Association(2008). ***Standards of Medical Care in Diabetes Care***. 31: Suppl 1: 12-54.
* Bandura, A. (1986). Human agency in social cognitive theory. ***American Psychologist***; 44:1175-84.
* Boll, T. J., Johnson, S. B., Perry, N. W., & Rozensky, R. (Eds.). (1997). ***Handbook of clinical health psychology***.Washington, DC: American Psychological Association.
* Bowlby, J (1988) Developmental psychiatry comes of age,***American Journal of Psychiatry***,145,1-10.
* Beardslee, William and Donna Podorefsky**.** (1988)*Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships****. American Journal of Psychiatry*** 145(1). January,63-69.
* Bell. C. C. (2001). Cultivating Resiliency in Youth***. Journal of Adolesent Health***,vol(29),375-381.
* Benard, B. (1997). ***Turning it aroud for all youth***: From risk to resilience. Launceston, Tasmania: Resiliency Associates and Global Learning Communities.
* Benard, B. Marshall, K. (2001). ***Protective Factors in Individuals, Families and Schools:National Longitudinal Study on Adolescent Health Findings.*** National Resilience Resource Center. University of Minnesota. Minneapolis and the center for the application of prevention Technologies.
* Benson, P.L. (1997). ***All kids are our kids***. Minneapolis:Search Institute.
* Bonnno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. ***American Psychologist,*** 59,20-28.
* Brooks, M. V. (2004). Healt-related hardiness and choronic illness***. Nursing Furum***,38,11-20.
* Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L. (2000). Outcomes of patient-provider interaction. In Thompson, T.L.,Dorsey, A.M., Miller, K.I., & Parrot, R. (Eds), ***Handbook of Health Communication***(pp. 141- 162).Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbarum Associates, Publishers.
* Brunner LSH, Suddarth DS. (2008). ***Nursing Diabetes***(translated by Morovvat Givi), 2nd ed, Tehran*,*Bashari. PP: 56-60.
* Campbell-Sills L, Cohen S, Stein M. (2006). ***Relationship of resilience to personality, coping and psychiatry symptoms in young adults***. Behavior Research and Therapy ;44(4): 585-599.
* Celigman, F. , Chik csent mehali, P. B. (2000). ***Developing the Psychological Capital of Resiliency,Human Resource Development Review***,5,1.
* Cicchetti, D. , & Becker. B. (2000). ***The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*.** Child Development,71. 543-562.
* Cooper, C. L. , & Dewe, P. (2004). ***Stress: A brief history***. UK: Blackwell publishing LTs.
* Cowen EL, Whman PA, Work WC. (1996), ***Resilience in highly stressed urban children: concepts and findings*.** Bull N Y Acad Med. 1996 Winter,73(2),267-218.
* Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. (2005). Health Locus of Control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective**. *Journal of Health* *Psychology*****10**: 677-686.
* Doo. B. (2004). ***Resillience Thinking Aloud World Wit newsletter***,1,34.
* Esteghamati, A. , Gouya, M. M. , Abbasi, M. , Delavari, A. , Alikhani, S. , & Alaedini, F. (2008). ***Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran***: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. Diabetes Care, 31(1);96-8.
* Feldman, S. R. (2002). ***Understanding psychology***. New York: McGrow-Hill.
* Florian, V. , Mikulincer, M. , & Yabman, O. (1995). ***Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation*?** The roles of appraisal and coping Journal of Personality and Scial Psychology,68,687-695.
* Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. ***Annual Review of Psychology,***55(1): 745-774.
* Gallant, M. (2002). The influence of social support on chronic illness self management: A review and directionsfor research. ***Health Education & Behavior***, 30(2), 170-195.
* Garmezy, N. (1991). ***Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcome associated with poverty*.** American Behavioral Scientist,34,416-430.
* Garmezy,G. ,Musthen, B., Luster,C. ,2001, ***Affective style. psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity***. American Psychologist, 55,1196-1214.
* Gilligan, R. (2000). Adversity, ***Resilience and Young People: the Protecitive Value of Positives School and Spare Time Experiences***. Chidren & Society Volume 14,pp. 37-47.
* Goldberg, D. P. , Gater, R. , Sartorious, N. (1997). ***The validity of two version of ahe GHQ in the WHO study of mental illness in general health care*.** Psychological Medicine, 27,191-197.
* Halverson, C. F. and M. P. Waldrup(1974). ***Relations between preschool barrier behaviors and early school measures of coping,imagination and verbal development.*** Development Psychology 10,1974,716-720.
* Hamidi N. (2003). ***Effects of Stress on immune system students*.** Tehran university of Medical Sciences &Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,37(2): 12-14.
* Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2007). Hove, East Sussex: Rutledge.
* Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y.(1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.Psychological Bulletin, 112, 6-105.
* Hess, M., & Graydon. K. (2009). Source of resiliency a mong successful foster youth***. Children and youth services review****,* 31: 457-463.
* Jacclon. C. S. (1997*). The trait and process of resilience*. ***Journal of Advanced Nnrsing*** , 25, 123-129.
* King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure.* A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for thedegree of Master of Science, Peterborouge, Ontario, Canada.
* Kobassa, S. C. , Maddi, S. R. , & Zola, M. (1983). Personality and social resources in stress resistance. ***Journal of Personality and Social Psychology,***45,839-850.
* Kumpfer . K L. (1999). ***Factor and Processes Contributing to Resilience***. The resilience from work. Resilience and Development , pp. 174-224. NewYork,Acadmic,Publishers.
* Kumpfer . K L. (2002). ***Factor and Processes Contributing to Resilience: in Glantz, M. D. G and Johnson, LJ. Resilience and Development: positive life adaptation***. Kluwer Academic Publishers. NewYork.
* Levy Jc Aetiology A,Hitmam G. (1399). ***Type2 diabetes prediction*** vol 1,New York,Wily ,pp: 3-12.
* Linquanti, R. (1992). ***Using community-wide collaboration to foster resiliency in kids: A conceptual framework. Portland. OR: Western Regional Center for Drug Free schools and Cmmunities***. (ERIK Document Reproduction Service No. ED 353 666).
* Shwartz S. (2000). ***Abnormal Psychology***. Mountain View,CA, Mayfield Pub,PP: 65-68.
* Lau RR. (1998). Beliefs about control and heath behavior,In D. S. Gochman(Ed). ***Health behavior: EmergingResearch Perspective***33 -63.
* Luthar. S. S. , Cicchetti, D. , & Becker. B. (2000). ***The construct of resilience*:** A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development. 71: 543-562.
* Maclean-D, LO-r(1998). ***The non-insulin dependent diabetes*** ,Aust-J-Adv-Nurs ,15(4):32- 42
* Magnus, KB., Cowen, EL., Wyman, PAFagen, DB., and Work, WC. (1999).Parent-Child Relationship Qualities and Child Adjustment in Highly Stressed Urban Black & White Families. ***Journal of Community Psychology,*** vol. 27m No. 1,55-71.
* Malcarne VL, Hamilton NA. Children`s health . (2005). related locus of control beliefs: ethnicity gender,and family income*.* ***Child Health - Care*****34**: 47-59.
* Martinus, R., Corban, R., Wackerhang, H., Atkins, S., & Singh, J.(2006).**Effect of Psycholigical Intervention on Exercise Adherence in Type 2 Diabetic Subjects,***Annals of the New York Academy of Sciences.*1084,350-360.
* Masten, A. S. (2001). Ordinary magic**: *Resilience process in development***. American Psychologist,56,227-238.
* Maxine Ross S. ( 2008). ***Holistic Nursing Practice***. Fredrich ; 22(6): 365.
* Meshki M, Ghafranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. (2006).***Validity and reliability of health locuse of control in medician Students.*** J Ghonabad Medician Faculty; 12(1): 33-42.
* Miller,L., Rose, H., Martinez,Y.(2010).Friends for Life": The Results of a Resilience-Building, Anxiety-Prevention Program in a Canadian Elementary School. *Professional School Counseling*,12(6), 400-407.
* Molavi, H. (2004). ***Reliability. Factor structure add validity of General Health Qustionnaire in Iranian Scholars*.** journal of Pakistan Psychplogical Research,17: 3-4.
* Morowaty MA, Rouhani N. (2008). Perceived Severity and Susceptibility of Diabetes Complications and its Relation to Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. ***Journal Armaghane Danesh*****12**: 60- 68.
* Moser DK. , Dracup K. (2000). Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. *Heart & lung****: The Journal for Quality in Health Care.***; 12: 31-40.
* Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P,Hajizadeh E. (2007). Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students. ***Journal Ofoghe Danesh*****12**: 33-42.
* Narayan KM, Gregg EW, Campagna AF, Michael M, Engelgau MM, Vinicor F. (2000). Diabetes . a - common, growing, serious, costly, and Potentially Preventable Public health problem. ***Journal of Diabetes Research and Clinical Practice****,* 50: 577-584.
* Neill,H. (2006). Resilience across cultures. ***British Journal of Social Work,*** 38(2). 218-235.
* Newman, S. , Steed, L. , & Mulligan, K. (2004). ***Self-management intervention for choronic illness***, The Lancet, 364: 1523-1537.
* Peralta, A. , Ramirez, M. I. , Robles-Ortega, H. , & Navarrete, N. (2009). ***Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: choronic pationts and healty people***, Salud mental,32(3): 251-258.
* Pishdad,GR. (1995). ***Age at diagnosis of non-insalin-dependent diabetes mellitus of southern iran***. sep. 23(5).
* Poursharifi H. (2007). ***The effectiveness of Motivational Interviewing in Improving Health Outcomes in Adults with Type 2 Diabetes*.** Unpublished Ph. D. sthesis. University of Tehran, Iran.
* Powers, A. C. (2005). ***Diabetes mellitus***, In L. D. Kasper (Ed in chief): Harrison's principles of internal medicine. Vol II.
* Reeh HE, Hiebert B. (1998). Adolescence Health: The relationship between Health Locus of Control, beliefs and behaviors. ***Journal of Guidance & Counselin***; **13**: 7-23.
* Richardson GE, Waite PJ. (2002). ***Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education***, International Journal of Emergency Mental Health.
* Rutter, M. (1999). ***Resilience concepts and findings*:** Implieations for family therapy. Journal of Family Therapy,21. 119-144.
* Sills, L. , Quhen, G. , Schtin, P. B. (2006). **De*veloping the Psychological Capital of Resiliency***,Human Resource Development Review,5,1.
* Sheffer, M. (1982). ***Life after Stress*.** New York & London: Plenum press.
* Snoek, F. J. , Van der Ven, N. C. W. (2001). ***Effect of cognitive- behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin dependent diabetes***: A pilot study. Patient Education and Counseling, 45: 143-148.
* Strickiand, Bonnie R. (1989). Internal – External Contorol Expectanices. ***Journal of American Psychologist***. Vol 44. Nol- 6. Jonuary.
* Surwit R S, Vantilburg M A, Zucker N, Mc Caskill CC, Parekh P,F Einglos M N. (2002). ***Stress management improves long – term glycemic control an type 2 diabetes.*** Diabetes Care. 25: 30-4.
* Tailor P.( 2001). The role of health belief and health locous of control on patient satisfaction. ***Journal Rehab Health***, 10: 9-91.
* The world health reports**. *Mental health: new understanding new hope*.**  Geneva: world Health Organization. 2009; Available at: [http: //discovermagazine](http://discovermagazine). com/2009/oct/fearworld.
* Vallerstein, Judith. (1983). ***Children of divorce: the psychplogical tasks of the child***. American Journal of Orhopsychiatry ,53(2) ,230-243.
* Van der Ven,N. C. W. , Lubach, C. H. C. (2005). ***Cognitive behavioral group training (CBGT) for patient with type 1 diabetes in persistent poor glycemic control***: who do we reach? Pationt Education and Counseling,56: 313-322.
* Wallston Ka. (1992). ***Assesment of control in health care setting.*** In. Steptoe A, APPles A. Stress, personal control and health. New Jersey: John Wiley & Sons.
* Wallston KA, Wallston BS. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. S. sanders, J. SWS (Eds). ***Social Psychology of Health and Illness,*** NJ: frlbaum; PP: 86-92.
* Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales*.* ***Health Educ Monogr*****6**: 160-170.
* Waller M. A. (2001). Resilience in cosystemic contex: Evalution of the child. ***American Journal of Orhopsychiatry***,71,290-297.
* Weimer, W. (1977). ***Aconceptual frame work for cognitive psychology: Motor theories of mind***. In R. shaw & J. Branspord (Eds). Perceiving,acting and knowing(pp. 267-311). Hilladale,NJ: Eribaum.
* Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.* Ithaca, New York:cornell university press.
* Werner, E. E. (1993). ***Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai Longitudinal Study***. Development and Psychology, 5,503-515.
* White CA. (2001). ***Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems***. New York, Willy & Sons. pp: 33 -13.
* William, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007*).* ***The mindful way through depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness****.* New York:Guilford Publications.
* Wolff, S. (1995). The concept of resilience. ***Australian and New Zealand Journal of Psychiatry***, *29,* 565-574.
* World Health Organization (WHO). (1999). ***Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications***. Geneva: Department of Noncommunicable Disease Surveillance, World HealthOrganization. Available: http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who dmc.htm # Heading.
* Zhan X. Chen YM. Chen WQ. (2008**). *Association of psychology factors with anxiety and depressive symptoms in chinese pations with diabetes*.** Diabetes Res Clin Part,79,523-530.

منظور از افسردگي چيست؟

پاسخ دادن به اين پرسش بسيار مشكل است؛ زيرا جواب اين پرسش تا حد زيادي به فردي بستگي دارد كه از او سؤال مي شود. كلمه دپرسیون[[89]](#footnote-89) در زبان انگليسي، براي توصيف وضعيت آب و هوا، كاهش بهاي سهام در بورس، فرو رفتگي زمين، و البته براي توصيف وضعيت خلقي به كار برده مي شود. افسردگي صرفاً به معناي احساس دلتنگي و غمگيني نيست بلكه بسيار فراتر از آن است. در حقيقت افسردگي نه تنها بر چگونگي احساس ما، بلكه بر نحوه تفكر ما درباره چيزها، سطوح انرژي، تمركز حواس، خواب و حتي علايق جنسي ما تأثير مي گذارد(گيلبرت، ترجمه جمالفر،1389). از آنجا كه طبقه بندي افسردگي آسان نيست و تعريفي كه بتواند مورد پذيرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گيرد، غير ممكن به نظر  
 مي رسد در سطوري كه در پي مي آيد به برخي تعاريف عمده افسردگي اشاره مي شود:

در معناي محدود پزشكي، افسردگي، به منزله يك بيماري خلق و خوي يا اختلال كنش خلق وخواب است(لولو[[90]](#footnote-90)،1991).

در سطح معمول باليني، افسردگي نشانگاني است كه تحت سلطه خلق افسرده است. بر اساس بيان لفظي يا غير لفظي عواطف غمگين، اضطرابي و يا حالت هاي برانگيختگي نشان داده مي شود(بلاك برن و كوترو[[91]](#footnote-91)،1990، نقل از دادستان،1376).

افت گذرا يا دوام تنود عصبي - رواني كه به صورت يك مؤلفه رواني(سردردها، خستگي پذيري بي اشتهايي، بي خوابي، پيوست، كاهش فشار خون و جز آن) و يك مؤلفه رواني احساس به پايان رسيدن نيرو، كهتري، ناتوان مندي، غمگيني، و جز آن نمايان مي شود(لافون[[92]](#footnote-92)،1973، نقل از دادستان،1376).

افسردگي اساسي برحسب يك يا چند دوره افسردگي اساسي مشخص مي شود. يعني وجود خلق افسرده به مدت حداقل دو هفته يا از دست دادن علاقه همراه با حداقل چهار نشانه اضافي(انجمن روانپزشكي آمريكا، 2000).

در يك جمع بندي كلي مفهوم افسردگي به سه گروه متفاوت به كار رفته است:

به منظور مشخص كردن احساس هاي بهنجار غمگيني، يأس، نااميدي و جز آن و بروز آن ها به عنوان نشانه يك اختلال.

به منظور توصيف اختصاري نشانگان كه شامل نشانه هاي عاطفي، شناختي، حركتي، فيزيولوژيكي و غدد مترشحه است.

براي مشخص كردن اختلال هاي افسرده وار در چهار چوب اختلال هاي رواني كه داراي پاره اي از علل و گونه اي از تحول هستند و به پاره اي از درمانگري ها پاسخ مي دهند(هوبر[[93]](#footnote-93)،1993، نقل از دادستان،1376).

خلق افسرده و بي علاقگي يا بي لذتي علايم كليدي افسردگي است.

2-16- سبب شناسي افسردگي

در تببين علل افسردگي نظريه هاي متفاوتي مطرح شده اند. افسردگي علل چندگانه دارد. به اين معني كه، شماري از عوامل مختلف مي توانند آن را بوجود آورند. اين رويكردها مي توانند زيست شناختي، روان پويشي، هستي گرايي، شناختي – رفتاري، نظريه هاي سيستمي و مدل مفهومي باشند. ممكن است افسردگي در بعضي از مردم به دليل وجود اشكال در يكي از اين زمينه ها باشد. اما به احتمال زياد تركيبي از عوامل در همه زمينه ها در شكل گيري افسردگي دخالت دارند. نظريه هاي زيست شناختي افسردگي بر نقش عوامل ژنتيك، عدم تنظيم انتقال دهنده هاي عصبي، بدكاري سيستم ايمني و غدد درون ريز در بروز افسردگي تأكيد دارند. تعارضات و فقدان ها در روابط ميان فردي مي توانند در ايجاد افسردگي دخيل باشند. از سويي عوامل رفتاري نظير افزايش استرس و كاهش تجارب مثبت و لذت بخش نيز در اين زمينه مؤثرند. عوامل شناختي، شيوه هاي فكري تحريف شده و غير انطباقي را شامل مي شود و نظريه هاي سيستمي بر اهميت تنيدگي، حمايت و نگرش خانواده تأكيد مي كنند كه بر اين اساس الگوهاي تعامل در خانواده در علت شناختي و نگهداري افسردگي نقش دارند(کار،1999).

2-17- افسردگي از ديدگاه نظريه هاي زيست شناختي

اين نظريه ها فرض مي كنند علت افسردگي يا در ژن ها و يا در بعضي كاركردهاي ناقص فيزيولوژيايي است كه احتمال زيربناي فطري داشته باشد يا نداشته باشد. يافته هاي بدست آمده از بررسي دوقلوها نشان مي دهد عناصر وراثتي در بعضي موارد افسردگي نقش دارند. بستگان افرادي كه يك دوره افسردگي اساسي را قبل از20 سالگي تجربه كرده اند در مقايسه با بستگان افراد عادي8 بار بيشتر احتمال دارد افسرده شوند(کار[[94]](#footnote-94)،1999).

**افسردگي از ديدگاه روان پويشي**:

نظريه پردازان روان پويشي به سه علت بر افسردگي تأكيد مي كنند:

1.خشمي كه متوجه خود شده است.

2.وابستگي بيش از اندازه به ديگران براي عزت نفس.

3.درماندگي در رسيدن به هدف ها.

**1.خشمي كه متوجه خود شده است:**

**روان كاوان**: اولين كساني بودند كه در الگوي روان پويشي به شناخت افسردگي كمك كردند. کارل آبراهام[[95]](#footnote-95)(1911) و زیگموند فروید(1917) در مقياس كلاسيك خود به نام «داغداري و ماليخويا» بر اهميت خشمي كه متوجه خود شده است در ايجاد افسردگي، تأكيد كردند. افراد افسرده به ظاهر خالي از خشم به نظر مي رسند. و اين باعث مي شود كه انسان گمان كند خشم آن ها در درونشان مهار شده است. از نظر فرويد، سرنخ اصلي به حالت دروني آن ها از تفاوت بين داغ ديدگي معمولي(داغداري) و افسردگي (ماليخوليا) بدست مي آيد. افراد بهنجار و افسرده نسبت به از دست دادن فردي كه دوستش دارند دو واكنش كاملاً متفاوت نشان مي دهند. دنيا به نظر فردي كه عزادار است پوچ به نظر مي رسد. ولي عزت نفس او تهديد نمي شود. در مقابل، از ديد فرويد، فرد افسرده قوياً احساس بي ارزشي نموده و خود را سرزنش مي كند. او احساس بي ارزشي و گناه مي كند. او خود را به خاطر ناتوان بودن ملامت مي كند. اين سرزنش خود معمولاً اخلاقي است، كاملاً ناموجه است، و از آن مهم تر، علناً و با بي شرمي نشان داده مي شود. اين حالت سرنخي را در اختيار او مي گذارد مبني بر اينكه خشمي كه متوجه خود شده است فعالانه برانگيخته شده و موجي عزت نفس كم مي شود. چه پيش بيايد كه برخي افراد با متوجه ساختن خشم خود نسبت به خودشان به ضايعه يا طرد واكنش نشان مي دهند. به نظر فرويد، اين انگيزش براي تشبيه خود از رويدادهاي كودكي فرد افسرده ناشي مي شود. فرد افسرده در دوران كودكي خود عشق شديدي را پرورش مي دهد كه با دلسردي فردي ديگر تضعيف مي شود. او از اينكه دلسرد شده است احساس خشم مي كند. انرژي ليبيدويي نهفته در عشق آزاد مي شود، ولي متوجه فرد ديگري نمي شود. در عوض، من[[96]](#footnote-96) با فرد از دست رفته همانندسازي كرده يا او را جذب مي كند، و ليبيدوي آزاد شده متوجه اين بخش از من مي شود. خشمي كه در اصل نسبت به آن «شخص احساسي مي شده» اکنون به خود[[97]](#footnote-97) برمی گردد. طبايعات و طرد بعدي، اين ضايعه را دوباره فعال مي سازد و باعث مي شوند كه خشم فرد افسرده متوجه شخص خيانتكار اصلي شود كه اكنون در من او ادغام شده است. اينگونه متوجه شدن خشم به سوي خود، گام مهمي در ايجاد نشانه هاي عزت نفس كم، سرزنش علني، نياز به تنبيه، و در موارد بسيار شديد، خودكشي است و افسردگي زماني پايان مي يابد كه خشم مصرف شده، يا از ارزش ضايعه جديد كاسته شده باشد. ادغام موضوع عزيز از دست رفته و خشمي كه متوجه درون وی شده افسردگي خود ساخته مي شود.

2. **وابستگي بيش از اندازه به ديگران براي عزت نفس:**

از ديدگاه سايكوديناميك (روان پويشي) عوامل استرس زايي كه از نظر بيمار بر اعتماد به نفس او اثري منفي دارند، بيشتر ممكن است ايجاد افسردگي كنند. به علاوه اتفاقي كه شايد از نظر ديگران عامل استرس زاي نسبتاً خفيفي تلقي شود، به دليل معناي منحصر به فردي كه بيمار به آن مي دهد، ممكن است اثرات ويرانگري بر روي وي داشته باشد(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389). نظريه پردازان روان پويشي بر تيپ شخصيتي تأكيد كرده اند كه افراد را به ويژه نسبت به افسردگي آسيب پذير مي سازد. فرد افسرده براي عزت نفس خود بيش از حد به ديگران وابسته است. او شديداً نيازمند آن است كه لبريز از عشق و تحسين شود. او با حالتي از عطش مداوم براي عشق و محبت زندگي مي كند، و چنانچه اين نياز برطرف نشود، عزت نفس او تنزل مي يابد، زماني كه او مأيوس مي شود، نمي تواند ناكامي را تحمل كند، و حتي ضايعات جزئي، حرمت نفس او را برهم مي ريزد و موجب تلاش هاي فوري و شتاب زده براي كاهش ناراحتي مي شوند. بنابراين افراد افسرده به صورت معتادان محبتي انگاشته مي شوند كه به طرزي بي نظير در ايجاد محبت ديگران ماهر شده اند و همواره دوست دارند سرشار از محبت باشند. با اين حال، فرد افسرده غير از دريافت اين محبت، براي شخصيت واقعي فردي كه او را دوست دارد اهميت چنداني قائل نيست(رادو[[98]](#footnote-98)،1982، فنیچل[[99]](#footnote-99)،1954، آریتی و بمپوراد[[100]](#footnote-100)،1978، نقل از اسکوپی).

**3. درماندگي در رسيدن به هدف ها:**

سومين گرايش در نظريه پردازي سايكوديناميك مربوط به افسردگي در اظهارات ادروارد بيبرينگ[[101]](#footnote-101)(1953) ديده مي شود كه معتقد است افسردگي زماني ايجاد مي شود كه من در برابر آرزوهايش احساس درماندگي مي كند. احساس درماندگي در دستيابي به اهداف عالي من، موجب از دست دادن عزت نفس مي شود كه ويژگي اصلي افسردگي است. فردي كه مستعد افسردگي است، معيارهاي بسيار بالايي دارد و همچنين باعث مي شود كه آسيب پذيري او نسبت به درماندگي، هنگام موجه شدن با اهدافش بيشتر شود، از نظر بيبرينگ، ترتيب اهدافي كه قوياً با ارزش انگاشته مي شوند، با آگاهي عميق من از درماندگي و ناتواني اش در رسيدن به اين اهداف، مكانيزم افسردگي است. هرچند فرويد نظام افسردگي را تعريف كرد و كارل آبراهام آن را گسترش داد و مجموعه كارهاي اين دو ديدگاه كلاسيك افسردگي را تشكيل مي دهد. كه اين نظريه چهار نكته كليدي دارد:

آشفتگي ارتباط نوزاد – مادر در خلال مرحله دهاني(10 تا 18 ماه ابتداي زندگي) زمينه ساز آسيب پذيري بعدي به افسردگي است.

افسردگي مي تواند به فقدان واقعي يا خيالي شيء محبوب مرتبط باشد.

دروني سازي شيء از دست رفته، مكانيسمي دفاعي براي مقابله با رنج و ناراحتي همراه با فقدان شيء مي باشند.

از آنجا كه شيء از دست رفته با ديدي آميخته با عشق و نفرت نگريسته مي شود، احساسات خشم متوجه خود و معطوف به داخل مي گردند. «ملانی کلاین[[102]](#footnote-102)» افسردگي را متضمن ابراز پرخاشگري به محبوب مي دانست و از اين نظر بسيار شبيه فرويد بود.

سيلوانوآريتي[[103]](#footnote-103) ديده بود كه بسياري از افراد افسرده، نه براي دل خود، كه براي ديگران زندگي مي كنند، او به اين شخص كه فرد افسرده براي او زندگي مي كند، «ديگري غالب[[104]](#footnote-104)» اطلاق مي كرد كه مي توانند يك اصل، آرمان، مؤسسه يا فرد باشد. افسردگي زماني رخ مي دهد كه بيمار درمي يابد فرد يا آرماني كه او برايش زندگي كرده، هرگز چنان نبوده است كه انتظارات او را برآورده سازد.

از ديگر نظريه پردازان رويكرد روان پويشي جيمز فريمو[[105]](#footnote-105)(1981) مي باشد. او با تأكيد بر پيوند ميان عوامل دروني رواني يا عوامل بين فردي، آميزه اي از مفاهيم روان پويشي وسيستمي را ارائه كرد. فريمو اين نظريه را مطرح ساخت كه كودك خردسالي كه رفتار والدين را دال بر طرد، رهاسازي يا گزند و آسيب آنان نسبت به خود تلقي مي كند، با معماي غامضي روبرو مي شود؛ او نه مي تواند فرد مطلوب (يعني والدين) را رها سازد و نه قادر است، وي را تغيير دهد. كودك، براي رفع ناكامي حاصله، جنبه هايي از والدين  
«محبوب – منفور» را دروني مي كند تا «افراد» خيالي متعلق به دنياي دروني خود را كنترل كند. اين «افراد» دروني شده كه داراي ويژگي هاي مطلوب و هم نامطلوب مي باشند، به صورت درون فكنده(يعني، بازنمايي دروني از«افراد» بيروني) حفظ مي شوند. به نظرفريمو، نيرومندترين مانع بر سر تغيير عبارت است از دلبستگي آدميان به درون فكني هايي كه از والدينشان دارند.

**افسردگي از ديدگاه رفتاري:**

رفتار درمان گرا به طور كلي دنبال تقويت كردن فعاليت ها و تعاملات اجتماعي بيماران هستند. چون بيماران افسرده معمولاً انسان هاي منفعلي هستند، مداخلات رفتاري در آن ها احساس تسلط و حق انتخاب ايجاد مي كنند. درمانگران در مورد اين بيماران، كار خويش را با سنجش خلق آغاز مي كنند. آن ها از بيماران خود مي خواهند خلق و خوي خويش را ارزيابي و رويدادهاي ناخوشايند را ثبت كنند. درمانگران به كمك اين اطلاعات مي توانند اهداف واقع بينانه اي براي درمان در نظر بگيرند. فرض كلي در رفتار درماني اين است كه تغيير رفتار موجب تغيير فكر و احساس مي شود(شارف[[106]](#footnote-106)، ترجمه فیروبخت،1381).

يك مدل مهم رويكرد رفتاري به افسردگي، مدل درماندگي آموخته شده است كه اعلام مي دارد افراد افسرده خود را قادر به تأثيرگذاري بر محيط شان نمي بينند، پديده درماندگي آموخته شده اصطلاحي است كه توسط مارتين سليگمن وضع شده است(مایر[[107]](#footnote-107)،سیلگمن[[108]](#footnote-108)،1975).

سليگمن و همكارانش در آزمايش هاي بحث انگيز ناراحت كننده شان، شرطي كردن ترس و گريزآموزي را در سگ ها بررسي كردند. كه البته مدل تجديد نظر شده درماندگي آموخته شده نقش انسان ها را اضافه نمود؛ يعني توجيه كردن اتفاقاتي كه براي افراد روي مي دهند. در مدل تجديد نظر شده، مواجه شدن با موقعيت هايي كه موجب درماندگي مي شوند(رويدادهاي زندگي آسيب زا يا ناگوار)، افراد افسرده را به سمت نسبت دادن عجز و ناتواني شان به فقدان امكانات شخصي سوق مي دهند كه اين گونه  
 انسان ها«دروني، پايدار، كلي» در مقابل افراد غيرافسرده مشكلات خود را به شرايط خارج از كنترل شان نسبت مي دهند و اين گونه افراد «بيروني، ناپايدار،جزئي» هستند.

**افسردگي از ديدگاه انسان گرا – هستي گرايي**:

در حالتي كه نظريه پردازان روان پويشي، بر از دست دادن شيء محبوب به عنوان علت محوري افسردگي تأكيد دارند نظريه پردازان هستي گرا روي فقدان عزت نفس تأكيد دارند. شيء مفقود مي تواند واقعي يا نمادين باشد. قدرت، طبقه اجتماعي، يا پول، اما از دست دادن آنقدر اهميت ندارد كه تغيير عزت نفس بر اثر از دست دادن بسياري افراد خودپنداره شان روي اينكه هستند و چه دارند، بنيان مي گذارند. من رهبر مجمع كارخانه هستم: رئيس هستم: عضو تنها كلوپ ورزشي شهر هستم: شوهر يك ستاره مشهور نما هستم. همانند سازي هايي از اين نوع، تصديق بيروني ارزش هاي افراد را در ذهنشان بدست مي دهد، بنابراين در فرهنگ ما يك علت عمده افسردگي مردها، از دست دادن شغل است. در مورد زنان حداقل تا زمان افزايش گسترده زنان شاغل خارج از خانه، يك علت عمده افسردگي از دست دادن همسر بود، كه اين نه تنها ازدست دادن شخص محبوب بلكه از دست دادن منبع عمده تشخيصي است، زيرا بطور سنتي موقعيت اجتماعي زن بسته به نقش شوهر بود. نظريه پردازان انسان گرا به تفاوت بين خودآرماني شخص و درك او از وضعيت واقعي امور تأكيد دارند. احتمالاً وقتي تفاوت بين آرمان و واقعيت آنقدر زياد مي شود كه فرد نتواند تحمل كند. افسردگي به وجود مي آيد. اين عقيده با شواهد جمع آوري شده به وسيله پژوهش گراني كه سطح واقعيت گرايي را در خودارزيابي هاي افراد افسرده و غير افسرده مطالعه كرده اند، كاملاً تناسب دارد(امیر طهماسب،1386).

**افسردگي از ديدگاه سيستمي خانواده:**

در نظريه هاي سيستمي خانواده، بر اهميت تنيدگي، حمايت و نگرش خانواده تأكيد شده است. در اين نظريه، الگوهاي تعامل در خانواده در علت شناسي و نگهداري افسردگي نقش دارند(کار،1999).

و عوامل ژنتيكي و عوامل محيطي نيز در بروز شرايط افسرده ساز مؤثر هستند. محيط زندگي آرام و بدون تنش از بروز علايم افسردگي در افرادي كه از نظر ژنتيكي آسيب پذير هستند جلوگيري مي كند، در حالي كه تنيدگي فراتر از آستانه عمل فرد، حتي در افرادي كه سابقه افسردگي در خانواده را ندارند، چه بسا به بروز علايم افسردگي بيانجامد. نگرش منفي خانواده و فرد اشتغال ذهني فرد با وقايع و كمبودهاي گذشته سبب ايجاد ديدگاه منفي نسبت به ارزشمندي خود و نااميدي و درماندگي در مورد آينده مي شود. چنين نگرش افسرده سازي ممكن است به كاهش فعاليت و تعامل فرد منجر شود(آسارنو[[109]](#footnote-109)، جای کوکس[[110]](#footnote-110)، تامپسون[[111]](#footnote-111)،2001).

**افسردگي از ديدگاه شناختي رفتاري(خودکنترلی):**

رفتار درماني شناختي رويكردي است فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زماني و سازمان يافته، منطق نظري اين رويكرد بر عاطفه و رفتار فرد استوار است، كه عمدتاً بر حسب شيوه ساخت يابي جهان از نظر او تعيين مي شود(بکر،راش، شاو و امری،1979). مدل نظري كنترل خويشتن بر كژي هاي موجود در فرايندهاي نظارت خود، ارزش يابي خود و تقويت خود تأكيد مي كند(رم،1977).

افراد افسرده بطور گزينشي به جنبه هاي منفي خودشان و جهان توجه نشان مي دهند. خود ارزش گذاري بر اساس ضوابط سوگيري شده، انجام مي شود. ضوابطي كه دست يابي به آن ها بسيار سخت است. به گونه اي كه پاداش هاي پيدا و پنهان به ندرت قابل اعطا هستند. پس، بنيان ميزان هاي بهنجار رفتار (خود – نظم بخشي) در نبود نسبي كنترل بيروني، رو به زوال مي رود، و گنجينه رفتاري فرد افسرده مختل مي شود. شواهد علمي هماهنگ با فرمول بندي نظري 1977/ م در چهارچوب نتايجي است كه نشان مي دهد آزمودني هاي افسرده و غير افسرده در حقيقت طبق پيش بيني اين نظريه، به طور متفاوتي خودشان را تشويق يا تنبيه مي كنند(روزنسکی[[112]](#footnote-112) و دیگران، 1977؛لوبیتز و پست[[113]](#footnote-113)،1979).

2-18- معاینه وضعیت روانی

**دوره های افسردگی**

**توصیف کلی:** کندی عام روانی – حرکتی شایعترین علامت است. البته سرآسیمگی روانی ـ حرکتی نیز به ویژه در سالخوردگان دیده می شود. مالیدن دستها به هم و کشیدن مو شایعترین علایم سرآسیمگی است. نمای شناخته شده بیمار افسرده عبارت است از فردی با وضعیت خمیده، بدون هیچ گونه حرکت خود به خود، و با نگاهی خیره به پایین.

**خلق، حالت عاطفی، و احساسات:** افسردگی علامتی کلیدی است، هر چند حدود نیمی از بیماران افسرده وجود احساس افسردگی را انکار می کنند و به نظر هم نمی رسد که خیلی افسرده باشند. این گونه بیماران را اغلب اعضای خانواده شان یا صاحبکارانشان به دلیل انزوای اجتماعی آنها و کاهش کلی فعالیتشان نزد پزشک می برند.

**تکلم:** کاهش سرعت تکلم و درجۀ صدا، و پاسخ دادن به سوألات به صورت یک کلمه ای و یا دیر، در بسیاری از بیماران افسرده مشهود است.

**اختلالات ادراک:** اگر بیمار افسرده ای هذیان یا توهم داشته باشد، می گویند مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با خصایص روانپریشانه است. به هذیانها و توهم هایی که با خلق افسردۀ بیمار همخوانی داشته باشد، هذیانها و توهمهای هماهنگ با خلق گفته می شود. هذیانها هماهنگ با خلق در فرد افسرده عبارت است از هذیان گناه، معصیت، بی ارزشی، فقر، شکست، گزند، و بیماریهای جسمی بسیار وخیم.

**فکر:** بیمار افسرده علی القاعده دیدگاهی منفی راجع به جهان و خودش دارد. محتوای فکر این گونه بیماران اغلب از یک سلسله نشخوارهای ذهنی غیر هذیانی در مورد از دست دادن، گناه، خودکشی، و مرگ تشکیل شده است. حدود ده درصد از کل بیماران افسرده، علایم برجسته ای از اختلال فکر دارند که معمولاً وقفه فکر و فقر عمیق محتوای فکر است(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

**وضعیت هشیاری و شناخت**

**موقعیت سنجی:** اکثر بیمارانافسرده به شخص، مکان، زمان وقوف دارند، اما برخی از آنها در حین مصاحبه، انرژی یا علاقه کافی برای پاسخ به سوألات مربوط به این موضوعات از خود نشان نمی دهند.

**حافظه:** حدود پنچاه تا هفتاد و پنج درصد از کل بیماران افسرده دچار نوعی اختلال شناختی هستند که گاه از آن با عنوان دمانس کاذب ناشی از افسردگی یاد می شود. شکایت شایع این بیماران مختل شدن تمرکز و فراموشکاری است.

**کنترل تکانه:** حدود ده تا پانزده درصد از کل بیماران افسرده دست به خودکشی می زنند و حدود دو سوم آنها نیز فکر خودکشی دارند. گاه به ندرت پیش می آید که فرد افسرده ای با خصایص روانپریشانه به فکر کشتن کسی بیفتد که در نظام هذیانش وارد شده است. البته این گونه بیماران که به شدیدترین وجهی افسرده اند، اغلب فاقد انگیزه یا انرزی کافی برای انجام این اعمال تکانشی یا خشونت بار هستند.

**قضاوت و بصیرت:** بهترین راه ارزیابی قضاوت بیمار، مرور اعمالش در گذشته نزدیک و بررسی رفتارش در حین مصاحبه است. بصیرت بیماران افسرده به اختلالشان اغلب افراطی است، یعنی علایم اختلال و مشکلات زندگیشان را بیش از حد مورد تأکید قرار می دهند(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

2-19- ملاکهای DSM-IV-TR درمورد دوره افسردگی اساسی

الف)حداقل پنج تا از علایم زیرهمزمان در یک دوره دو هفته ای وجود داشته باشد و نشانه تغییری در کارکرد قبلی باشد ؛ حداقل یکی از علایم یا (1) خلق افسرده باشد:

(2) بی علاقگی و بی لذتی.

(1) خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریبا همه روزها (مثلا احساس کند غمگین است یا احساس پوچی کند).

(2) کاهش واضح علاقمندی یا لذت از همه یا تقریبا همه فعالیتها ، اکثر اوقات روز و تقریبا همه روزها.

(3) کاهش چشمگیر وزن بدون اجرای برنامه رژیم خاصی برای لاغری (تغییر وزن بدن بیش از پنج درصد در عرض یک ماه یا کاهش یا افزایش اشتها تقریبا همه روزه ها).

(4) کم خوابی یا پرخوابی به طور تقریبا هر روزه.

(5) سرآسیمگی یا کندی روانی ـ حرکتی در تقریبا همه روزها.

(6) احساس خستگی یا از دست دادن انرژی تقریبا همه روزها.

(7) احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب

(8) کاهش قدرت تفکر یا تمرکز،یا احساس بلاتصمیمی ، تقریبا هر روز.

(9) افکار عود کننده ای درباره مرگ (کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

2-20- درمان های اختلالات افسردگی

اغلب دوره های افسردگی پس از چند ماه پایان می یابند، اما این مدت ممکن است برای اشخاص دچار افسردگی و نزدیکانشان بی اندازه طولانی به نظر بیاید. یکی از اهداف اصلی نظام سلامت عمومی افزایش شمار کسانی است که از درمان برخوردار می شوند. برای مثال، زمینه یابی ها حاکی از آن است که سه چهارم اشخاص از درمان های مؤثر MDD برخوردار نمی شوند(یانگ و همکاران،2001).

2-20-1- درمان های روانشناختی افسردگی

**رواندرمانی بین فردی(IPT)**[[114]](#footnote-114)

در درمان بین فردی که جرالدکلرمن مبدع آن بود ، بریکی دو مشکل بین فردی فعلی بیمار تأکید می شود، این نوع درمان بر دو فرض مبتنی است:اولاً مشکلات بین فردی احتمالا ریشه در کژکاریهای در روابط دوران کودکی او دارند، ثانیاً این مشکلات احتمالا در تسریع و دوام علایم افسردگی فعلی بیمار نیز نقشی دارند. درمان بین فردی مؤثرترین اسلوب رواندرمانی برای دوره های شدید افسردگی اساسی است. برنامه درمان بین فردی معمولاً از دوازده تا شانزده جلسه هفتگی تشکیل شده است. مشخصه این شیوه رویکرد فعال درمانی است.در این درمان به پدیده های درون روانی نظیر سازوکارهای دفاعی و تعارضهای درونی پرداخته نمی شود.به رفتارهای مشخص و معینی از قبیل فقدان جرأتمندی[[115]](#footnote-115)، مختل بودن مهارتهای اجتماعی، وتفکر تحریف شده میتوان پرداخت، آن هم فقط در بافتار اهمیت و اثری که در روابط بین فردی بیمار دارند(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

محور درمان، بررسی مشکلات بین فردی بزرگ، مانند مراحل انتقال نقش، تعارضات بین شخصی، داغدیدگی و انزوای بین فردی می باشد. معمولاً درمانگر و درمانجو بر یک یا دو مورد از این مسایل تمرکز می کنند و هدف درمان کمک به شخص برای شناخت احساساتش درباره این مسایل، گرفتن تصمیمات مهم و ایجاد تغییرات برای حل کردن مشکلات مرتبط با این مسایل است.در مطالعات مختلف دیده شده که IPT در از میان بردن MDD مؤثر است و به نظر می رسد که وقتی درمان پس از بهبود شخص ادامه می یابد، از بازگشت آن جلوگیری می کند(فرانک و همکاران،1990).

**درمان شناختی**

هدف شناخت درمانی آن است که با کمک به بیمار در شناسایی و آزمودن شناختهای منفی، دوره های افسردگیش را تسکین و تخفیف دهد، از عود آنها پیشگیری کند، راههای دیگری برای اندیشیدن پیدا کند که انعطاف پذیر و مثبت باشند و سرانجام واکنشهای جدید شناختی و رفتاری را تمرین کند.

شناخت درمانی در درمان اختلال افسردگی اساسی درمان مؤثری است. بک و همکارانش طبق نظریه خود که طرحواره های منفی و سوگیری های شناختی باعث افسردگی می شود، درمان شناختی را ابداع کردند که هدف آن اصلاح الگوهای فکری غیرانطباقی است. درمانگر سعی می کند به شخص افسرده کمک کند تا عقایدش را درباره رویدادها و خودش تغییر دهد. درمانگر به فرد آموزش می دهد تا تک گویی های درونی اش را زیر سوأل ببرد و الگوهای فکری مؤثری را شناسایی کند.این نوع درمان شناختی، مستقل از درمان عقلانی - هیجانی الیس ابداع شد، اما این درمان ها از چند لحاظ شبیه یکدیگر هستند. برای مثال، بک ظهار می کند که اشخاص دچار افسردگی اگر مرتکب یک اشتباه شوند، احتمال دارد خودشان را کاملاً بی عرضه و نالایق تلقی کنند؛ الیس هم معتقد است که این قبیل اشخاص به این باور نامعقول[[116]](#footnote-116) معتقدند که برای با ارزش بودن باید در همه چیز مهارت داشته باشند(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

بک همچنین یک شیوه رفتاری به نام فعال سازی رفتاری[[117]](#footnote-117)(BA) را در درمانش می گنجاند که در آن به درمانجو تکالیف فعالیت داده می شود تا تجارب موفقیت آمیزی برای او به ارمغان آورد و به او امکان دهد که نظر خوبی درباره خودش داشته باشد.

اقتباس جدید از درمان شناختی به نام درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود پس از درمان موفقیت آمیز دوره های عودکننده افسردگی اساسی تمرکز دارد(سگال و همکاران،2001).

**آموزش مهارت های اجتماعی**

از آنجا که افسردگی ارتباطی بسیار نزدیک با مشکلات بین فردی دارد، درمان های رفتاری بر کمک به بیماران برای بهبود تعاملات اجتماعی تمرکز دارند. شواهد، کارآمدی افزایش رفتارهای اجتماعی آشکار به کمک فنونی مانند آموزش جرأت مندی و آموزش مهارتهای اجتماعی را تائید می کند(هرسن و همکاران،1984).

**درمان فعال سازی رفتاری**

درمان فعال سازی رفتاری از لحاظ رویکرد رفتاری آشکارش با آموزش مهارت های اجتماعی مرتبط است. بی فعالیتی، گوشه گیری، و تنبلی علایم شایع افسردگی اند.از دیدگاه فعال سازی رفتاری کارکرد این رفتارها بسیار مهم است. طرفداران BA ادعا می کنند که این رفتارها سطح از قبل پایین تقویت مثبت را که با افسردگی همراه است، کاهش خواهد داد. در حین درمان با پرداختن به رفتارهای غیر انطباقی بیمار او یاد می گیرد که در جهان به گونه ای عمل کند که از تقویت مثبت برخوردار شود.

**درمان مبتنی بر روانکاوی:**

هدف رواندرمانی روانکاوانه تغییر منش یا ساختار شخصیت بیمار است، نه فقط تسکین و تخفیف علایم. افزایش اعتماد بیمار در روابط بین فردی ، احساس صمیمیت ، مکانیسم های مدارا، قابلیت درسوگ نشستن و قدرت برخوردار شدن از طیف وسیعی از حالات روحی و هیجانی، برخی از اهداف درمان روانکاوانه است(کاپلان و سادوک؛ ترجمه رضاعی،1389).

**دارو درمانی:**

**سه نوع داروی اصلی ضد افسردگی عبارتند از:**

**1)**داروهای سه حلقه ای(مثل ایمی پرامین)،2) بازدارنده های مونوآمین اکسیداز( MAOIها)(مثل ترانیلسپیرومین) و 3) پازندارنده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI ها)(مثل پروزاک). داروهای نوع 1 و 2 هم ا ز میزان سروتونین و هم از میزان نوراپی نفرین مغز کم می کنند، ولی SSRI ها فقط سروتونین را انتخاب می کنند و اجازه نمی دهند که نورونهای پری سیناپتیک آنها را دوباره جذب کنند. همۀ این داروها انتقال نورترانسمیترها بین نورونها را تسهیل می کنند(گنجی،1392).

**درمان با شوک الکتریکی(ECT):**

امروزه ECT برای کسانی استفاده می شود که از افسردگی شدید رنج می برند و سایر روشهای درمانی کارآمد نبوده است(گنجی،1392).

2-21- اضطراب:

قرن بیستم به عنوان عصر اضطراب نامیده می شود؛ هر چند که ترس و اضطراب و سایر هیجانات از زمان پیدایش انسان با وی همراه بوده و در واقع به قدمت خود بشر می باشد. با اینکه ترس از زمان های قدیم مطرح بوده اما اضطراب و تفاوت آن با ترس و نفوذ آن در شرایط زندگی تنها مدت کوتاهی قبل از قرن بیستم شناخته شده است(اشپیلرگر،1972). به طوری که آیدون ، عصر حاضر را دوران اضطراب نامیده است. پیچیدگی های جاری تمدن، سرعت تغییرات و بی توجهی نسبت به مذهب و ارزش های خانوادگی برای افراد و اجتماع، تعارض ها واضطراب های تازه ای بوجود آورده است. امروزه به طور کلی در کار طبابت مشاهده می شودکه به نوع و تاثیر اضطراب توجه می شود ودر واقع اضطراب جزء مکمل در طب روان تنی و فرضیه ها و کار روانپزشکی است(کاپلان و سادوک ،1988).

اضطراب را نگرانی به علت مشکل پیش بینی شده تعریف می کنند. اضطراب معمولاً به خطری در زمان آینده مربوط می شود. اضطراب معمولاً شامل برانگیختگی ملایم است و شخصی که دچار اضطراب است ممکن است فقط نا آرامی و تنش فیزیولوژیایی را احساس کند(کرینگ و همکاران ،2007).

اضطراب به عنوان مجموعه ای از پاسخ های جسمی، شناختی و رفتاری به استرس یاد می شود. یکی از پدیده هایی که پیوسته با بشر همراه بوده و به منزله بخشی از زندگی هر فرد در جوامع گوناگون تلقی می شود، اضطراب است. اضطراب بیش از حد پائین یا اضطراب بیش از حد زیاد ممکن است ما را با مشکلات و خطرات قابل توجهی مواجه سازد. در حد متوسط آن می تواند به ما کمک کند تا در جهت انجام فعالیت های خود بطور مناسب تلاش کنیم و زندگی خود را بهبود بخشیم. چنانچه وقتی اضطراب خیلی شدید باشد اصطلاحاتی چون وحشت، هراس، بیم و ترس مورد استفاده قرار می گیرد. وقتی اضطراب تا حدی ملایم و خفیف باشد اصطلاحاتی چون پریشانی، نگرانی، ناراحتی و غصه مورد استفاده قرار می گیرد. اضطراب از این لحاظ که به ما کمک می کند متوجه خطرات آینده شویم و برای آن برنامه ریزی کنیم - یعنی آمادگی مان را افزایش دهیم، به دیگران کمک کنیم تا از موقعیت های بالقوه خطرناک اجتناب کنند و قبل از وقوع مشکلات احتمالی درباره آن ها درست فکر کنیم - انطباقی است(کرینگ وهمکاران، 2007).

بنابراین اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، یکی از مؤلفه های ساختار شخصیت وی را تشکیل می­دهد و از این روی است که پاره ای از اضطراب های دوران کودکی و نوجوانی را می توان بهنجار دانست و تأثیر مثبت آنها را بر فرایند تحول پذیرفت چرا که این فرصت را برای افراد فراهم می آورند تا مکانیزم های سازشی خود را در جهت مواجهه با منابع تنش زا و اضطراب انگیز گسترش دهند. به عبارت دیگر می توان گفت که اضطراب در پاره ای از مواقع سازندگی و خلاقیت را در فرد ایجاد می کند، امکان تجسم موقعیت ها و سلطه بر آنها را فراهم می آورد و یا آنکه وی را بر می انگیزد تا به طور جدی با مسئولیت مهمی مانند آماده شدن برای یک امتحان یا پذیرفتن یک وظیفه اجتماعی مواجه شود(دادستان، 1376).

اضطراب پاسخی ضروری به تنیدگی است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر، برای کنش و واکنش آماده می سازد. در بسیاری از مواقع چنین پاسخی منطقی و حتی حیاتی است. اما حالت نابهنجار آن می تواند برگستره ی وسیعی از عملکردهای آدمی اثر بگذارد.

نظریه پردازان مختلف دیدگاههای متفاوتی در مورد مفهوم اضطراب دارند. اکثر این نظریه پردازان می گویند ریشه های اضطراب از جهت گیری آینده است که در آن افراد نسبت به آینده بیمناک اند(بارلو، 1988). به طور خلاصه به برخی از آنها اشاره می شود: فروید اضطراب را به عنوان علامت و نشانه ای برای تهدید (خود) می داند. آدلر معتقد است که اضطراب احساس حقارت کردن است(شفیع آبادی و ناصری، 1375). هورنای معتقد است که اضطراب احساس تنهایی و درماندگی کردن در دنیای خصومت آمیز است. راجرز، اضطراب را نتیجه ادراک تهدید به مفهوم خودانگاره می داند. راتر می گوید اضطراب منعکس کننده تفاوت و اختلاف بین نیازهای مبرم و قوی فرد با انتظارات ساده او است(راس،1373).

2-22- تفاوت ترس و اضطراب

اضطراب اخطاری است درباره یک خطر قریب الوقوع که شخص را برای مقابله با تهدید خطر آماده می سازد. اضطراب شبیه ترس است با این تفاوت که ترس اختصاصی است و منبع مشخص و عینی دارد. اضطراب و ترس هر دو در مقابل خطر و در پاسخ به آن احساس می شوند و واکنش های زیستی مشابهی دارند. اضطراب ریشه ای درونی دارد، از شخصیت ناشی می شود و پاسخ به تهدیدی نامشخص و ناشناخته است که دارای جنبه تعارضی و غالباّ مزمن می باشد(راو،1998).

اختلالات اضطرابی از شایعترین طبقات اختلالات روانی هستند. سه مکتب عمدۀ روانشناختی، مکاتب روانکاوی، رفتاری، و وجودی در مورد اضطراب نظریه هایی پرداختند.

**نظریه های روانکاوانه:** فروید اضطراب را هشداری حاکی از وجود خطری در ناخودآگاه دانست. یعنی آن را نتیجۀ تعارض روانی بین خواسته های ناخودآگاهانه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آنها در فرامن(سوپرایگو) یا جهان خارج تلقی کرد. ایگو در پاسخ به این هشدار، مکانیسم های دفاعی خود را بسیج می کند تا از ورود افکار و احساسهای نامقبول به خودآگاه پیشگیری کند. از منظر روانپویشی، هدف از درمان الزاماً نه حذف کامل اضطراب، که افزایش تحمل فرد در برابر آن است. یعنی هدف آن است که ظرفیت فرد برای تجربۀ اضطراب بیشتر شود و بتواند از آن در یافتن تعارض زیربنایی ایجادکنندۀ اضطراب سود جوید. اضطراب واکنشی به موقعیتهای گوناگونی است که در چرخه زندگی پیش می آید.

**نظریه های رفتاری:** طبق نظریه یادگیری یا رفتاری، اضطراب، پاسخی شرطی به یک محرک محیطی معین است. در مدل شرطی سازی کلاسیک، دختری که توسط پدری بد رفتار بزرگ شده است به محض دیدن وی ممکن است دچار اضطراب شود. این دختر از طریق تعمیم ممکن است نسبت به همه مردها بی اعتماد شود. در مدل یادگیری اجتماعی کودک ممکن است با تقلید اضطراب موجود در محیط (مانند والدین مضطرب) پاسخ اضطرابی بروز دهد.

**نظریه های وجودی (اگزیستانسیال)**: مفهوم کلیدی نظریه وجودی این است که فرد احساس می کند در جهانی بی هدف زندگی می کند. اضطراب در واقع واکنش فرد است به این خلأ عظیمی که در وجود و معنای زندگی می بیند.

2-23- اختلالات اضطرابی

افراد مبتلا به اختلالهای اضطرابی در اثر احساسهای مزمن و شدید اضطراب، درمانده می شوند. این احساس ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلالها قادر نیستند فعالیتهای روزمره خود را انجام دهند. اضطراب آن ها ناخوشایند است و باعث می شود نتوانند از موقعیت های عادی لذت ببرند اما علاوه بر آن می کوشند از موقعیتهایی که باعث می شود احساس اضطراب کنند اجتناب کنند.

اختلالات اضطرابی گنجانده شده در DSM شامل :

**هراس خاص**[[118]](#footnote-118)، ترس از شی یا موقعیتی خاص که شیوع آن 7 - 11 درصد می باشد.

**اختلال اضطراب تعمیم یافته**[[119]](#footnote-119)، نگرانی مستمر و فراگیر که کنترلش مشکل است و شیوع آن 5 درصد می باشد.

**اختلال وسواس فکری - عملی**[[120]](#footnote-120)، تفکر وسواسی درباره تهدیدات ضدایمنی احتمالی و رفتار وسواسی کلیشه ای برای کاهش ترس که شیوع آن 5/2 درصد می باشد.

**اختلال اضطراب پس از سانحه**[[121]](#footnote-121)، تفکرات مزاحم و تجربه مجدد ضربه روحی گذشته که شیوع آن 8 درصد است.

**اختلال اضطراب اجتماعی**[[122]](#footnote-122)، ترس از ارزشیابی منفی اجتماعی با شیوع بالاتر از 13 درصد.

**اختلال وحشتزدگی**[[123]](#footnote-123)، حمله ناگهانی تشویش شدید، وحشت، و احساس مرگ قریب الوقوع که با علایمی مانند تنفس سخت، تپش قلب، تهوع، درد قفسه سینه و... همراه است.

2-24- نشانه­های اضطراب

اضطراب زمانی مایه نگرانی می شود که به چنان سطح شدیدی رسیده باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه ای شده باشد که مشخصه آن واکنشهای جسمانی و روانی شدید است(هالجین و همکاران،1390).

اضطراب را می توان به صورت ترس مداوم و بی دلیل که خود به تنهایی می تواند به بیمار ضربه بزند توصیف کرد. این اضطراب از نظر کیفی با اضطرابی که افراد طبیعی در مقابل فشارهای خاصی دچار می شوند تفاوتی ندارد و با همان تغییرات جسمانی همراه می باشد که برای همه آشنا است، یعنی تندی نبض، تپش قلب، افزایش فشار خون، گشاد شدن مردمک چشم، لرزش دست ها، بدخوابی، بی اشتهایی و احساس برانگیختگی دائمی، اختلال در خواب شبانه و احتمال وقوع حمله های تنش و اضطراب.

کاپلان وسادوک (1998) احساس اضطراب را دارای دو جزء می دانند:

الف - آگاهی از احساس های فیزیولوژیک(تپش قلب ، تعریق، احساس پروانه در شکم، تنگی قفسه سینه، لرزش زانوها )

ب - آگاهی از وجود عصیانیت و ترس.

2-25- اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال اضطراب اجتماعی SAD که گاهی هراس اجتماعی نامیده می شود توسط ترس شدید از موقعیت ها یا عملکردهای اجتماعی که ممکن است فرد در آن ها مورد قضاوت توجه و موشکافی دیگران قرار گرفته یا بسیار سراسیمه شود و خجالت بکشد مشخص می شود. بعضی از موقعیت هایی که افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی از آن میترسند عبارتند از: موقعیت های مربوط به تعامل های بین فردی مانند مهمانی ها، جشن ها، جلسه های عمومی، بحث و گفتگو ها و مکالمه ها و همچنین موقعیت های عملکردی مانند در مرکز توجه قرار گرفتن، خوردن، نوشیدن در مجامع عمومی.

براساس چهارمین مجموعه تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلال های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (2000) تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مستلزم این است که موقیت های ایجاد کننده هراس همیشه یک پاسخ اضطرابی را در فرد راه اندازی می کنند. فرد باید اظهار کند که ترس او افراطی، شدید، غیرواقع گرایانه است، او باید از این موقعیت ها اجتناب کرد یا با ناراحتی زیادی وارد آنها شود و از نظر بالینی ناراحتی و نگرانی شدیدی را در اثر این اختلال تجربه کند.

افراد دچار اضطراب اجتماعی شدید نسبت به افرادی که دچار این اختلال نیستند توجه بیشتری به اطلاعات اجتماعی تهدید مدار دارند. در برخی مطالعات نشان داده شده که اختلال اضطراب اجتماعی با تمایل به گزارش میزان بیشتری از حد طبیعی افکار منفی درباره خود و موقعیت ها همبستگی و ارتباط دارد  
(استوپا و کلارک ،2000). این اختلال با ناخوشایند کردن مقایسه خود با دیگران (آنتونی ، روا، لیس، اسوالو، سونیسون ،2005) و نگریستن به خود از نظر مشاهده گر بیرونی هنگام قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی نیز ارتباط و همبستگی دارد(هاکمن، سوراوی، کلارک، 1998؛ ولز، پاپاجورجیو،1994).

2-26- علت شناسی

2-26-1- عوامل رفتاری

دیدگاه رفتاری درباره هراس اجتماعی شرطی شدن هراس اجتماعی است. مثلاً فرد ممکن است تجربه اجتماعی بدی داشته باشد (به طور مستقیم، از طریق الگوپذیری، یا از طریق آموزش کلامی ) و برای ترس از موقعیت های مشابه که بعداً از آنها اجتناب می کند، شرطی سازی کلاسیک شده باشد. ترس شرطی شده از طریق حضور در آن دسته از موقعیت های اجتماعی که پیامدهای منفی ندارند خاموش نمی شود زیرا فرد گرایش دارد که از تمام موقعیت های اجتماعی اجتناب کند. اجتناب از تماس چشمی، کناره گیری از گفتگو، و دور از دیگران ایستادن نمونه هایی از رفتارهای ایمنی است(چن و همکاران ، 2005).

2-26-2-عوامل شناختی

محققان چندین شیوه مختلف را توصیف کرده اند که در آن فرایندهای شناختی ممکن است اضطراب اجتماعی را تشدید کنند(کلارک و ولز، 1995). نخست، اشخاص دچار اضطراب اجتماعی گویا معیارهای بسیار بالاتری برای عملکردشان دارند و باورهایشان پیامدهای رفتار اجتماعی شان به طور غیرواقع بینانه ای منفی است(اگر سرخ شوند یا در حین حرف زدن مکث کنند، دیگران طردشان خواهند کرد). دوم، آنها در مقایسه با دیگران به طرز رفتارشان در موقعیت های اجتماعی بیشتر توجه می کنند، که به معنای کاهش توجه به اشخاص دیگر است. آنها به ویژه احتمال دارد به این موضوع فکر کنند که دیگران ممکن است چه نظری درباره آنها داشته باشند(وودی[[124]](#footnote-124) و رودریگر[[125]](#footnote-125) ،2000). آنها معمولاً تصورات دیداری منفی نیرومندی درباره نحوه واکنش دیگران به آنها در آینده می سازند(هریش[[126]](#footnote-126) و کلارک،2005 ) .

2-27- نظریه های اضطراب

2-27-1- نظریه زیست شناختی

فرضیه های زیست شناختی بر معیارهای عینی متکی است که عمل مغز در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی را با افراد عادی مقایسه می کند. این امکان وجود دارد که برخی از مردم نسبت به اختلالات اضطرابی براساس یک حساسیت بیولوژیک نسبت به پیدایش آن آسیب پذیری بیشتری دارند(کاپلان و سادوک،1966، پورافکاری،1384). رویکرد زیست شناختی قشر پیشانی را به عنوان محل فیزیوپاتولوژیک اضطراب مطرح کرده است. این قشر به خاطر ارتباط با ناحیه پاراهیپوکامپی، شکنج سینگولا و هیپوتالاموس می تواند در تولید اضطراب نقش داشته باشد (کلبرگ، 1982؛ پورافکاری، 1369).

2-27-2- نظریه رفتارگرایی

طبق این نظریه، اضطراب از یک واکنش شرطی در مقابل محیطی خاص است. در یک الگوی شرطی سازی (کلاسیک) مثلاً کسی که هیچ نوع حساسیت غذایی ندارد پس از خوردن حلزون صدف دار در یک رستوران دچار ناراحتی شدید میگردد. مواجه شدن بعدی با حلزون ممکن است سبب شود که شخص احساس ناراحتی کند. امکان دارد چنین فردی از طریق تعمیم نسبت به هر غذایی که خودش آماده نکرده باشد حساسیت و سوءظن پیدا کند.(کاپلان و سادوک، 1996، ترجمه پورافکاری،1384). دیدگاه رفتاری اضطراب نتیجه یادگیری های غلط و شرطی شدن است. ماورر(1947) در زمینه تحولی اضطراب نظریه دو عاملی را مطرح کرده وی معتقد است ابتدا اضطراب از طریق شرطی شدن کلاسیک بوجود می آید و شخص سعی می کند آن را از طریق پاسخ های اجتنابی کاهش دهد و سپس شرطی شدن فعال است که سبب کسب و بقای پاسخ های اجتنابی می شود. بنابراین اضطراب پاسخی آموخته شده است و یا علامتی است که به وسیله شرایط محیطی شکل می گیرد(به نقل از سیف،1373).

2-27-3- نظریه روانکاوی

به نظر فروید اضطراب به منزله علامت و نشانه ای برای تهدید من است. نقش اضطراب در ساختمان شخصیت از دیدگاه فروید این است که اضطراب را زیر بنای تمام ناهنجاری های روانی می داند. یعنی هرگاه خطری ارگانیسم را تهدید کند با ایجاد احساس نگرانی شخص را آگاه می کند. به این ترتیب شخص با آن خطر یا به مقابله می پردازد و یا از رودر رویی با آن می پرهیزد. روانکاوان معتقدند وقتی من در معرض خواسته های محیطی قرار می گیرند یا هنگامی که در سازمان نهاد، من، فرامن تنش بوجود می آید اضطراب تجربه می شود.

2-27-4- نظریه شناختی

روانشناسان شناختی در سالهای اخیر بر این واقعیت که انسان موجودی است با قابلیت تفکر، باور پیدا کرده اند. مشهورترین سردمداران این مکتب جرج کلی [[127]](#footnote-127)روانشناس امریکایی است که سیستمی به نام روان شناسی ساختار شخصیتی را ایجاد کرده و فرضیه اساسی او این است که هر فرد در اصل یک دانشمند است و همیشه در تلاش فهمیدن، درک کردن، فکر کردن، تغییر کردن و... می باشد.

براساس دیدگاه شناختی برداشت های غلط و افکار نادرست منبع اضطراب محسوب می شود. این افکار به دلیل ارزیابی های غیر منطقی از موقعیت ها است و اغلب اغراق آمیز بوده و خطرات آنها بیش از اندازه برآورده می شوند(آزاد،1387). بک(1985) معتقد است که اشتغال ذهنی شخص با خطر یا تکرار غیرارادی و مداوم افکار اتوماتیک وتکرار افکاری که محتوای تهدید جسمی و روانی دارند سبب بروز اضطراب می گردد.

2-27-5- علوم زیستی

**دستگاه عصبی خودکار**: میزان فعالیت سمپاتیک در دستگاه عصبی خودکار برخی از بیماران اضطرابی به ویژه افراد مبتلا به اختلال پانیک بالاست، با محرکهای تکرار شونده به کندی انطباق پیدا می کند، و در برابر محرکهای متوسط واکنش افراطی نشان می دهد.

**نوراپی نفرین**: علایم مزمن بیماران دچار اختلالات اضطرابی نظیر هول، بیخوابی، از جا پریدن و انگیختگی مفرط دستگاه خودکار مشخصۀ افزایش عملکرد نورآدرنرژیک است.

**محور هیپوتالاموس** ـ هیپوفیز ـ فوق کلیه: بسیاری از انواع استرس های روانی سبب افزایش تولید و آزاد سازی کورتیزول می شوند. کورتیزول ذخایر انرژی را فعال کرده و آنها را بازسازی می کند و در افزایش انگیختگی، گوش به زنگی، توجه متمرکز و تشکیل خاطرات، مهار رشد و دستگاه تولید مثل و محدود کردن پاسخ های ایمنی نقش دارد. ترشح مفرط و مداوم کورتیزول سبب بروز عوارض وخیمی از جمله پرفشاری خون، پوکی استخوان، سرکوب ایمنی، مقاومت در برابر انسولین، به هم خوردن وضعیت چربی های خون، اختلال انعقادی و نهایتاً آترواسکلروز و بیماری قلب و عروق می شود. درPTSD تغییر کارکرد محور هیپوتالاموس ـ هیپوفیز ـ فوق کلیه به اثبات رسیده است.

**هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین(CRH)**: CRH یکی از مهمترین واسطه های پاسخ به استرس است و تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری انطباقی در حین استرس را هماهنگ می کند. در هنگام استرس سطوح CRH در هیپوتالاموس افزایش می یابد و سبب فعال سازی محور HPA و افزایش آزادسازی کورتیزول و دهیدرواپی آندسترون (DHEA) می شود.

**دستگاه لیمبیک**: در واکنشهای اضطرابی و ترس دخالت دارد.

**قشر مخ**: قشر گیجگاهی به عنوان کانون پاتوفیزیولوژی اختلالات اضطرابی مطرح ساخته اند.

پیشینه پژوهش

**پژوهش های داخلی**

خسروي (1376) نيز در ايران در پژوهشي به بررسي طرحوارة منفي در شكل گيري و تداوم افسردگي در دوران كودكي و نوجواني پرداخته است . اين پژوهش كه بر روي پسران 9 تا 16 سالة تهراني با استفاده از كلمات خود ارجاعي و معنايي مثبت و منفي انجام شده، نشان می دهد كه تمامي شركت كنندگان در تحقيق بجز نوجوانان افسرده، بيشتر لغات خود ارجاعي مثبت را در مقايسه با لغات خود ارجاعي منفي به خاطر آوردند.

جمال محمدی (1382) در پژوهشی تحت عنوان« بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی متمرکز بر طرحواره بر ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد» به این نتیجه رسید که روش درمانی مذکور بر کاهش نشانه های مرضی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، پارانوئید، ترس مرضی و روان پریشی مؤثر می باشد.

موتابي(1384)، در پژوهشي تحت عنوان طرحواره هاي مربوط به عود در بيماران افسرده اساسي: مقايسه بيماران افسرده اساسي داراي سابقه عود، بار اول و افراد غير افسرده پرداخت، كه بنابر يافته هاي اين پژوهش، نقش طرحواره هاي اختصاصي مرتبط با معني و پيامدهاي افسردگي را در عود نشان داده و ادعا مي كند كه اين طرحواره ها در اثر تجربه دوره هاي متعدد افسردگي ايجاد شده و تقويت مي شوند. نتايج اين پژوهش همچنين با مطرح كردن طرحواره هاي مربوط به افسردگي كارايي مدل شناختي بك براي افسردگي را در تبيين ايجاد دوره هاي عود پيشنهاد مي كند. همچنين يافته ها نقش مؤثر محرك خنثي در پرت كردن حواس و كاهش غمگيني را نيز نشان مي دهند.

براساس تحقیقی که در سال 1385 توسط زهرا اندوز و حسن حمید پور به منظور بررسی «رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های دلبستگی و رضایت زناشویی در زوجین» انجام گرفت، پس از مطالعه بالینی ساخت یافته به منظور رد اختلال بالینی در محورI و اختلال شخصیت در محور II در گروه نمونه، زوجین پرسشنامه های طرحواره، سبک دلبستگی و رضایت زناشویی را تکمیل کردند و نتایج نشان داد که هر چه طرحواره ها ناسازگارتر باشند، رضایت زناشویی کاهش می یابد و سبک دلبستگی ایمن با طرحواره های ناسازگار ارتباط معنی داری دارد.

احمديان گرجي(1385) در پژوهشي به مقايسه طرحواره هاي ناسازگار اوليه در بيماران افسرده اقدام كننده به خودكشي با بيماران افسرده غير اقدام كننده به خودكشي و جمعيت غير باليني پرداختند، كه در يك طرح پژوهشي مقايسه اي \_ مقطعي، نمونه اي 63 نفري متشكل از 16 بيمار افسرده اقدام كننده به خودكشي،22 بيمار افسرده غير اقدام كننده به خودكشي و هم چنين 25 نفر از جمعيت غير باليني انتخاب شده بودند. كه يافته هاي اين پژوهش نشان دهنده تفاوت معنادار نمره طرحواره ها در سه گروه شركت كننده در اين پژوهش بود. به اين ترتيب كه دو گروه باليني در تمامي طرحواره هاي ناسازگار اوليه با گروه غير باليني تفاوت داشتند، ولي دو گروه باليني فقط در سه طرحواره محروميت هيجاني، وابستگي و بي كفايتي، و آسيب پذيري در مقابل صدمه و بيماري با يكديگر تفاوت معنادار داشتند. نتايج پژوهش فوق با يافته هاي پژوهش هاي مشابه همسو و حاكي از تفاوت ساختار شناختي در بيماران افسرده اقدام كننده به خودكشي با بيماران افسرده غير اقدام كننده به خودكشي و جمعيت غير باليني است. يافته ها هم چنين تائيد كننده نظريه شناختي و نشان دهنده اهميت انجام ملاحظات درماني بر سه طرحواره محروميت هيجاني، وابستگي وبي كفايتي، و آسيب پذيري بيماران افسرده اقدام كننده به خودكشي در مقابل صدمه و بيماري است.

در تحقیقی که به منظور«مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده اقدام به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی» توسط معصومه احمدیان(1387) انجام گرفته نتایج زیر بدست آمده است:

الف) دو گروه بالینی، در تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه با گروه غیر بالینی تفاوت داشتند. ب) دو گروه بالینی فقط در سه طرحواره محرومیت هیجانی، وابستگی/ بی کفایتی و آسیب پذیری به ضرر و بیماری با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند و این تفاوت ها مستقل از شدت افسردگی بیماران بود. نتایج این تحقیق تأیید کننده نظریه شناختی و نشان دهنده اهمیت انجام مداخلات درمانی بر سه طرحواره محرومیت هیجانی، وابستگی/ بی­کفایتی و آسیب پذیری بیماران افسرده اقدام­کننده به خودکشی در مقابل صدمه و بیماری است.

الهه حقیقت منش در سال 1387 در تحقیق تحت عنوان «طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره تجاوزگران جنسی» که بر روی 34 نفر از تجاوز گران جنسی زندان مرکزی مشهد با گروه عادی انجام شد، نشان داد که میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره گروه تجاوزگران جنسی به طور معنی داری از میانگین نمرات افراد عادی در این مؤلفه ها بیشتر بود. پررنگ تر بودن طرحواره های ناسازگار اولیه به ویژه در دو حوزه بریدگی/ طرد و خودگرانی/عملکرد مختل می تواند در گرایش افراد به سوی ارتکاب رفتارهای تجاوزگرانه جنسی نقش داشته باشد. همچنین این پژوهش نشان می دهد که تجاوزگران جنسی در مقایسه با افراد بهنجار دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره پر رنگ تری هستند. پر رنگ ترین طرحواره ها، طرحواره های آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، اطاعت، نقص/شرم، وابستگی/ بی کفایتی و استحقاق/ بزرگ منشی بودند. بطور کلی این بررسی نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه را می توان یکی از عوامل مهم زمینه ساز ارتکاب جرایم جنسی به شمار آورد. این ساختارهای شناختی بنیادین ضمن آن که در ایجاد نارسایی های گوناگون مربوط به صمیمیت، همدلی با قربانی و تئوری ذهن مؤثر هستند، می توانند در شکل دهی یک حمله جنسی چشم گیری داشته باشند.

در تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و میزان صمیمیت زوجین پرسنل فولاد مبارکه اصفهان» که توسط عابدی و همکاران در سال 1387 انجام گرفته نتایج زیر بدست آمده است:

الف) بین طرحواره های ناسازگار اولیه و صمیمیت رابطه وجود دارد.

ب)ابعاد صمیمیت بین زنان و مردان رابطه منفی و معناداری وجود دارد یعنی هر چه طرحواره ها ناسازگارتر می شوند صمیمیت کاهش می یابد. همچنین یافته ها حکایت از آن دارد که حوزه محدودیت های مختل مهم ترین پیش بینی کننده صمیمیت زناشویی می باشند و به غیر از بعد صمیمت جنسی برای سایر ابعاد صمیمیت زناشویی پیش بینی کننده معتبری است. طرحواره های مربوط به محدودیت های مختل که شامل استحقاق/ بزرگ منشی و خویشتن داری/ خود انظباطی ناکافی می باشند بیشترین نقش را در عدم صمیمیت زناشویی ایفا می کنند.

مهرانگیز محمدنژاد(1389) در تحقیقی نیمه تجربی با عنوان «اثر بخشی رویکرد طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده شهر مرو دشت» انجام شد. در این تحقیق که 20 نفر از زنان افسرده که به روش تصادفی انتخاب شده بودند و در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. در این تحقیق به منظور گردآوری داده ها از پرسش نامه افسردگی بک و طرحواره یانگ(فرم کوتاه) استفاده گردید. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون T نشان داد که اجرای طرحواره درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی   
زنان به طور معناداری مؤثر بوده است. همچنین تأثیر رویکرد طرحواره محور به شیوه گروهی بر کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه در تمام موارد مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر طرحواره درمانی به شیوه گروهی در کاهش طرحواره های ناسازگار حوزه بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد، به طور معناداری مؤثر بود.

در پژوهشی با هدف «بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در کاهش علایم افسردگی دانشجویان» که توسط مریم سلمانی لطف آبادی(1389) انجام شده، 26 نفر از دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی که از افسردگی رنج می برند به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، بطور معنی داری باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طرحواره های یانگ شده است. در مورد هریک از طرحواره ها بطور جداگانه نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که جز در طرحواره انزوای اجتماعی/ بیگانگی و طرحواره گرفتاری/ خود تحول نیافته، درمان بر کاهش نمرات سایر طرحواره که بطور معنی داری مؤثر بوده است. همچنین نتایج حاصل از آزمون آماری T نیز تفاوت معنی داری را در کاهش نمرات افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از درمان نشان داد.   
نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که طرحواره های محرومیت هیجانی، معیارهای سرسختانه و استحقاق نیز می تواند 65% واریانس افسردگی را با استفاده از آزمون بک تبیین کنند.

جهانگیری(1389)، در پژوهشي تحت عنوان بررسي ومقايسه طرحواره هاي ناسازگار اوليه در افراد افسرده اساسي و غير افسرده شهر تبريز انجام دادند كه يافته ها نشان داد افراد افسرده در مقايسه با افراد غير افسرده سالم در حوزه هاي بريدگي و طرد، خودگرداني و عملكرد مختل، محدوديت هاي مختل، ديگر جهت مندي و گوش به زنگي بيش از حد و بازداري به طور معني داري نمرات بيشتري كسب كردند. همچنين تحليل واريانس چند متغيره ارتباط تمامي حوزه هاي ناسازگار اوليه را با افسردگي نشان داد. پژوهش حاضر نشان داد كه حوزه هاي طرحواره هاي ناسازگار اوليه مي توانند افسردگي را پيش بيني كنند. بر اساس نتايج اين پژوهش: طرحواره هاي ناسازگار حوزه هاي بريدگي و طرد، خودگرداني و عملكرد مختل، محدوديت هاي مختل، ديگر جهت مندي و گوش به زنگي بيش از حد و بازداري نقش مهمي در شناخت و پيش بيني تفاوت هاي بين افراد افسرده و غير افسرده بازي مي كنند.

حسینی(1390)، تحقيقي با عنوان مقايسه طرح واره هاي ناسازگار اوليه بين بيماران افسرده و وسواس

انجام داد كه در نهايت به اين نتايج رسيد:

بين تر كيب خطي طرح واره هاي دو گروه افسرده و داراي وسواس تفاوت معنادار وجود داشت.

طرح واره هاي آسيب پذيري در برابر ضرر و بيماري و خويشتن داري /خودانظباطي ناكافي در دو گروه تفاوت معنادار نداشت.

طرح واره هاي معيارهاي سرسختانه و استحقاق به طور معناداري در گروه افسرده كمتر از گروه داراي وسواس بود. ميانگين بقيه طرح واره ها به طور معناداري در گروه افسرده بيشتر از گروه داراي وسواس بود.

حوزه هاي طرح واره بريدگي و طرد، خودگرداني و عملكرد مختل و ديگر جهت مندي به طور معناداري در گروه افسرده بيشتر از گروه داراي وسواس بود.

دو حوزه محدوديت هاي مختل و گوش به زنگي بيش از حد و بازداري به طور معناداري درگروه داراي وسواس بيشتر از گروه افسرده بود.

طرح واره هاي شرطي به طور معناداري در گروه افسرده بيشتر از گروه داراي وسواس بود.

طرح واره هاي غيرشرطي در دو گروه تفاوت معنادار نداشت.

**پژوهش های خارجی**

کازیونا[[128]](#footnote-128)(2004) در مطالعه ي رابطه ي بين طرح واره ها و اضطراب، علايم اضطرابي را به صورت معناداري پيش بيني کردند. اينان در کار خود به صورت نظري طرح واره هاي ناسازگار اوليه را به سه دسته تقسيم مي کند. گروه اول: طرح واره هايي که در تعريف خود عامل اضطراب را دارند. گروه دوم: آنها که مرتبط با فقدان انسجام خود هستند وگروه سوم طرح واره هايي که با خلأها و بحران هاي ارتباطي مشخص مي شوند.

دیلاتر[[129]](#footnote-129)(2004)در مطالعه ي خود، طرح واره ي بخصوصي را مرتبط با عامل اضطراب نمي داند، بلکه به يک سطح بالاتر فعال شدگي طرح واره هاي ناسازگار در مقايسه با طرح واره ها در افراد سالم دست يافته است. اينان در بررسي طرح واره هاي مراجعان مضطرب در مقايسه با افراد سالم به اين نتيجه رسيدند که در کل طرح واره هاي ناسازگار اوليه در افراد مضطرب فعالتر است.

رنیک و سیمونز[[130]](#footnote-130)(2005) در بررسي آسيب پذيري نوجوانان به افسردگي به اين يافته رسيدند که طرح واره هاي ناسازگار اوليه همراه با مهارتهاي اجتماعي پايين عوامل مهمي در افزايش ميزان آسيب پذيري نوجوانان به افسردگي است. اينان در بررسي طيفي از عوامل مرتبط با افسردگي مانند تجارب آسيب زاي اوليه، الگوهاي تعاملي والد ـ کودک، عوامل زيستي و رخدادهاي زندگي به اين­نتيجه دست يافتند که اين عوامل با شکست در گسترش طرح واره هاي کارآمد و مهارتها­ اجتماعي با افسردگي مرتبط مي شود.

نوردال[[131]](#footnote-131)، هلت[[132]](#footnote-132)، و هوگام[[133]](#footnote-133)(2005) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شدت طرحواره های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت و افراد بدون تشخیص اختلالات شخصیت تفاوت معناداری و­جود دارد. آنها همچنین کسب نمرات بیشتر در پرسشنامه طرحواره یانگ را با درجات بیشتر آسیب شناسی روانی مرتبط دانسته اند(نقل از نوعی و همکاران،1389).

استفان تیلر[[134]](#footnote-134)(2005) در تحقیقی به بررسی تأثیر خاطرات اولیه کودکی بر طرحواره های ناسازگار و سلامت روانی پرداخته است. یافته ها در این مقاله با بررسی موضوعات نظری بک(1996)، اپسین(1978) و یانگ(1999) نشان می دهد که طرحواره های ناسازگار که به صورت شناخت های ناهشیار عمیق عمل  
 می­کنند، از لحاظ درونی با سلامت روانی ارتباط دارند.­هدف، کشف طرحواره های خاص ناسازگاری است خاص ناسازگاری است که ظاهراً به صورت ناآگاهانه عمل می کنند و نیز بررسی رابطه آنها با بد عملکردی روانی افراد. نتیجه بدست آمده نشان می دهد، طرحواره های ناسازگار با سلامت روانی در ارتباطند. بخصوص رابطه طرحواره های مرکزی که در حوزه طرد و بریدگی قرار دارند و به صورت ناهشیار عمل می کنند، بطور مهمی با حوزه وسیعی از مشکلات روانی در ارتباط است.

کالویت و همکاران[[135]](#footnote-135) (2005) در مطالعه ي خود بين علائم اختلالات عاطفي(افسردگي، اضطراب و خشم) و طرحوارهاي ناسازگار اوليه به رابطه ي معناداري دست يافتند. در مطالعه ي اينان ۴۰۷ دانش آموز پرسشنامه هايي از جمله پرسشنامه ي افسردگي بک (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب صفت ـ حالت (STAIT) و پرسشنامه ی بازنگری شده افکار خودکار(ATQ-R) را پر کردند. در بررسی نتایج این محققان علاوه بر تأیید عوامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه به رابطه ی بالینی این طرح واره ها و نشانه های اختلال عاطفی و افسردگی و اضطراب تأکید کردند.

در پژوهشي كه توسط استويا و واترز[[136]](#footnote-136)(2005)، با هدف بررسي ميزان تأثير خلق در پاسخ به پرسشنامه طرحواره يانگ فرم كوتاه انجام شد، يك نمونه 50 نفري از افراد غير باليني در سه موقعيت مختلف به فرم كوتاه پرسشنامه طرح واره يانگ پاسخ دادند؛ در خلق خنثي، و در ادامه در موقعيت هاي القاي خلق شاد و غمگين، نتايج 30 شركت كننده كه بطور كامل در سه بخش شركت كردند نشان داد كه نمرات محروميت هيجاني و نقص، پس از القاي خلق غمگين افزايش يافت و در مقابل نمرات استحقاق پس از القاي خلق شاد افزايش يافت.

در یک بررسی طولی که توسط جاناتان ایوانز[[137]](#footnote-137)، جان هرون[[138]](#footnote-138)، گلین لویس[[139]](#footnote-139)، و ریکاردو آرایا[[140]](#footnote-140) در سال (2005)با عنوان طرحواره خود منفی و شروع افسردگی در زنان انجام گرفته، مشخص شده که حفظ یک طرحواره خود منفی یک عامل خطر غیر وابسته برای شروع افسردگی در زنان به شمار می رود.

پینتوگویا و همکاران(2006) در پژوهش خود به منظور بررسی طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی گزارش کردند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه در سطوح بالاتر آسیب شناسی روانی ارتباط قوی وجود دارد. در پژوهش آنها، نمرات هر دو گروه بالینی(هراس اجتماعی و دیگر اختلالات اضطرابی) در همه طرحواره های پرسشنامه یانگ به طور معناداری بیشتر از گروه غیر بالینی  
(جمعیت عمومی) بود.

دونیک[[141]](#footnote-141)(2007)، در بررسي طرح واره هاي شناختي ناسازگار با عنوان حد واسط بين تماميت خواهي[[142]](#footnote-142) ناراحتي و ناراحتي روان شناختي كه بر دانشجويان (33=N) انجام داد به اين نتيجه رسيد كه طرح واره هاي غير انطباقي اوليه مانند ترس از طرد شدن ، نقص / شرم، وابستگي / بي كفايتي و خويشتن داري ناكافي، حد واسط بين افسردگي و تماميت خواهي ايجاد شده در فرد از طرف جامعه هستند. ارتباط بين اين تماميت خواهي و اضطراب خطي نبود، طرح واره هايي مانند ترس از طرد شدن، ترس از شكست در پيشرفت، حد واسطي در ارتباط بين تماميت خواهي تجويز شد، اجتماعي و اضطراب بودند. به علاوه، طرح واره آسيب پذيري نسبت به ضرر و بيماري به طور غيرمستقيم از طريق ترس از طرد شدن تأثير گذار بود.

اویی و بارانوف[[143]](#footnote-143)(2007)، در پژوهشي خود كه «بررسی نتايج اندازه گيري و روان سنجي پرسشنامه طرح واره يانگ» بود بيان كردند كه اين پرسشنامه، طرح واره مشخصي براي افسردگي پيش بيني مي كند، براي مثال، طرح واره هاي شرم / نقص، خويشتن داري ناكافي، شكست در پيشرفت و انزواي اجتماعي.

لی (2007) در تحقيقاتش بر روي نمونه اي از دانشجويان (233N=) به بررسي 2 مدل فرضي درطرح واره هاي شناختي كه نقش واسطه اي بين كمال گرايي تجويز شده اجتماعي و افسردگي و اضطراب را بازي مي كند، پرداخت. در مدل فرضي افسردگي، ترس از رها شدگي، نقص / شرم­، وابستگي / بي كفايتي، خويشتن داري / خودانضباطي ناكافي به عنوان متغيرهاي واسطه در نظر گرفته شد. مدل فرضي اوليه در اين تحقيق تأييد نشد. حتي با ارائه يك مدل تجديد نظر شده اي توسط محقق كه در آن، طرح واره رهاشدگي از طريق اثر غيرمستقيم ساير طرح واره ها تحت تأثير افسردگي قرار گرفته بود.

لاملی و هارکنس (2007) در برسی علائم افسردگی و اضطرابی و طرح واره های ناسازگار اوليه در نوجوانان به رابطه ي معناداري دست يافتند. اينان در بررسي خود علائم افسردگي را با دو طرح واره انزواي اجتماعي / بيگانگي و فداکاري به صورت معناداري پيش بيني کردند.

الیزابت پومری(2008)، به بررسی ادراک والدین، طرحواره های ناسازگار اولیه و علامت های افسرده ساز پرداخت. مدل های شناختی افسردگی پیشنهاد می کند که طرحواره های منفی در علامت های افسرده ساز نقش مهمی دارند. تجارب اولیه، بخصوص والدین و تأثیر طرحواره های شناختی را در جوانان پیشنهاد  
 می کنند و همچنین همبستگی این تجارب با افسردگی نشان داده شده است. این مطالعه ارتباط یکسانی را بین گزارشات گذشته والدین و طرحواره های های ناسازگار اولیه که بوسیله جفری یانگ(1999) توصیف شده است و علامت های افسرده ساز را در یک نمونه دانشجویان کشف کرده است. نتایجی که در این تحقیق به میان کشیده شده در ارتباط با یافته ها و تئوری قبلی طرحواره های ناسازگار اولیه بوده است.

در پژوهشي كه دوترا و همکارانش[[144]](#footnote-144) (2008)، روي طرحواره هاي اوليه و خودكشي گرا در جمعيتي كه دچار آسيب ديدگي مزمن بودند انجام دادند، اثبات گرديده است كه پرسشنامه طرحواره يانگ بر طرحواره هاي ناسازگار جمعيت هاي باليني تأكيد دارد. اين مطالعه از روش پرسشنامه طرحواره يانگ به منظور تحقيق در خصوص طرحواره هاي ناسازگار 137 بيمار دچار آسيب ديدگي مزمن كه خواستار درمان روانپزشكي سرپايي بودند و به منظور ارزيابي اين كه آيا الگوهاي معين مي توانند با خطر خودكشي در اين جمعيت مرتبط باشد، استفاده مي نمايد. شركت كنندگان نسخه اي اصلاح شده از پرسشنامه طرحواره يانگ، مقياس خطاياب پس ضربه اي، مقياس تجربيات گسستگي و خودآزاري و پرسشنامه اصلاح شده رفتارهاي خطر خيز را در پذيرش درماني تكميل كردند. همبستگي هاي معنادار ميان بسياري از مقياس هاي پرسشنامه طرحواره يانگ و مقياس تجربيات گسستگي يافت شد. متغيرهاي خطر خودكشي به ميزان زيادي با انزواي اجتماعي / از خودبيگانگي، نقص / شرم و شكست در مقياس هاي پرسشنامه طرحواره يانگ مرتبط بودند كه در عين حال پيشنهاد مي نمودند كه اين الگوها ممكن است افراد را در معرض خطر بالاي انديشه پردازي خودكشي و تلاش براي خودكشي قرار دهد. اين نتايج مفاهيم مهمي را براي ارزيابي و درمان بيماران آسيب ديده در معرض خطر، پيشنهاد مي نمايد.

طی تحقیقی با عنوان طرحواره های ناسازگار، باورهای غیر منطقی و رابطه آنها با مدل 5 عاملی شخصیت که توسط فلورین ساوا[[145]](#footnote-145)(2009) انجام شده است. نشان داده شد که ثبات هیجانی(عاطفی) و ناخشنودی، رابطه ای منفی با طرحواره های ناسازگار و باورهای غیر منطقی دارند و این در حالی است که ثبات عاطفی تقریباً رابطه ای منفی با تمام طرحواره ها و باورهای غیر منطقی دارد. همچنین ناخشنودی نیز رابطه ای معکوس با طرحواره های موجود در آسیب شناسی روانی، از جمله بی اعتمادی، بدرفتاری، رهاشدگی، استحقاق و سلطه گری دارد. در این تحقیق به بررسی رابطه بین مدل 5 عامل شخصیت و برخی طرحواره های ناسازگار و باورهای غیر منطقی پرداخته شده که از طریق ساختار رفتار درمانی شناختی نشان داده شده است(نقل از جنز.سی.تیم[[146]](#footnote-146)،2009).

جیسون والکر(2009) طی تحقیقی تحت عنوان «رابطه طرحواره های ناسازگار و افسردگی حاد و مزمن و رفتارهای کمک جو» به این نتیجه رسید که عوامل مؤثر در اجتناب از کمک جویی(در افرادی که در حال تجربه افسردگی هستند)، حضور طرحواره های ناسازگار اولیه است. محاسبه واریانس اضطراب نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه قادر به پیش بینی 47% از واریانس در افسردگی مزمن است. نتایج حاصل از این تجزیه و تحلیل همچنین نشان داد که طرحواره های استحقاق/ بزرگ منشی، وابستگی/ بی کفایتی، کنترل هیجانی، واریانس قابل توجه و منحصر به فرد را با مدل یانگ دارند. طرحواره های ناسازگار اولیه تقریباً 30% از واریانس در افسردگی حاد محاسبه کرده، در حالی که نزدیک به 50% از واریانس در افسردگی مزمن را محاسبه می کند. طرحواره ممکن است نزدیک به دو برابر واریانس در افسردگی مزمن را نسبت به افسردگی حاد به دلیل طبیعت طرحواره ها محاسبه کند. افسردگی حاد یک شرایط کوتاه مدت است که ناپایدار می باشد و منجر به محاسبه واریانس پایین تری برای طرحواره های ناسازگار ولیه می شود. براساس نتایج این پژوهش طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی رابطه منفی با افسردگی حاد و مزمن دارد. نتایج همچنین نشان داد که تغییرات قابل توجهی در شما طرحواره ها هنگام مقایسه کسانی که به دنبال کمک هستند و کسانی که نیستند وجود دارد. افراد با طرحواره های ناسازگار اولیه بیشتر، احتمالاً نسبت به کسانی که به دنبال کمک نیستند و یا کمک نمی خواهند، بیشتر درخواست کمک می کنند و یا کمک جو هستند، و این نشان دهنده سطح بیماری است که طرحواره های ناسازگار اولیه با آن درگیرند. هرچه طرحواره هایی که یک فرد دارد، بیشتر باشد احتمال اینکه فرد با مشکلات بیشتری در زندگی خود که وی را بیشتر نیازمند به کمک کند، تقویت می کند.

هالورسن وهمکاران[[147]](#footnote-147)(2009) با مطالعه ي ۱۴۰ بيمار افسرده ي بالینی و افرادي که تا به حال افسرده نشده اند به تفاوت معناداري در رابطه با طرح واره هاي ناسازگار اوليه دست يافتند. در مدل رگرسيون اين مطالعه طرح واره­هاي اطاعت / خودکنترلي ناکافي و محدوديتهاي مختل، پيش­بيني کننده معناداري براي­ علائم افسردگي بود.

در پژوهشي كه توسط کز[[148]](#footnote-148)(2009)، بر روي ارتباط بهزيستي روان شناختي با طرح واره هاي نابهنجاري زودرس و خود تفسيري انجام شد، نتايج حاصله نشان داد كه داشتن ويژگي هاي قلمروهاي طرح واره با سطوح پايين ابعاد خود محوري يكپارچگي ميان فردي و خود محوري متمايز ميان فردي مرتبط بودند. به علاوه همبستگي مثبتي ميان داشتن ويژگي هاي قوي قلمروهاي طرح واره و افسردگي شديد اثر منفي و اطمينان بخشي وجود داشت وليكن اين ارتباط در مورد اثر مثبت كم بود. از سوي ديگر سطح پاييني از خود تفسيري فرد گردي مربوطه با داشتن ويژگي هاي بالاي قلمروهاي طرح واره مرتبط بود. به علاوه در نتيجه اين بررسي هاي يافت شد كه خود تفسيري از فردگرايي مربوطه با اثر مثبت بالا مرتبط و با سطح پايين افسردگي اثر منفي و جستجوي اطمينان بخشي پيوسته بود.

هیل[[149]](#footnote-149)، گرین[[150]](#footnote-150)، آرنوار[[151]](#footnote-151)، سیمور[[152]](#footnote-152) و مایر[[153]](#footnote-153)(2010)، پژوهشي با عنوان خودشيفتگي و طرح واره هاي ناسازگاراوليه انجام دادند. هدف اين مطالعه بررسي شباهت ها و تفاوت هاي طرح واره هاي شناختي انواع خودشيفتگي بود. اين امر از طريق بررسي رابطه ي شكل هاي بهنجار و نابهنجار خودشيفتگي و طرح واره هاي ناسازگار اوليه انجام شد. نتايج، تشابهات مهمي در اين روابط (به عنوان مثال، همه ي مقياس هاي خودشيفتگي همبستگي مثبتي با طرحواره ي استحقاق داشت). همچنين تفاوت هاي مهمي(به عنوان مثال، خودشيفتگي آسيب پذير فقط با طرحواره ي انقياد همبستگي مثبتي داشت) را نشان داد.

ریجکوبر[[154]](#footnote-154) و بوو[[155]](#footnote-155)(2010)، پژوهشي را با عنوان طرح واره هاي ناسازگار اوليه در كودكان، توسعه واعتباريابي پرسشنامه ي مربوط به طرح واره ي كودكان بر اساس مدل طرح واره اي يانگ در كودكان بين تا 8 تا 13 سال انجام دادند. بنابر يافته هاي پژوهش كودكان طرح واره هايي مشابه نوجوانان و بزرگسالان دارند هر چند بعضي از اين طرح واره ها مخصوص كودكان هستند. نهايت اين كه روابط معناداري بين مقياس هاي SCI و مقياس هاي مربوط به آسيب شناسي رواني وجود داشت هر چند در مورد دو عامل روابط متضادي ديده شد كه نشان مي دهد كه اين طرح واره ها هنوز در سنين اوليه، ناسازگار نيستند.

سوربا[[156]](#footnote-156)(2010) در پژوهشی دریافت که افسردگي اساسي با افزايش در آسيب پرهيزي و خود فراروي، اما با پاداش اجتماعي ، خود راهبردي و همكاري پايين همبستگي دارد. طبق انتظار، فعاليت پيش پيشاني نقشي قطعي براي ويژگي خود راهبردي دارد، در حالي كه فعاليت گيجگاهي آهيانه اي بايستي به ويژه براي ويژگي همكاري ضروري باشد. تصور مي شود كه هماهنگي فعاليت در قسمت هاي همسان دو طرف مغز، ضرورت ويژه اي براي تجربه حالت هاي خلاق و خود فراموشگر مربوط به خود فراروي دارد، نتایج نشان داد که تنها بعد نوجويي است كه در افراد افسرده اي اقدام كرده به خودكشي و افراد افسرده اقدام نكرده تفاوت دارد، و باقي ابعاد شباهت نزديكي به هم دارند.

قنبري، نظيري و برزگر(2012)، نقش واسطه اي طرح واره هاي شناختي ناسازگار را در ارتباط بين كمال گرايي تجويز شده اجتماعي و افسردگي پيشنهاد كردند كه در يك مدل آناليز شده در نمونه غير باليني از 200 دانشجو مورد آزمايش قرار گرفت. شركت كنندگان، مقياس كمال گرايي چند بعدي هويت و فلت، مقياس هاي اضطراب افسردگي و فرم كوتاه پرسشنامه طرح واره يانگ را تكميل كردند. يافته ها نشان مي دهد كه، طرح واره شكست، اثر نسبتاً غير مستقيمي بر طرح واره نقص/ شرم، خويشتن داري / خود انضباطي ناكافي دارد و نقش واسطه اي را در ارتباط بين كمال گرايي تجويز شده اجتماعي و افسردگي بازي مي كند.

در پژوهش رنر و همكاران(2012) طرح واره هاي ناسازگار اوليه فرض شده است كه ثابت هستند مانند صفت، باورهاي پايدار اساسي اختلالات روان پزشكي عود كننده و مزمن هستند رابطه طرح واره هاي

ناسازگار اوليه را با شدت علائم افسردگي مطالعه شد و ثبات طرح واره ناسازگار اوليه بر روي يك دوره مبتني بر شواهد درمان سرپايي طبيعي افسردگي مورد آزمايش قرار گرفت. نمونه اين پژوهش شامل درمان (132N=) سرپايي افسردگي در درمان تخصصي اختلال خلقي در هلند بود. شركت كنندگان مقياس شدت علائم افسردگي و طرح واره ناسازگار قبل و 16 هفته پس از شروع درمان پاسخ دادند. طرح واره هاي ناسازگار خاص (شكست، محروميت هيجاني،رهاشدگي / بي ثباتي) به طور قطع با علائم افسردگي مرتبط بود، علاوه بر اين، حوزه طرح واره خودگرداني وعملكرد مختل قبل از درمان ارتباط مثبت با علائم افسردگي در طي 16هفته پيگيري، ارزيابي شد. با در نظر گرفتن اينكه حوزه طرح واره ي گوش به زنگي بيش از حد و بازداري به دنبال ارزيابي قبل از درمان ارتباط منفي با علائم افسردگي دارد، مي تواند قبل از درمان شدت افسردگي را كنترل كند. در نهايت همه حوزه هاي طرح واره هاي ناسازگار اوليه ارتباط معنادار مناسبي در طي درمان برقرار مي كنند. نتايج اين پژوهش پيشنهاد كرده است كه طرح واره هاي ناسازگار خاص با شدت علائم افسردگي در بيماران افسرده باليني ارتباط دارند، از اين جهت كه حوزه هاي طرح واره هاي خاص نتيجه درمان را پيش بيني مي كنند و طرح وارها در طول زمان حتي بعد از درمان بيماران سرپايي افسردگي، در مقابل تغيير مقاوم هستند.

منابع فارسی

1.احمديان، م؛ اصغرنژاد، ع؛ فتي، ل و ملكوتي، ك(1385). مقايسه طرح واره هاي ناسازگارانه بيماران افسرده اقدام كننده به خودكشي با بيماران افسرده غير اقدام كننده به خودكشي و جمعيت غير باليني، ***پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي باليني***، انستيتو روان پزشكي تهران، دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ايران.

2.آزاد، حسین،(1378). ***آسیب شناسی روانی***. چاپ دهم. تهران: انتشارات بعثت.

3.احمدیان، معصومه(1378). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده اقدام به خودکشی با بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. ***تازه های علوم شناختی،*** شماره4، 59-49.

4.اندوز، زهرا؛ حمید پور، حسن(1385). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های دلبستگی و رضایت زناشویی در زوجین. ***دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران***، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.

5.بایلینگ، پیتر جی؛ مک کب، رندي اي؛ آنتونی، مارتین ام(2006).***گروه درمانگري شناختی ـ رفتاري***. ترجمه خدایاري فرد و عابدینی(1389). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

6.جهانگيري، ا(1389). بررسي و مقايسه طرح واره هاي ناسازگار اوليه در افراد افسرده اساسي و غير افسرده شهر تبريز. ***پايان نامه كارشناسي ارشد در رشته مشاوره.***

7.حسيني، ف(1390). مقايسه طرحواره ناسازگار اوليه بين بيماران افسرده و وسواس***. پايان نامه كارشناسي ارشد روان شناسي باليني.***

8.حقیقت منش، الهه(1387). طرحواره های ناسازگار و ابعاد طرحواره تجاوز گران جنسی. ***پایان نامه کارشناسی ارشد.*** دانشگاه فردوسی مشهد.

9.خسروي، ز.(1376). نقش خود طرحواره منفي در شكل گيري و تداوم افسردگي دوران كودكي و نوجواني. ***فصلنامة علوم انسانی دانشگاه الزهرا،21،1-16.***

10.عابدی، محمدرضا؛ ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی زاده، مریم(1387). تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمت زناشویی ز.جین پرسنل فولاد مبارکه اصفهان. ***فصلنامه خانواده پژوهی. سال چهارم، شماره 15..***

11.عليزاده،سپيده.(1388).بررسي اثربخشي درمان عقلاني هيجاني بر تاب آوري و سلامت روان افراد مبتلا به اچ-اي-وي،***پايان نامه كارشناسي ارشد ،دانشگاه آزاد اسلامي واحد تنكابن.***

12. فتحی آشتیانی، علی(1391). ***آزمون های روان شناختی***(ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). چاپ هفتم.  
تهران: انتشارات بعثت.

13.کاپلان ـ سادوك سادوك، بنیامین، سادوك، ویرجینا(2003). ***خلاصه روانپزشکی***. ترجمه فرزین رضاعی(1389). تهران: انتشارات ارجمند.

14.کرینگ، ان.م؛ دیویسون، جراند سی؛ نیل،جان م؛ جانسون، شری لی.( 2007). ***آسیب شناسی روانی***، مترجم شمسی پور، حمید، انتشارات ارجمند.

15.کاویانی،حسین ؛ احمدی ابهری، هرمزی، ک (1381). شیوع اختلالهای افسردگی در جمعیت شهر تهران، ***مجله دانشکده پزشکی.399-393.***

16.گنجی، مهدی؛ گنجی، حمزه(1392). ***آسیب شناسی روانی براساس DSM-5.*** جلد اول، چاپ اول، تهران: نشر ساوالان.

17.لطف آبادی، راضیه(1389). مقایسه طرحواره های ناسازگار در مبتلایان به اختلال شخصیت دسته ب و افراد سالم. ***پایان نامه کارشناسی ارشد***. دانشگاه الزهرا تهران.

18.موتابي، ف(1384). طرحواره هاي مربوط به عود در بيماران افسرده اساسي: مقايسه بيماران افسرده اساسي داراي سابقه عود، بار اول و افراد غير افسرده***. پايان نامه جهت دريافت دكتراي تخصصي چاپ نشده دانشگاه علوم بهزيستي و  
 توان بخشي.***

19..محمدی، جمال(1382). بررسی شناخت درمانگری گروهی متمرکز بر طرحواره بر ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. ***پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.***

20.نوعی، زهرا؛ فتی، لادن؛ عاشوری، احمد(1389). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی آنها در مبتلایان به اختلالات شخصیت وسواسی ـ اجباری و گروه غیر بالینی. ***مجله تازه های علوم شناختی.***

21.هالچین، ریچاردپی؛ ویتبورن ، سوزان کراس؛( 1948).***آسیب شناسی روانی ،دیدگاه های بالینی در باره اختلال های روانی*** . مترجم سید محمدی ، یحیی، نشر روان، چاپ نهم.

22.یانگ، جفری.کلوسکو، ژانت. ویشار، مارجوری (2003). ***طرحواره درمانی. راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی***. ترجمه: حمیدپور،حسن. اندوز، زهرا (1389). تهران . انتشارات ارجمند. جلد اول.

23. [يوسفي، ناصر](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=30859)؛ [اعتمادي، عذرا](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=53529)؛ [بهرامي، فاطمه](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=32092)؛ [فاتحي زاده، مريم السادات](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=9409)؛ [احمدي، سيداحمد](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=14486)(1388). بررسی شاخص های روان سنجی پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه(EMSS). ***مجله روان شناسی بالینی، دوره14، شماره2،  
 ص182-203.***

منابع انگلیسی

24.Brown TA, Barlow DH(2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D.H. Barlow (Ed.) Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2thEd***. New York, NY: Guilford Press***;. p. 292-327

25.Calvete et al., (2005). The Schema Questionnaire- Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders, ***European Journal of* *Psychological Assessment***, Volume 21, Issue 2, Pages 90-99.

26.Cousineau, (2004). ***Early Maladaptive Schemas Predisposing Anxiety, Sante Ment Que***; 29(1):53-60.

27.Delattre, et al, (2004). ***The Early Maladaptive Schemas***: A Study in Adult Patients with Anxiety Disorders, Encephale; 30(3): 255-8.

28.Dvnyk,M. (2007).In the study of cognitive schemas as intermediate between incompatible with totalitarianism Discomfort and psychological distress on students overlap with early maladaptive schema. ***Journal Homepage.46,569-574.***

29.Evans.J. Heron.Lewis.G.Araya.Ricardo(2005). Neggative self – schemas and the onest of depression in women. ***British journal of psychiatry,186,301-302.***

30.Jens.C. Thimm(2009). Personality and early maladaptive schemas: A five – factor model perspective. ***Journal of behavior theory and experimental psychiatry.***

31.J. Csorba et al(2010). ***Journal of Affective Disorders120,217-220***.

32.Halvorsen, et al, (2009).Dysfunctional Attitudes and EarlyMaladaptive Schemas as Predictors of Depression: ***A 9-Year Follow-Up Study***.

33.Hill,E.,Green.R.,Arnau.A.,Simore.L.,Myer.S.(2010). Research conducted as narcissism and schema Nasazgaravlyh. Schema Therapy: Apractitioner,s Guide. ***New York: Guilford publications***.

34.Ghanbari Jahromi, F., & Naziria, Gh., & Barzegar, M.(2012). The relationship between socially prescribed perfectionism and depression:The mediating role of maladaptive cognitive schemas. ***Procedia Social and Behavioral Sciences 32,141-147.***

35.Kose,F.(2009). On psychological was well-being associated with early abnormalities and interpretive schema. ***Cognitive Therapy and Research, 26, 405-416.***

36. Lumley, Harkness, (2007). ***Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schema and Symptom Profile in Adolescent Depression.***

37.Lee.S,(2007).Plans to evaluate two hypothetical models of the cognitive always mediating role between perfectionism and socially prescribed for depression and anxiety Plays payment. ***Procedia - Social and Behavioral Sciences 32-141-147.***

38.Lovibond, p.F, Lovibond, S.H.(1995).­The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxity Stress Scale(DASS) with the Beck Depression and Anxity Inventories***. Behavior Research and Therapy .33(3):335-343.***

39.Oie,D.,Baranoff.J(2007). In his research, "Psychometric was evaluation of the measured data and the Young Schema Questionnaire". ***Cognitive Therapy center of New York.***

40.Rijkeboer, M.M., & Boo,G.M.(2010). Early maladaptive schemas in children. Development and Validetion of the schema inventory for children. ***Journal ofBehavior Therapy and Experimental psychiatry4,102-109.***

41.Reinecke, Simons, (2005). **Vulnerability to Depression among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment, Cognitive and Behavioral Practice, V.12, n2, p166-176.**

42.Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arnte, A., Huibers, M. (2012 ). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. ***Journal of Affective Disorders,136,581-590.***

43.Stopa, C ., Waters.B(2005). Investigate was Form the effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire Short. ***Journal of cognitive psychotherapy1,11-23.***

44.Walker.Jason(2009).The relationship between early maladaptive schema. ***Chronic and acute depression***. And help seeking behaviors. Submitted in partial fulfillment of the requirements of the master of art degree of the graduate school at Rawan University.

**پیشرفت تحصیلی**

تربیت نیروی انسانی کارآمد از جمله وظایف اصلی دانشگاه ها محسوب می گردد. دانشجویان هر دانشگاه سرمایه های گرانقدر هر کشور به شمار می روند که توجه به تربیت آن ها از نظر علمی، پژوهشی و فرهنگی بسیار حائز اهمیت است و برنامه ریزی صحیح در آموزش و پرورش آنان از وظایف اصلی دانشگاه ها به حساب می آید. دانشگاه ها همه ساله دانشجویان جدید الورود را پذیرش و دانشجویانی را نیز فارغ التحصیل می نمایند که در این چرخه مستمر، توجه به کیفیت آموزشی از جایگاه ویژه ای برخوردار است ( رودباری، احمدی و عبادی فرد آذر، 1389).

از جمله مهم ترین نگرانی های استادان، مسئولان آموزش دانشگاه و خانواده های دانشجویان، پیشرفت تحصیلی و جلوگیری از افت تحصیلی دانشجویان است. نقطه مقابل پیشرفت تحصیلی، اُفت تحصیلی است که بر اساس مطالعات متعدد تاثیر بسزایی در سرنوشت فرد داشته و هم چنین هزینه گزافی به خانواده و جامعه تحمیل می کند. در ایران این امر از مهم ترین مشکلات کنونی نظام آموزشی است که هر ساله ده ها میلیارد ریال از بودجه کشور را هدر می دهد و نیروهای بالقوه و سرمایه های جامعه که همان نیروی انسانی است، بی ثمر می ماند.

در سال های اخیر، متخصصان تعلیم و تربیت و روانشناسان تربیتی پژوهش های قابل توجهی را در زمینه عملکرد تحصیلی و متغیرهای مرتبط با آن ها انجام داده اند. یادگیری فراگیران معمولاً به وسیله عملکرد تحصیلی آن ها مورد سنجش قرار می گیرد. عوامل متعددی عملکرد تحصیلی دانش آموزان را تحت تاثیر قرار می دهند. برخی از این عوامل موجب بهبود عملکرد تحصیلی و برخی دیگر باعث تضعیف عملکرد فراگیران می شوند ( سیف، 1392).

پیشرفت تحصیلی به توانایی آموخته شده یا اکتسابی فرد در موضوعات آموزشگاهی اطلاق می شود که به وسیله آزمون های فراگیری استاندارد شده یا آزمون های معلم ساخته اندازه گیری می شود ( نویدی،2004). به طور کلی این اصطلاح به معنای مقدار یادگیری آموزشگاهی فرد است، به طوری که بتوان آن ها را در مقوله کلی عوامل مربوط به تفاوت های فردی و عوامل مربوط به مدرسه و نظام آموزش و پرورش مورد مطالعه قرار داد ( سلیمان نژاد، سحران، 2002 ).

یکی از ابعاد پیشرفت در آموزش عالی، پیشرفت تحصیلی است که مفهوم آن معلومات یا مهارت های اکتسابی عمومی یا خصوصی در موضوع درسی است که معمولاً به وسیله آزمایش ها یا نشانه ها یا هر دو که اساتید برای دانشجویان وضع می کنند، اندازه گیری می شود ( شعاری نژاد، 1364).

وضعیت تحصیلی دانشجو به پیشرفت یا اُفت تحصیلی وی اطلاق می شود و برای سنجش آن از ابزارهای مختلفی مانند معدل کل، ترم های مشروطی و تعداد واحدهای مردودی یا قبولی استفاده می شود. نظام آموزشی نیز مانند هر نهاد دیگری می تواند به علت کاستی ها و یا عوامل دیگری دچار سوء کارکرد شود به طوری که نتواند بخشی از اهداف خود را به درستی به انجام رساند و سرمایه در اختیار قرار داده شده را تلف نموده و نتیجه مطلوب و مورد انتظار را به بار نیاورد ( رودباری و اصل مرز، 1389 ).

دانشگاه ها به عنوان مراکز تولید کننده علم و فرهنگ و تربیت متخصصان مورد نیاز کشور، به طور قاطع، خاستگاه بسیاری از نوآوری ها و خلاقیت ها برای حل مسائل روز جامعه هستند (کیوانی، 1380). نگاهی به روند تحولات جاری نظام آموزش عالی، حاکی از آن است که آموزش عالی باید ضمن توجه به بحران افزایش کمی و تنگناهای مالی، به حفظ و بهبود ارتقای کیفیت نیز بپردازد. شواحد گوناگون نیز حاکی از آن است که این نظام در صورتی از عهده ی وظایف و اهداف خود بر می آید که از نظر کیفیت آموزشی در وضعیت مطلوبی باشد ( کبریایی و رودباری،1384 ).

آموزش دانشجویان با هدف پیشرفت آن ها در زمینه تحصیلی صورت می گیرد. بررسی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی امری چند بعدی است که تقریباً به رشد اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، شناختی و عاطفی دانشجویان بستگی دارد ( فرج الهی، نجفی، نصرتی هشی و نجفیان، 1392 ).

مسئله موفقیت یا عدم موفقیت در امر تحصیل از مهم ترین دغدغه های هر نظام آموزشی است. موفقیت و پیشرفت تحصیلی در هر جامعه نشان دهنده موفقیت نظام آموزشی در زمینه هدف یابی و توجه به رفع نیازهای فردی است. بنابراین نظام آموزشی را زمانی می توان کارآمد و موفق دانست که پیشرفت تحصیلی دانشجویان آن در دوره های مختلف دارای بیشترین و بالاترین رقم باشد ( تمنایی فر و گندمی، 1390 ).

عملکرد تحصیلی ( اُفت یا پیشرفت تحصیلی)، تحت تاثیر ابعاد متعدد زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد. این عوامل در چهار گروه شرایط فراگیر، خانواده، آموزشگاه و عوامل مربوط به اجتماع و محیط خارج از آموزشگاه دسته بندی می شوند. لذا در مجموع عملکرد تحصیلی فراگیران متاثر از شرایط فراگیر و محیط بیرونی او می باشد (اشعری، شفیع آبادی و سودانی، 1389). اُفت تحصیلی یکی از مسائل گریبان گیر سیستم آموزشی در همه مقاطع تحصیلی است و موجب هدر رفتن نیروی انسانی و هزینه های صرف شده می شود ( هولمبِرگ[[157]](#footnote-157)، 1985 ). از سوی دیگر دانش آموختگانی که با اُفت تحصیلی دانشگاه را به اتمام می رسانند توانمندی علمی مورد نیاز را به نحو مطلوب کسب نمی کنند (لازین[[158]](#footnote-158) و نیومن[[159]](#footnote-159)، 1991 ).

آمار بسیار بالای اُفت تحصیلی به صورت ترک تحصیل، اخراج و توقف در تحصیل از نظر هزینه های آموزشی، هر ساله خسارت های زیادی را به آموزش عالی در کشورهای جهان وارد می کند. پیش بینی می گردد که در آینده نیز با افزایش اُفت تحصیلی همه ساله بخشی از منابع انسانی و اقتصادی جامعه در دانشگاه ها با اخراج، ترک تحصیل، انصراف، مردودی و مشروطی دانشجویان ضایع گردد و آثار و پیامدهای ناگوار فردی و اجتماعی فراوانی به وجود آورد. اُفت تحصیلی هم چنین باعث اتلاف بودجه های جاری و تجهیزاتی دانشگاه ها، دیرتر راه یافتن افراد به بازار کار و سرخوردگی فرد و خانواده ها می شود ( رودباری و همکاران، 1389 ).

آموزش عالی، در توسعه ی اجتماعی و منابع انسانی و تربیت افراد کاردان نقش عمده ای داشته و از این رو دانشگاه های کشور در فرایند توسعه ی نیروی انسانی، اهمیتی اساسی دارند. یکی از مشکلات شایع نظام آموزشی در بسیاری از کشورهای جهان، پدیده ی افت تحصیلی است که زیان های علمی، فرهنگی و اقتصادی زیادی متوجه دولت ها و خانواده ها می کند. تلاش برای شناسایی عوامل مهم در پیشرفت تحصیلی و ارائه ی راهبردها و انجام اقداماتی در جهت کاهش خسارات ناشی از افت تحصیلی، مستلزم تحقیقات بسیار در این زمینه است ( سکاکی، 1390).

**2-1-4-1. اهمیت پیشرفت تحصیلی**

پیشرفت تحصیلی از جنبه های علمی و کاربردی اهمیت به سزایی دارد. عملکرد تحصیلی، یکی از عوامل پذیرش در کلاس درس می باشد. همچنین برای به دست آوردن مدرک و شغل از جایگاه خاصی برخوردار است. لذا محققان روانشناسی و آموزشی سعی دارند تا تعیین کننده های پیچیده ی پیشرفت تحصیلی را درک کنند ( فراهانی، 1387، به نقل از تویسرکانی، 1392) در مجموع پیشرفت و افت تحصیلی، یکی از ملاکهای کارآیی نظام آموزشی و به عنوان یک متغیر وابسته همواره مورد توجه محققان بوده است.

**2-1-4-2. اهمیت پیش بینی پیشرفت تحصیلی از لحاظ کاربردی**

پیشرفت تحصیلی یکی از عوامل مهم مقبولیت و پذیرش در کلاس درس است. همچنین پیشرفت تحصیلی در به دست آوردن یک شغل و درجات مختلف آن مهم است ( پورشافعی، 1370 ).

**2-1-4-3. اهمیت پیش بینی پیشرفت تحصیلی از نظر کارآیی نظام آموزشی**

اهمیت پیشرفت تحصیلی از این جهت نیز مهم است که هر نظام آموزشی و تربیتی به جهت حصول بهترین نتایج و رفع موانع و کمبودها در سراسر فرایندهای آموزش و پرورش و استفاده بهینه از درون دادها، همواره مورد ارزیابی متخصصان مربوط قرار می گیرد. در نهایت محصول نظام های تربیتی نیز دانش آموختگانی هستند که واجد برخی از ویژگی ها شده اند. پیشرفت تحصیلی می تواند یکی از مهم ترین و عینی ترین معیارها برای بررسی و ارزشیابی کارایی و اثربخشی نظام آموزش و پرورش باشد (همان منبع).

**2-2. مبانی تجربی**

**2-2-1. تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

آریا پوران و همکاران (1392)، در پژوهشی به بررسی رابطه سبک مدیریت کلاس معلمان با انگیزش و پیشرفت ریاضی دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین سبک مدیریت کلاس تعامل گرا و سبک مداخله گر معلمان با پیشرفت ریاضی دانش آموزان رابطه معنی دار وجود دارد. بر اساس نتایج به دست آمده سبک های مدیریت کلاس تعامل گرا و مداخله گر معلمان به عنوان قوی ترین متغیرها برای پیش بینی پیشرفت ریاضی دانش آموزان شناخته شد.

بخشایش (1392) با بررسی رابطه سبک های مدیریت کلاس با ویژگی های شخصیتی معلمان نشان داد که بیشتر معلمان مورد بررسی دارای سبک مدیریت تعاملی می باشند. تحلیل داده ها نشان داد که بین ویژگی های شخصیتی معلمان و سبک مدیریت آن ها رابطه وجود دارد. نتایج بیان داشت که معلمان زن و مرد، از لحاظ سبک مدیریت کلاس با یکدیگر تفاوتی ندارند.

خانی، باقری و دانشیار (1392)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که با آموزش خود تنظیمی می توان به دانش آموزان کمک کرد تا به پیشرفت تحصیلی بیشتری دست یابند. آموزش و پرورش معلمان نیز باید شرایط لازم برای پیشرفت دانش آموزان در این زمینه را فراهم نماید.

غلامعلی لواسانی، اژه ای و داودی (1392)، به منظور شناخت میزان اثربخشی راهبردهای خود تنظیمی پژوهشی را بر روی دانش آموزان پایه اول دبیرستان به انجام رساندند. یافته ها نشان داد که آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر افزایش مهارت های دانش آموزان اثر مثبت و معنی دار داشته است و این راهبردها باعث افزایش تلاش و درگیری شناختی دانش آموزان می شود، لذا چنین نتیجه گرفته اند که آگاهی و اطلاع دانش آموزان از راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و بکارگیری آن ها در امر مطالعه و یادگیری اثربخش می باشد.

عظیمی، پیری و زوار (1392)، در پژوهشی که به بررسی رابطه فرسودگی تحصیلی و یادگیری خود تنظیمی با عملکرد تحصیلی پرداختند به این نتیجه رسیدند که بین یادگیری خود نظم داده و عملکرد تحصیلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

در زمینه بررسی تفاوت دانشجویان مرد و زن در زمینه راهبردهای یادگیری خودتنظیمی، نتایج پژوهش عجم و همکاران (1391)، نشان داد که بین راهبردهای یادگیری خودتنظیمی در بین زنان و مردان تفاوت معنادار وجود ندارد.

رنجبر (1391)، در پژوهشی که به منظور مطالعه عوامل مؤثر بر مدیریت اثربخش کلاس درس از دیدگاه 210 نفر از اساتید دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم انجام گرفت، نشان داد که عوامل چهارگانه 1- تهیه و اجرای طرح درس 2- سازماندهی و تعیین راهبردهای تدریس 3- رهبری، ترغیب و ایجاد انگیزش 4- نظارت و ارزشیابی مستمر، بر فعالیتهای دانش آموزان از لحاظ آماری معنادار بوده و باعث افزایش اثربخشی مدیریت در کلاس درس می شود. از نظر اولویت بندی میزان اهمیت عوامل مطرح شده در پرسشنامه نشان داد که بر اساس نظرات پاسخگویان، توجه به عقاید و نظرات دانش آموزان، پیگیری علل بی انضباطی دانش آموزان و ایجاد فضای آرام برای تمرکز فکر و یادگیری بیشترین تأثیر را در اثر بخشی مدیریت کلاس دارد..

موسوی و همکاران (1391)، تحقیقی با عنوان بررسی رابطه هوش هیجانی و مؤلفه های آن با باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان، بر روی 1300 دانشجو از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام دادند و نشان دادند در تأثیر باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی، تمام مسیرها معنی دار بودند و در تأثیر مؤلفه های هوش هیجانی و باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی، تمام مسیرها معنی دار بودند.

جعفری ثانی و همکاران (1391)، در تحقیقی که بر روی 352 نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد با عنوان نقش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و رضایت از زندگی در پیشرفت تحصیلی انجام دادند نشان دادند که بین راهبردهای شناختی و خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد.

نوحی و همکاران (1391)، در پژوهشی که به بررسی انگیزه پیشرفت و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرداختند، به این نتیجه رسیدند که می توان با تقویت انگیزش پیشرفت در دانشجویان ، میزان موفقیت تحصیلی آنان را نیز افزایش داد.

حمیدی، دماوندی و دهنوی (1391)، در پژوهشی که با هدف بررسی ارتباط هوش فرهنگی و سواد کامپیوتری معلمان دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی با سبک مدیریت کلاسی آنان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین فراشناخت و رفتار فرهنگی معلمان با سبک مدیریت کلاسی معلم محوری ( مداخله ای) آنان ارتباط معکوس و معنادار وجود دارد. بین سواد کامپیوتری و سبک مدیریت کلاسی دانش آموز محوری ( غیر مداخله ای) معلمان ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. فراشناخت فرهنگی، رفتار فرهنگی و سواد کامپیوتری پیش بینی کننده سبک مدیریت کلاسی تعاملی معلمان می باشد.

جعفر طباطبایی، بنی جمالی، احدی و خامسان (1391)، در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر پیشرفت تحصیلی و اضطراب دانشجویان پرداختند. بر اساس نتایج آنان آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی می تواند در بهبود پیشرفت تحصیلی دانشجویان مؤثر واقع گردد.

سلیمان نژاد و حسینی نسب (1391)، در پژوهشی تأثیر تعاملی آموزش راهبردهای خودتنظیمی و سبک های شناختی دانش آموزان را بر عملکرد حل مسأله ریاضی آنان مورد تحقیق و بررسی قرار دادند. یافته های پژوهشی نشان داد که عملکرد حل مسأله ریاضی دانش آموزان بر اثر آموزش راهبردهای خودتنظیمی افزایش می یابد.

در پژوهشی که تجری و همکاران (1390)، برای بررسی نقش ماهیت تکلیف و جنسیت در جهت گیری هدف و خود تنظیمی و نیز رابطه بین این دو متغیر بر روی دانشجویان شهر مشهد انجام دادند، نشان دادند که بین اهداف پیشرفت و خود تنظیمی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین زیر گروه های علمی از نظر خود تنظیمی تفاوت معناداری مشاهده گردید. دانشجویان گروه علوم انسانی نسبت به دانشجویان گروه فنی و علوم پایه و دانشجویان گروه علوم پایه نسبت به دانشجویان گروه فنی از راهبردهای خود تنظیمی بیشتری استفاده می کردند، اما خود تنظیمی در زنان و مردان تفاوتی نداشت.

مولایی (1390)، پژوهش خود با عنوان تأثیر ویژگی های معلم بر سبک مدیریت کلاس در منطقه ی بزینه رود در سال تحصیلی 91-90، را بر روی 70 معلم به انجام رساند. یافته ها حاکی از آن است که تفاوت میان سبک مدیریت کلاس معلمان بر اساس مدرک تحصیلی معنادار است؛ یعنی معلمان دارای مدرک کارشناسی بیشتر به سبک تعاملی تمایل دارند در حالی که معلمان دارای مدرک دیپلم به سبک مداخله گر گرایش دارند.

کارشکی و عبد خدایی (1390) در پژوهشی که با هدف بررسی نقش جنسیت و رشته تحصیلی در خود تنظیمی افراد، بر روی 400 نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و 400 نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین اهداف پیشرفت و خود تنظیمی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین، بین زیر گروه های علمی از نظر خود تنظیمی تفاوت معناداری وجود داشت. دانشجویان گروه انسانی نسبت به دانشجویان گروه فنی و علوم پایه و دانشجویان گروه علوم پایه نسبت به دانشجویان گروه فنی از راهبردهای خود تنظیمی بیشتری استفاده می کردند. اما خود تنظیمی در زنان و مردان تفاوتی نداشت. همچنین دانشجویان گروه انسانی از دانشجویان دو گروه دیگر تبحری تر و اجتنابی تر بودند. در مجموع زنان از مردان هدفمند تر بودند.

در پژوهشی که توسط خسروی و همکاران (1390)، با عنوان بررسی رابطه ی راهبردهای شناختی یادگیری خود تنظیمی و خلاقیت با عملکرد تحصیلی، بر روی 350 نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور گچساران انجام گرفت، یافته های پژوهش رابطه ی مثبت معنی داری بین راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان نشان دادند.

عرب زاده و همکاران (1390)، در پژوهشی به بررسی رابطه یادگیری خودگردان و جهت گیری هدف با سبک مدیریت کلاس پرداختند و چنین نتیجه گرفتند که یادگیری خودگردان بر سبک مدیریت آزادانه و آمرانه اثر مستقیم و معنادار دارد. بر اساس نتایج آنان، معلمان خودگردان در هنگام تحصیل عمدتاً گرایش به جهت گیری هدف یادگیری دارند، بنابراین در هنگام تدریس سبکی از مدیریت را به کار می گیرند که فراگیران آن ها نیز چنین اهداف مشابهی را دنبال کنند، به عبارت دیگر، به دانش آموزان خود اجازه می دهند تا نیروهای ذاتی، درونی و خلاق خود را در جهت رسیدن به اهداف یادگیری نمایان سازند.

مفاخری و معتمدی (1390)، میزان یادگیری خودتنظیمی را بر روی حافظان قرآن و غیر حافظان قرآن مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ميزان مهارت‌هاي يادگيري خودتنظيمي در بين حافظان قرآن و غير حافظان به طور معناداري متفاوت بوده است؛ يعني حافظان قرآن در مهارت‌هاي يادگيري خودتنظيمي، عملکرد بهتري در مقايسه با غيرحافظان داشته‌اند.

حمیدی و قاسمی مدانی (1390)، در تحقیقی با عنوان بررسی رابطه هوش فرهنگی و سبک های تصمیم گیری در بین مدیران، به این نتیجه رسید که بین هوش فرهنگی و سبک های عمومی تصمیم گیری در بین مدیران روابط مثبت و معناداری وجود دارد.

خلخالی و همکاران (1389)، مدلی جهت استقرار مدیریت کلاس درس سالم ارائه دادند و پنج بعد سبک رهبری معلم، رشد دانش آموز، ارتباط، انگیزش و انضباط در کلاس درس را به عنوان مؤلفه های مدیریت کلاس درس سالم عنوان نمودند و به این نتیجه رسیدند که بین هر پنج عامل شناسایی شده، همبستگی وجود دارد.

علی بخشی و زارع (1389)، در مطالعه ای که به منظور بررسی اثربخشی آموزش خود تنظیمی یادگیری و مهارت های مطالعه بر پیشرفت تحصیلی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که یادگیری خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد.

یافته های پژوهش نخستین گلدوست و معینی کیا (1388) مبنی بر بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خود تنظیم و راهبردهای انگیزش برای یادگیری، با پیشرفت تحصیلی دانشجویان، نشان داد که متغیرهای راهبردهای یادگیری خود تنظیم و راهبردهای انگیزش برای یادگیری، پیش بین معناداری برای پیشرفت تحصیلی دانشجویان هستند.

نتایج پژوهش فیضی و بشیر (1388) مبنی بر بررسی رابطه سبکهای مدیریت با خلاقیت دبیران گویای این است که رابطه مثبت معنی داری بین سبک مدیریت و خلاقیت دبیران وجود دارد و مدیرهای زن دارای تاثیر بیشتری در خلاقیت دبیران، نسبت به مدیران مرد هستند.

امین یزدی و عالی (1387)، در پژوهشی به بررسی تاثیر سبک های مدیریت کلاس بر رشد مهارت های فراشناختی دانش آموزان پرداختند. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها،فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه؛ « دانش آموزان معلمان تعامل گرا در مقایسه با دانش آموزان معلمان مداخله گرا از مهارت های فراشناختی بالاتری برخوردارند» تایید گردید. همچنین یافته ها نشان می دهد، مهارت نظارت فراشناختی دانش آموزان پسر به طور معناداری بالاتر از دختران است و بین فراشناخت دانش آموزان و نمره پیشرفت تحصیلی ( معدل) آنان، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

امینی (1387) با بررسی نقش خودکارآمدی، خود تنظیمی و عزت نفس در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دبیرستان، نشان داد که همه مؤلفه های یادگیری خود تنظیمی توانایی پیش بینی پیشرفت تحصیلی را دارند و به طور کلی دانش آموزانی که از راهبردهای یادگیری استفاده می کنند، پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند.

عالی و امین یزدی (1387)، در پژوهشی تحت عنوان « تاثیر ویژگی های معلم بر سبک مدیریت کلاس »، به این پرسش پاسخ دادند که آیا میان عوامل مربوط به معلمان ( مدرک تحصیلی، رشته تحصیلی، سابقه خدمت و جنسیت معلمان ) و سبک مدیریتی آن ها رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان می دهد که تفاوت میان سبک مدیریت کلاس معلمان بر اساس مدرک تحصیلی معنادار است؛ یعنی معلمان دارای مدرک کارشناسی بیشتر به سبک تعاملی تمایل دارند در حالی که معلمان دارای مدرک دیپلم به سبک مداخله گر گرایش دارند.

یافته های پژوهش محمد امینی (1387) با هدف بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و باورهای انگیزشی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، حاکی از این بود که راهبردهای یادگیری خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد و همه مؤلفه های یادگیری خود تنظیمی توانایی پیش بینی پیشرفت تحصیلی را داشتند.

عبدالهی (1387) در پژوهشی تحت عنوان نقش آمادگی ها در مدیریت اثربخش کلاس درس، نشان داد که دست یافتن به مدیریت اثربخش کلاس درس بدون آمادگی ها معنادار نبوده و هرگز به نتیجه مناسب نخواهد رسید.

پژوهش صمدی و همکاران (1387) تحت عنوان « تبیین جو یادگیری اثربخش بر اساس مؤلفه های مدیریت کلاس درس در مدارس راهنمایی شهر ارومیه » نشان داد که کارکردهای مدیریت با جو یادگیری همبستگی مثبت و معناداری دارد.

**2-2-2. تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

پُلات[[160]](#footnote-160) و همکاران (2013) در پژوهشی به بررسی باور معلمان درباره نظم و انضباط کلاس درس پرداختند. نتایج حاکی از این بود که مدلی که در آن نظم و انضباط کلاسی بر اساس یک قرارداد و با سطح متوسطی از کنترل معلم همراه بود دارای بیشترین ارجحیت از سوی معلمان و مدلی که در آن نظم و انضباط همراه با سطح بالایی از کنترل معلم بود، از کمترین مقبولیت برخوردار گردید. به لحاظ جنسیتی نیز معلمان مرد تمایل بیشتری در استفاده از قوانین محکم برای ایجاد نظم و انضباط نسبت به معلمان زن از خود نشان دادند.

پژوهش پاکدامن ساوجی، نیوشا و بوریری (2013) نشان داد که رابطه مثبت و معنی داری میان استراتژی های یادگیری خودتنظیم و پیشرفت تحصیلی برقرار است. یافته های این مطالعه نشان می دهد که با آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی به دانش آموزان می توان پیشرفت تحصیلی آنان را افزایش داد. این نشان می دهد که معلمان باید علاوه بر آموزش مواد علمی به دانش آموزان، چگونه یادگرفتن را نیز به آن ها بیاموزند.

میشل[[161]](#footnote-161) و برادشاو[[162]](#footnote-162) (2013)، در پژوهشی به بررسی تأثیرات کلاس درس در درک فراگیر از فضای محیط آموزشی و در واقع نقش مدیریت کلاس درس و استراتژی نظم و انضباط انحصاری پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده بیشتر از استراتژی نظم و انضباط انحصاری با نظم کمتر همراه بود در حالی که استفاده از رفتار مثبت حمایتی مبتنی بر کلاس درس با نمره بالاتر در نظم و انضباط، انصاف و ارتباط دانشجو و مدرس همراه بود. این یافته ها نشان می دهد که آموزش قبل از خدمت و فعالیت های توسعه حرفه ای باید معلمان و مدرسان را به استفاده از استراتژی های پشتیبانی رفتار مثبت و کاهش تکیه بر استراتژی نظم و انضباط انحصاری در جهت بهبود فضای کلاس و بهبود شرایط یادگیری، تشویق نماید.

نتایج پژوهش علی اکبری و دارابی (2013)، بر روی 153 نفر از معلمان نشان داد که بین سبک رهبری معلمان، عوامل شخصیتی و اثربخشی مدیریت کلاس درس رابطه مثبت وجود دارد. تجزیه و تحلیل داده ها بیانگر وجود رابطه میان سطح تحصیلات معلمان و میزان اثربخشی مدیریت کلاس آنان است. یافته ها حاکی از لزوم آموزش رهبری به معلمان در کنار دانش حرفه ای به آنان می باشد.

سوئب[[163]](#footnote-163) (2013)، مطالعه ای با هدف بررسی تجارب مربوط به مدیریت کلاس های درس معلمان در مدارس متوسطه به انجام رساند. وی نشان داد که بزرگترین چالش معلمان قبل از خدمت، نگرش حاکی از بی احترامی دانش آموزان نسبت به معلمان و بی انگیزگی آنان برای یادگیری است. در این میان روشی که معلمان برای مدیریت کلاس خود اتخاذ کردند، ایجاد فعالیت های سرگرم کننده برای رسیدن به توجه در طول درس، رفتار دوستانه با دانش آموزان و حفظ کردن نام دانش آموزان و خطاب کردن آنان به نام بود. همچنین آن ها از استراتژی تنبیه رفتار اشتباه و پاداش به رفتار مثبت نیز استفاده کردند. یافته ها همچنین نشان داد که معلمان قبل از خدمت نیاز دارند که به لحاظ جسمی و روحی برای حضور در کلاس آماده گردند.

اونال[[164]](#footnote-164) و اونال[[165]](#footnote-165) (2012) به منظور بررسی تأثیر سابقه ی تدریس معلمان بر سبک مدیریت آنان، پژوهشی بر روی 268 معلم مقطع ابتدایی انجام دادند. یافته ها حاکی از آن است که معلمان با سابقه نسبت به معلمان تازه وارد بیشتر تمایل دارند تا در تعامل با دانش آموزان و در هنگام تصمیم گیری، کنترل کلاس را خود در دست بگیرند. با بررسی پژوهش های پیشین، محققان قادر به کشف مسیری شدند که معلمان در حرفه خود آن را دنبال می کنند. در این مسیر معلمان در دوران پیش از خدمت به سبک غیر مداخله گرا تمایل دارند یعنی حداقل کنترل معلم. آنها در دوران کارآموزی و در سالهای ابتدای تدریس خود از کنش متقابل ( کنترل مشترک ) حمایت می کنند و در نهایت هنگامی که به معلمانی با سابقه تبدیل شدند، کنترل کامل معلم را بر می گزینند.

پِنگ (2012) در پژوهشی به بررسی رفتار یادگیری خود تنظیمی در دانشجویان و تاثیری که این مقوله بر پیشرفت تحصیلی آنان دارد پرداخت. نتایج نشان می دهد که برای دانشجویان برخورداری از اعتماد به نفس، ارزش ذاتی و راهبردهای شناختی ارتباط نزدیکی با عملکرد تحصیلی آنان دارد و پیشرفت تحصیلی را برای آنان به ارمغان می آورد.

آدیمو[[166]](#footnote-166) (2012)، در پژوهشی بر روی 20 معلم و 80 دانش آموز نشان داد که بین مهارت ها و تکنیک های مدیریت کلاس اثربخش معلمان با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در درس فیزیک رابطه ی معنی دار وجود دارد.

قیاس[[167]](#footnote-167) و احمِد[[168]](#footnote-168) (2012)، پژوهشی مبنی بر بررسی اثر سبکهای مدیریت کلاس بر عملکرد دانش آموزان بر روی 40 دانش آموز در مقطع متوسطه و 4 نفر از معلمان آنها انجام دادند. بر اساس یافته ها، محققان به این نتیجه رسیدند که معلمان سبکهای مختلفی برای تصمیم گیری اتخاذ می نمایند. اکثر معلمان برای تصمیمات خود از قبل برنامه ریزی می کنند. معلمان فشارهای خارجی برای تصمیم گیری را نمی پذیرند. تعداد کمی از دانش آموزان فرصت می یابند تا درباره مسائل مربوط به کلاس بحث نمایند. عدم تعادل در ارائه برنامه های مشارکتی در کلاس وجود دارد و معلمان ترجیح می دهند کنترل کلاس را خود بر عهده گیرند و دانش آموزان نمی توانند مشکلات خود را با معلمان مطرح نمایند.

دیجیگیک و استوجیلکوویک (2012)، در پژوهشی که به منظور طراحی پروتکلی برای ارزیابی سبکهای مدیریت معلمان بر اساس سه سبک مداخله گر، غیر مداخله گر و تعامل گرا انجام دادند، تأکید کردند که مدیریت کلاس یکی از مهمترین فاکتورهای تدریس اثر بخش است و پیدا کردن سبک تدریس خاص و پس از آن تلاش برای بهبود اثر بخشی آن بسیار اهمیت دارد. از این نظر، پروتکل ارائه شده می تواند ابزاری مفید برای روانشناسان، مربیان و مشاوران مدرسه باشد. علاوه بر این اعتقاد به اینکه آموزش در کلاس درس اولین مرتبه را در نردبان شغلی معلمان دارد، نشانگر آن است که ارزیابی قابل اعتماد از سبک مدیریت معلمان می تواند نقطه شروعی برای برنامه ریزی توسعه ی حرفه ای معلمان باشد. در نتیجه دلایل خوبی برای توصیه پروتکل ارزیابی سبک مدیریت معلمان برای تمرین های آموزشی و به عنوان اهدافی برای تحقیقات بیشتر وجود دارد.

رحیمی و اسداللهی (2012) با بررسی جهت گیری مدیریت کلاس 300 معلم زبان انگلیسی و تاثیر آن بر سبک تدریس آنان به این نتیجه رسیدند که اکثر معلمان با توجه به رویکرد مدیریت کلاس خود، مداخله گرا بودند. علاوه بر این نتایج نشان داد که معلمانی که دارای سبک مدیریت مداخله گرا بودند نسبت به غیرمداخله گرایان از فعالیت های آموزشی بیشتری در کلاس درس خود استفاده می کردند. تجزیه و تحلیل عمیق تر نشان داد که جهت گیری مدیریت کلاس درس توسط معلمان می تواند تا 28% از واریانس سبک تدریس و آموزش را پیش بینی نماید.

آزوبوئیک (2012) در تحقیقی مدیریت کلاس درس را به عنوان یک استراتژی کنترل برای ترویج کیفیت آموزش در نظر گرفت. بر اساس نتایج این پژوهش، کلاس درس مؤثر می تواند به عنوان یک استراتژی کنترل در ارتقاء کیفیت آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و تمام اجزای محیط مدرسه باید به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر با یکدیگر هماهنگ باشند.

کارشکی (2011) در بررسی رابطه میان برداشت از فعالیت های کلاس درس و یادگیری خود تنظیم چنین نتیجه گرفت که برای افزایش یادگیری خودتنظیم، در نظر گرفتن درک کافی از فعالیت های کلاس درس و دانشگاه ضروری است.

دیجیگیک و استوجیلکوویک (2011)، نشان دادند زمانی که معلمان سبک مدیریت کلاسی تعامل گرا را به کار می برند، دانش آموزان پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند و زمانی که معلمان مداخله گر هستند، آنان پیشرفت تحصیلی پایینی دارند.

اردوغان[[169]](#footnote-169) و همکاران (2010) در مطالعه کیفی خود در ارتباط با مدیریت و نظم و انضباط کلاس درس، مشکلات، دلایل و راه حل های آن؛ به عنوان نتیجه ای از این تجزیه و تحلیل، مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس درس را تحت این عناوین گروه بندی کردند: فقدان انگیزه، شکستن روال و قوانین، فقدان زیر ساخت ها، مدیریت زمان کافی، محیط کلاس درس بی اثر و عدم تعامل در کلاس های درس. از طرف دیگر شرکت کنندگان، با این مشکلات به دلایل زیر مرتبط هستند: محل و ساختار دوره در برنامه درسی، محیط کلاس درس، اندازه کلاس درس و عدم وجود سخت افزار، عدم وجود قوانین، محیط خانه و نگرش پدر و مادر، فقدان مهارت های مدیریتی معلمان و نگرش دانش آموزان. در نهایت راه حل های زیر برای غلبه بر مشکلات مدیریت کلاس درس پیشنهاد شد: بهبود در صلاحیت معلمان، مقررات در محل وساختار دوره در برنامه درسی، سازماندهی فعالیت های انگیزشی، سازماندهی مجدد کلاس درس، نادیده گرفتن رفتار بد، ملاقات با پدر و مادر و ارائه هماهنگی میان موضوع های مختلف.

کایا[[170]](#footnote-170) و دومِز[[171]](#footnote-171) (2010) به مقایسه روشهای مدیریت کلاس معلمان در اجرا و عدم اجرای رویکرد ساخت گرای آموزش پرداختند و بیان کردند هنگامی که این دو رویکرد در شرایط کاربردی در تمام ابعاد مدیریت کلاس درس مقایسه شوند، روشن است که رویکرد ساخت گرای آموزش شامل برنامه های کاربردی بیشتری نسبت به رویکرد یادگیری رفتار است.

فوولر[[172]](#footnote-172) و ساراپلی[[173]](#footnote-173) (2010)، به منظور بررسی انتظارات دانشجویان از مدیریت کلاس درس پژوهشی را به انجام رساندند. نتایج نشان داد که مدیریت کلاس درس به همان اندازه که برای معلمان مهم است، برای دانشجویان نیز اهمیت دارد. آن ها معتقدند که این اطلاعات می تواند در راستای کمک به معلمان برای مدیریت کلاس به صورت مؤثرتر مورد استفاده قرار گیرد.

چانگ (2009)، در طی پژوهشی به بررسی ارتباط عملکرد تحصیلی دانشجویان و سبک شناختی، فرا شناختی، انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی آنان پرداخت و نشان داد که مؤلفه های راهبردهای یادگیری خود تنظیمی با عملکرد تحصیلی همبستگی معنی دار دارد.

کایکسی[[174]](#footnote-174) (2009)، در پژوهشی نشان داد که بین ابعاد مهارت های مدیریت کلاس معلمان و بی انضباطی دانش آموزان رابطه وجود دارد

پژوهش ها نشان می دهد که سبک های رهبری معلمان در کلاس نقش مهمی در موفقیت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان ایفا می کند و سبک مدیریت معلمان نقش مهمی در درگیری دانش آموزان در کلاس و ایجاد انگیزه در آنان دارد. ( اوریم[[175]](#footnote-175)، گوکسه[[176]](#footnote-176) و انیسا[[177]](#footnote-177)، 2009).

در پژوهش لی[[178]](#footnote-178) (2008)، راهبردهای یادگیری خود تنظیم، هم بر رضایت یادگیرندگان از نظر آموزشی و هم بر عملکرد تحصیلی آنان تأثیر گذار بوده است و یادگیرندگان محیط های یادگیری یادگیرنده محور در مقایسه با یادگیرندگان محیط های محوطه محور و یا معلم محور از راهبردهای یادگیری خود تنظیم بیشتری برخوردار بوده اند.

شارلوت[[179]](#footnote-179) و همکاران (2008)، بر اساس فراتحلیل بیش از 30 پژوهش به این نتیجه رسیدند که استفاده از راهبردهای یادگیری خودتنظیمی در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان نقش مؤثری دارد.

کانتر[[180]](#footnote-180)، جورجن بایومتر[[181]](#footnote-181) و کولر[[182]](#footnote-182) (2007)، نشان دادند که وضوح نقش معلمان و کنترل معلمان به طور مثبت با علاقه ی دانش آموزان در ارتباط است. در واقع ادراک مدیریت کلاس فردی میزان علاقه دانش آموزان را پیش بینی نموده است.

**جدول 2-1. خلاصه تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **محقق/ محققین** | **زمان اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| آریا پوران و همکاران | 1392 | بررسی رابطه سبک مدیریت کلاس معلمان با انگیزش و پیشرفت ریاضی دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی | بین سبک مدیریت کلاس تعامل گرا و سبک مداخله گر معلمان با پیشرفت ریاضی دانش آموزان رابطه معنی دار وجود دارد. سبک های مدیریت کلاس تعامل گرا و مداخله گر معلمان به عنوان قوی ترین متغیرها برای پیش بینی پیشرفت ریاضی دانش آموزان شناخته شد. |
| بخشایش | 1392 | بررسی رابطه سبک های مدیریت کلاس با ویژگی های شخصیتی معلمان | نتایج نشان داد که بین ویژگی های شخصیتی معلمان و سبک مدیریت آن ها رابطه وجود دارد و معلمان زن و مرد، از لحاظ سبک مدیریت کلاس با یکدیگر تفاوتی ندارند. |
| خانی، باقری، دانشیار | 1392 | بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خود نظم داده شده با نمره فیزیک دانش آموزان سوم متوسطه | با آموزش خود تنظیمی می توان به دانش آموزان کمک کرد تا به پیشرفت تحصیلی بیشتری دست یابند. آموزش و پرورش معلمان نیز باید شرایط لازم برای پیشرفت دانش آموزان در این زمینه را فراهم نماید. |
| غلامعلی لواسانی، اژه ای، داودی | 1392 | تاثیر آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر مهارت های خود تنظیمی، درگیری تحصیلی و اضطراب امتحان | آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر افزایش مهارت های دانش آموزان اثر مثبت و معنی دار داشته است، لذا چنین نتیجه گرفته اند که آگاهی و اطلاع دانش آموزان از راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و بکارگیری آن ها در امر مطالعه و یادگیری اثربخش می باشد. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| عظیمی، پیری و زوار | 1392 | بررسی رابطه فرسودگی تحصیلی و یادگیری خود تنظیمی با عملکرد تحصیلی | بین یادگیری خود نظم داده و پیشرفت تحصیلی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. |
| عجم و همکاران | 1391 | بررسی تفاوت دانشجویان مرد و زن در زمینه راهبردهای یادگیری خودتنظیمی | بین راهبردهای یادگیری خودتنظیمی در بین زنان و مردان تفاوت معنادار وجود ندارد. |
| رنجبر | 1391 | بررسی عوامل مؤثر بر مدیریت اثربخش کلاس درس از دیدگاه اساتید دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم | بررسی عوامل چهارگانه مدیریت کلاس بر فعالیتهای دانش آموزان از لحاظ آماری معنادار بوده و باعث افزایش اثربخشی مدیریت کلاس درس می شود. |
| موسوی و همکاران | 1391 | بررسی رابطه هوش هیجانی و مؤلفه های آن با باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان | در تأثیر باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی و در تأثیر مؤلفه های هوش هیجانی و باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی، تمام مسیرها معنی دار بودند. |
| جعفری ثانی و همکاران | 1391 | نقش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و رضایت از زندگی در پیشرفت تحصیلی | نتایج نشان دادند که بین راهبردهای شناختی و خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد. |
| نوحی و همکاران | 1391 | بررسی انگیزه پیشرفت و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی دانشجویان | نتایج نشان داد که می توان با تقویت انگیزش پیشرفت در دانشجویان ، میزان موفقیت تحصیلی آنان را نیز افزایش داد. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| حمیدی، دماوندی، دهنوی | 1391 | بررسی ارتباط هوش فرهنگی و سواد کامپیوتری معلمان دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی با سبک مدیریت کلاسی آنان | بین فراشناخت و رفتار فرهنگی معلمان با سبک مدیریت کلاسی مداخله ای آنان ارتباط معکوس و معنادار وجود دارد. بین سواد کامپیوتری و سبک مدیریت کلاسی غیر مداخله ای معلمان ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. فراشناخت فرهنگی، رفتار فرهنگی و سواد کامپیوتری پیش بینی کننده سبک مدیریت کلاسی تعاملی معلمان می باشد. |
| جعفر طباطبایی، بنی جمالی، احدی و خامسان | 1391 | بررسی تأثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر پیشرفت تحصیلی و اضطراب دانشجویان | آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی می تواند در بهبود پیشرفت تحصیلی دانشجویان مؤثر واقع گردد. |
| سلیمان نژاد، حسینی نسب | 1391 | تأثیر تعاملی آموزش راهبردهای خودتنظیمی و سبک های شناختی دانش آموزان بر عملکرد حل مسأله ریاضی آنان | عملکرد حل مسأله ریاضی دانش آموزان بر اثر آموزش راهبردهای خودتنظیمی افزایش می یابد. |
| تجری و همکاران | 1390 | بررسی نقش ماهیت تکلیف و جنسیت در جهت گیری هدف و خود تنظیمی و نیز رابطه بین این دو متغیر بر روی دانشجویان شهر مشهد | بین اهداف پیشرفت و خود تنظیمی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین زیر گروه های علمی از نظر خود تنظیمی تفاوت معناداری مشاهده گردید. دانشجویان علوم انسانی نسبت به دانشجویان فنی و علوم پایه و دانشجویان علوم پایه نسبت به دانشجویان فنی از راهبردهای خود تنظیمی بیشتری استفاده می کردند، اما خود تنظیمی در زنان و مردان تفاوتی نداشت. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| مولایی | 1390 | تأثیر ویژگی های معلم بر سبک مدیریت کلاس در منطقه ی بزینه رود در سال تحصیلی 91-90 | تفاوت میان سبک مدیریت کلاس معلمان بر اساس مدرک تحصیلی معنادار است؛ یعنی معلمان دارای مدرک کارشناسی بیشتر به سبک تعاملی تمایل دارند در حالی که معلمان دارای مدرک دیپلم به سبک مداخله گر گرایش دارند. |
| کارشکی و عبد خدایی | 1390 | بررسی نقش جنسیت و رشته تحصیلی در خود تنظیمی افراد | بین اهداف پیشرفت و خود تنظیمی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. بین زیر گروه های علمی از نظر خود تنظیمی تفاوت معناداری وجود داشت. دانشجویان گروه انسانی نسبت به دانشجویان گروه فنی و علوم پایه و دانشجویان علوم پایه نسبت به دانشجویان گروه فنی از راهبردهای خود تنظیمی بیشتری استفاده می کردند. اما خود تنظیمی در زنان و مردان تفاوتی نداشت. |
| خسروی و همکاران | 1390 | بررسی رابطه ی راهبردهای شناختی یادگیری خود تنظیمی و خلاقیت با عملکرد تحصیلی | رابطه ی مثبت معنی داری بین راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان وجود دارد. |
| عرب زاده و همکاران | 1390 | بررسی رابطه یادگیری خودگردان و جهت گیری هدف با سبک مدیریت کلاس | که یادگیری خودگردان بر سبک مدیریت آزادانه و آمرانه اثر مستقیم و معنادار دارد. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| مفاخری و معتمدی | 1390 | بررسی میزان یادگیری خودتنظیمی بر روی حافظان قرآن و غیر حافظان قرآن | ميزان مهارت‌هاي يادگيري خودتنظيمي در بين حافظان قرآن و غير حافظان به طور معناداري متفاوت بوده است،حافظان قرآن در مهارت‌هاي يادگيري خودتنظيمي، عملکرد بهتري در مقايسه با غيرحافظان داشته‌اند. |
| حمیدی و قاسمی مدنی | 1390 | بررسی رابطه هوش فرهنگی و سبک های تصمیم گیری در بین مدیران مدارس راهنمایی | بین هوش فرهنگی و سبک های عمومی تصمیم گیری در بین مدیران روابط مثبت و معناداری وجود دارد. |
| خلخالی و همکاران | 1389 | ارائه مدلی جهت استقرار مدیریت کلاس درس سالم | بین پنج بعد سبک رهبری معلم، رشد دانش آموز، ارتباط، انگیزش و انضباط، همبستگی وجود دارد. |
| علی بخشی و زارع | 1389 | بررسی اثربخشی آموزش خود تنظیمی یادگیری و مهارت های مطالعه بر پیشرفت تحصیلی | نتایج حاکی از آن بود که یادگیری خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد. |
| نخستین گلدوست و معینی کیا | 1388 | بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خود تنظیم و راهبردهای انگیزش برای یادگیری، با پیشرفت تحصیلی دانشجویان | متغیرهای راهبردهای یادگیری خود تنظیم و راهبردهای انگیزش برای یادگیری، پیش بین معناداری برای پیشرفت تحصیلی دانشجویان هستند. |
| عالی و امین یزدی | 1387 | تاثیر ویژگی های معلم بر سبک مدیریت کلاس | تفاوت میان سبک مدیریت کلاس معلمان بر اساس مدرک تحصیلی معنادار است؛ معلمان دارای مدرک کارشناسی بیشتر به سبک تعاملی تمایل دارند در حالی که معلمان دارای مدرک دیپلم به سبک مداخله گر گرایش دارند. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| محمد امینی | 1387 | بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و باورهای انگیزشی با پیشرفت تحصیلی | راهبردهای یادگیری خود تنظیمی با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد و همه مؤلفه های یادگیری خود تنظیمی توانایی پیش بینی پیشرفت تحصیلی را داشتند. |
| عبدالهی | 1387 | نقش آمادگی ها در مدیریت اثربخش کلاس درس | نتایج نشان داد که دست یافتن به مدیریت اثربخش کلاس درس بدون آمادگی ها معنادار نبوده و هرگز به نتیجه مناسب نخواهد رسید. |
| صمدی و همکاران | 1387 | تبیین جو یادگیری اثربخش بر اساس مؤلفه های مدیریت کلاس درس در مدارس راهنمایی شهر ارومیه | کارکردهای مدیریت با جو یادگیری همبستگی مثبت و معناداری دارد. |

**جدول 2-2 خلاصه تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| پُلات و همکاران | 2013 | باور معلمان درباره نظم و انضباط کلاس درس | مدلی که در آن نظم و انضباط کلاسی بر اساس یک قرارداد و با سطح متوسطی از کنترل معلم همراه بود دارای بیشترین ارجحیت از سوی معلمان و مدلی که در آن نظم و انضباط همراه با سطح بالایی از کنترل معلم بود، از کمترین مقبولیت برخوردار گردید. به لحاظ جنسیتی نیز معلمان مرد تمایل بیشتری در استفاده از قوانین محکم برای ایجاد نظم و انضباط نسبت به معلمان زن از خود نشان دادند. |
| پاکدامن ساوجی، نیوشا، ضیغمی | 2013 | بررسی رابطه میان استراتژی های یادگیری خود تنظیم و پیشرفت تحصیلی دانشجویان | رابطه مثبت و معنی داری میان استراتژی های یادگیری خودتنظیم و پیشرفت تحصیلی برقرار است. |
| میشل و برادشاو | 2013 | بررسی تأثیرات کلاس درس در درک فراگیر از فضای محیط آموزشی: نقش مدیریت کلاس درس و استراتژی نظم و انضباط انحصاری | استفاده بیشتر از استراتژی نظم و انضباط انحصاری با نظم کمتر همراه بود در حالی که استفاده از رفتار مثبت حمایتی مبتنی بر کلاس درس با نمره بالاتر در نظم و انضباط، انصاف و ارتباط دانشجو و مدرس همراه بود. |
| علی اکبری و دارابی | 2013 | بررسی رابطه بین اثربخشی مدیریت کلاس درس، سبک رهبری تحول گرا و شخصیت معلمان | بین سبک رهبری معلمان، عوامل شخصیتی و اثربخشی مدیریت کلاس درس رابطه مثبت وجود دارد. تجزیه و تحلیل داده ها بیانگر وجود رابطه میان سطح تحصیلات معلمان و میزان اثربخشی مدیریت کلاس آنان است. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| سوئب | 2013 | بررسی تجارب مربوط به مدیریت کلاس های درس معلمان در مدارس متوسطه | بزرگترین چالش معلمان قبل از خدمت، نگرش حاکی از بی احترامی دانش آموزان نسبت به معلمان و بی انگیزگی آنان برای یادگیری است. در این میان روشی که معلمان برای مدیریت کلاس خود اتخاذ کردند، ایجاد فعالیت های سرگرم کننده برای رسیدن به توجه در طول درس، رفتار دوستانه با دانش آموزان و حفظ کردن نام دانش آموزان و خطاب کردن آنان به نام بود. همچنین آن ها از استراتژی تنبیه رفتار اشتباه و پاداش به رفتار مثبت نیز استفاده کردند. یافته ها همچنین نشان داد که معلمان قبل از خدمت نیاز دارند که به لحاظ جسمی و روحی برای حضور در کلاس آماده گردند. |
| اونال و اونال | 2012 | بررسی تأثیر سابقه ی تدریس معلمان بر سبک مدیریت آنان | یافته ها حاکی از آن است که معلمان با سابقه نسبت به معلمان تازه وارد بیشتر تمایل دارند تا در تعامل با دانش آموزان و در هنگام تصمیم گیری، کنترل کلاس را خود در دست بگیرند. |
| پِنگ | 2012 | بررسی رفتار یادگیری خود تنظیمی در دانشجویان و تاثیر این مقوله بر پیشرفت تحصیلی آنان | نتایج نشان می دهد که برای دانشجویان برخورداری از اعتماد به نفس، ارزش ذاتی و راهبردهای شناختی ارتباط نزدیکی با عملکرد تحصیلی آنان دارد و پیشرفت تحصیلی را برای آنان به ارمغان می آورد. |
| آدیمو | 2012 | ارتباط بین مدیریت کلاس درس موثر و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان | بین مهارت ها و تکنیک های مدیریت کلاس اثربخش معلمان با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در درس فیزیک رابطه ی معنی دار وجود دارد. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| قیاس و احمد | 2012 | بر بررسی اثر سبکهای مدیریت کلاس بر عملکرد دانش آموزان | نتایج نشان داد که معلمان سبکهای مختلفی برای تصمیم گیری اتخاذ می نمایند. اکثر معلمان برای تصمیمات خود از قبل برنامه ریزی می کنند. معلمان فشارهای خارجی برای تصمیم گیری را نمی پذیرند. تعداد کمی از دانش آموزان فرصت می یابند تا درباره مسائل مربوط به کلاس بحث نمایند. عدم تعادل در ارائه برنامه های مشارکتی در کلاس وجود دارد و معلمان ترجیح می دهند کنترل کلاس را خود بر عهده گیرند و دانش آموزان نمی توانند مشکلات خود را با معلمان مطرح نمایند. |
| دیجیگیک و استوجیلکوویک | 2012 | طراحی پروتکلی برای ارزیابی سبکهای مدیریت معلمان بر اساس سه سبک مداخله گر، غیر مداخله گر و تعامل گرا | نتایج نشان داد که مدیریت کلاس یکی از مهمترین فاکتورهای تدریس اثر بخش است و پیدا کردن سبک تدریس خاص و پس از آن تلاش برای بهبود اثر بخشی آن بسیار اهمیت دارد. از این نظر، پروتکل ارائه شده می تواند ابزاری مفید برای روانشناسان، مربیان و مشاوران مدرسه باشد. |
| رحیمی و اسداللهی | 2012 | بررسی جهت گیری مدیریت کلاس معلمان زبان انگلیسی و تاثیر آن بر سبک تدریس آنان | اکثر معلمان با توجه به رویکرد مدیریت کلاس خود، مداخله گرا بودند. علاوه بر این نتایج نشان داد که معلمانی که دارای سبک مدیریت مداخله گرا بودند نسبت به غیرمداخله گرایان از فعالیت های آموزشی بیشتری در کلاس درس خود استفاده می کردند. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| آزوبوئیک | 2012 | مدیریت کلاس درس به عنوان یک استراتژی کنترل برای ترویج کیفیت آموزش | کلاس درس مؤثر می تواند به عنوان یک استراتژی کنترل در ارتقاء کیفیت آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و تمام اجزای محیط مدرسه باید به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر با یکدیگر هماهنگ باشند. |
| کارشکی | 2011 | بررسی رابطه میان برداشت از فعالیت های کلاس درس و یادگیری خود تنظیم | برای افزایش یادگیری خودتنظیم، در نظر گرفتن درک کافی از فعالیت های کلاس درس و دانشگاه ضروری است. |
| دیجیگیک و استوجیلکوویک | 2011 | سبک های مدیریت کلاس درس، کلاس درس آب و هوا و دستیابی به مدرسه | زمانی که معلمان سبک مدیریت کلاسی تعامل گرا را به کار می برند، دانش آموزان پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند و زمانی که معلمان مداخله گر هستند، آنان پیشرفت تحصیلی پایینی دارند. |
| اردوغان و همکاران | 2010 | مدیریت و نظم و انضباط کلاس درس، مشکلات، دلایل و راه حل های آن | محققان به عنوان نتیجه تحلیل، مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس درس را تحت این عناوین گروه بندی کردند: فقدان انگیزه، شکستن روال و قوانین، فقدان زیر ساخت ها، مدیریت زمان کافی، محیط کلاس درس بی اثر و عدم تعامل در کلاس های درس. از طرف دیگر شرکت کنندگان، با این مشکلات به دلایل زیر مرتبط هستند: محل و ساختار دوره در برنامه درسی، محیط کلاس درس، اندازه کلاس درس و عدم وجود سخت افزار، عدم وجود قوانین، محیط خانه و نگرش پدر و مادر، فقدان مهارت های مدیریتی معلمان و نگرش دانش آموزان. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| کایا و دومِز | 2010 | مقایسه روشهای مدیریت کلاس معلمان در اجرا و عدم اجرای رویکرد ساخت گرای آموزش | هنگامی که این دو رویکرد در شرایط کاربردی در تمام ابعاد مدیریت کلاس درس مقایسه شوند، رویکرد ساخت گرای آموزش شامل برنامه های کاربردی بیشتری نسبت به رویکرد یادگیری رفتار است. |
| فوولر و ساراپلی | 2010 | بررسی انتظارات دانشجویان از مدیریت کلاس درس | نتایج نشان داد که مدیریت کلاس درس به همان اندازه که برای معلمان مهم است، برای دانشجویان نیز اهمیت دارد. آن ها معتقدند که این اطلاعات می تواند در راستای کمک به معلمان برای مدیریت کلاس به صورت مؤثرتر مورد استفاده قرار گیرد. |
| چانگ | 2009 | بررسی ارتباط عملکرد تحصیلی دانشجویان و سبک شناختی، فرا شناختی، انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی آنان | نتایج نشان داد که مؤلفه های راهبردهای یادگیری خود تنظیمی با عملکرد تحصیلی همبستگی معنی دار دارد. |
| کایکسی | 2009 | تاثیر مهارت های مدیریت کلاس معلمان مقطع ابتدایی بر رفتار نامطلوب دانش آموزان. | بین ابعاد مهارت های مدیریت کلاس معلمان و بی انضباطی دانش آموزان رابطه وجود دارد. |
| اوریم، گوکسه و انیسا | 2009 | بررسی رابطه بین باورهای معلمان و سبک مدیریت کلاسی آنان با شیوه های تدریس واقعی | سبک های رهبری معلمان در کلاس نقش مهمی در موفقیت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان ایفا می کند و سبک مدیریت معلمان نقش مهمی در درگیری دانش آموزان در کلاس و ایجاد انگیزه در آنان دارد. |
| **محقق/ محققین** | **سال اجرا** | **عنوان** | **نتیجه** |
| لی | 2008 | تاثیر راهبردهای یادگیری خودتنظیمی و رضایت سیستم مورد عملکرد زبان آموزان | راهبردهای یادگیری خود تنظیم، هم بر رضایت یادگیرندگان از نظر آموزشی و هم بر عملکرد تحصیلی آنان تأثیر گذار بوده است و یادگیرندگان محیط های یادگیری یادگیرنده محور در مقایسه با یادگیرندگان محیط های محوطه محور و یا معلم محور از راهبردهای یادگیری خود تنظیم بیشتری برخوردار بوده اند. |
| شارلوت و همکاران | 2008 | فراتحلیلی بر برنامه های آموزش یادگیری خود تنظیمی. | بر اساس فراتحلیل بیش از 30 پژوهش، استفاده از راهبردهای یادگیری خود تنظیمی در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان نقش مؤثری دارد. |
| کانتر، جورجن بایومتر و کولر | 2007 | مدیریت کلاس درس مؤثر و توسعه علاقه به موضوع. | وضوح نقش معلمان و کنترل معلمان به طور مثبت با علاقه ی دانش آموزان در ارتباط است. در واقع ادراک مدیریت کلاس فردی میزان علاقه دانش آموزان را پیش بینی نموده است. |

**منابع فارسی**

* آریا پوران، سعید؛ عزیزی، فرامرز؛ دیناروند، حسن (1392). رابطه سبک مدیریت کلاس معلمان با انگیزش و پیشرفت ریاضی دانش آموزان پنجم ابتدایی*، مجله روانشناسی مدرسه، دوره ی 2، شماره 1*، صص 41-23.
* ابراهیمی قوام آبادی، صغری (1377). *بررسی اثربخشی سه روش آموزش راهبردهای یادگیری ( آموزش دو جانبه، توضیح مستقیم و چرخه افکار) بر درک مطلب، حل مسئله، دانش فراشناخت، خودپنداره ی تحصیلی و سرعت یادگیری در دانش آموزان دختر دوم راهنمایی شهر تهران*، رساله دکترا، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
* احمدی، غلامعلی؛ عبدالمالکی، شوبو (1391). بررسی تاثیر سبک مدیریت مدیران بر میزان مشارکت اولیاء در مدارس راهنمایی دخترانه شهر سنندج. *فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سال ششم، شماره 4*، صص 25-9.
* اشعری، نرگس؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ سودانی، منصور (1389). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری بر عملکرد تحصیلی و یادگیری خودتنظیم دانش آموزان دختر دوره پیش دانشگاهی اهواز، *یافته های نو در روانشناسی، دوره 2، شماره* 3، صص 21-7.
* امیرکبیری، علیرضا (1385). *رویکردهای سازمان و مدیریت و رفتار سازمانی*. تهران: نشر نگاه دانش.
* امین یزدی، سید امیر؛ عالی، آمنه (1387). بررسي تاثير سبک هاي مديريت کلاس بر رشد مهارت هاي فراشناختي دانش آموزان، *مطالعات تربيتي و روان شناسي, دوره 9 , شماره* 1 ، صص 90- 73.
* امینی، شهریار (1387). *بررسی نقش خودکارآمدی، خود تنظیمی و عزت نفس در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دبیرستان، رشته علوم تجربی شهرستان* *شهرکرد.* پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
* باد پروا، ساره (1392). *بررسی رابطه بین مهارتهای مدیران با مدیریت زمان آنان در بین مدیران مدارس راهنمایی و متوسطه شهرستان بافت*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی گرایش مدیریت آموزشی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
* بخشایش، علیرضا (1392). رابطه سبک های مدیریت کلاس با ویژگی های شخصیتی معلمان مدارس ابتدایی شهر یزد. *فصلنامه علمی پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال چهارم، شماره 2،* صص 198-185.
* بخشایش، ع، ر؛ آذرنیاد، ع (1391). رابطه بین سبک رهبری معلمان با رضایت شغلی و سلامت روانی آنان، *فصلنامه روشهای نوین در مدیریت آموزشی، سال سوم، شماره* *9*، صص 82-63.

- بهاری، منوچهر. (1379). مدیریت کلاس*، مجله مدیریت در آموزش و پرورش، شماره 2*، 40 – 37.

* بهرامی، مرضیه؛ کارشکی، حسین (1390). بررسی و مقایسه هوش هیجانی و خودتنظیمی دانشجویان کارشناسی ارشد علوم انسانی و مهندسی، *اولین همایش ملی یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت، دانشگاه فردوسی مشهد*، صص 151-140.
* پاشا شریفی، حسن؛ نجفی زند، جعفر(1384). *روشهای آماری در علوم رفتاری*. تهران: سخن، چاپ سیزدهم.
* تاج الدین، ضیاء (1382). مدیریت کلاس درس*، نشریه تکنولوژی آموزشی، سازمان آموزش و پرورش*، ش 5.
* تجری، اعظم؛ کارشکی، حسین؛ عبدخدایی، محمد سعید (1390). جهتگیری هدفی و خودتنظیمی دانشجویان شهر مشهد: نقش ماهیت تکلیف و جنسیت، *فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره 62*، صص123-105.
* تمنایی فر، محمدرضا؛ گندمی، زینب (1390). رابطه انگیزه پیشرفت با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان، *فصلنامه راهبردهای آموزش، دوره 4، شماره 1*، صص 19-15.
* توکلی زاده، جهانشیر؛ ابراهیمی قوام، صغری؛ فرخی، نورعلی؛ گلزاری، محمود (1390). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر سلامت روانی دانش آموزان پسر سال دوم راهنمایی مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی، سال 13، شماره 3، صص 259- 250.*
* جعفرطباطبایی، سمانه سادات؛ بنی جمالی، شکوه سادات؛ احدی، حسن؛ خامسان، احمد (1391). تاثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر پیشرفت تحصیلی و اضطراب دانشجویان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، *مراقبت های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، 9 (4)،* صص 300-292.

- جعفری ثانی، حسین؛ گراوند، هوشنگ؛ حسینی، علی اکبر؛ سلطانی احمد چالی، یاسر. (1391). نقش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و رضایت از زندگی در پیشرفت تحصیلی. *اولین همایش ملی روانشناسی تربیتی*.

- جمشیدی خسرقی، فریده. (1391). مدیریت کلاس درس، *سایت تبیان*

- جوادی بورا، محمدعلی؛ نازکتبار، حسین (1389). طراحی و تبیین مدل استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات در بین دانشجویان مرکز تربیت معلم شهرستان قائمشهر*. دهمین همایش سالانه انجمن مطالعات برنامه درسی. دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی. تهران*.

* حافظی، فریبا؛ افتخار، زهرا؛ سید نژاد، مرضیه (1390). مقایسه باورهای انگیزشی، راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و ویژگی های شخصیتی دانش آموزان دبیرستان های تیزهوش و عادی شهر اهواز،*مجله یافته های نو در روانشناسی*، صص 140-127.
* حقانی، محمود؛ عزیزی، حبیب؛ رسولی نژاد، عبدالحسین (1389). تاثیر سبکهای مدیریت و ویژگی های شخصیتی مدیران بر بهداشت روانی کارکنان سازمان ها و ادارات دولتی استان تهران. *مجله فراسوی مدیریت، سال چهارم، شماره 13*، صص 187- 163.
* حمیدی، فریده؛ دماوندی، مجید ابراهیم؛ دهنوی، الهام (1391). رابطه هوش فرهنگی و سواد کامپیوتری معلمان با سبک مدیریت کلاسی آنان*. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی. سال سوم، شماره 1،* صص 26- 5.
* حمیدی، فریده؛ قاسمی مدانی، شجاع (1390). [رابطه بین هوش فرهنگی و سبک تصمیم گیری مدیران](http://confbank.um.ac.ir/modules/conf_display/conferences/cse/76_1.pdf)  مدارس راهنمایی استان قزوین ، *اولین همایش ملی علوم شناختی در تعلیم و تربیت.* دانشگاه فردوسی مشهد*.*
* خانی، منیژه؛ باقری، صرفناز؛ دانشیار، شبنم (1392). رابطه راهبردهای یادگیری خود نظم داده شده با نمره فیزیک دانش آموزان سوم متوسطه. *چهاردهمین کنفرانس آموزش فیزیک ایران و چهارمین کنفرانس فیزیک و آزمایشگاه*. تهران، دانشگاه فرهنگیان.
* خرازی، علینقی و کارشکی، حسین. (1388 ). بررسی رابطه مؤلفه های ادراک والدین با راهبردهای یادگیری خود تنظیمی*، مجله تازه های علوم شناختی، سال 11، شماره 1،* 55 – 49.
* خسروی، معصومه؛ حسینی، طیبه؛ طالع پسند، سیاوش؛ اعظمی، سعید. (1390 ). بررسی رابطه راهبردهای شناختی یادگیری خود تنظیمی و خلاقیت با عملکرد تحصیلی. *اولین همایش ملی یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت.* دانشگاه فردوسی مشهد.
* خلخالی، علی؛ سلیمانپور، جواد؛ فردی، معصومه (1389). ارائه مدلی جهت استقرار مدیریت کلاس درس سالم. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن. سال اول، شماره 2،* صص 71- 60.
* خیرخواه، محمد جواد.(1389). الفبای مدیریت کلاس درس *www. Modiryar.com*
* درخشان هوره، خدیجه (1389). یادگیری خود تنظیم*، مجله تکنولوژی آموزشی، شماره 2، دوره بیست و ششم،* صص 29-23.
* دلاور، علی (1387). *روشهای آماری در روان شناسی و علوم تربیتی*. تهران: دانشگاه پیام نور، چاپ چهارم.
* رحمان سرشت، حسین (1384). *راهبردهای مدیریت*، انتشارات فن و هنر، چاپ اول.
* رنجبر، سمیه. (1391). مطالعه عوامل مؤثر بر مدیریت اثر بخش کلاس درس. *نخستین همایش ملی علوم مدیریت نوین.*
* رودباری، مسعود؛ اصل مرز، بهزاد (1389). بررسی پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و عوامل مرتبط با آن در سال تحصیلی 87- 86.. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دوره هفتم، شماره دوم،* صص 152- 147.
* زاهد، عادل؛ رجبی، سعید؛ امیدی، مسعود (1391). مقایسه سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خود تنظیمی در دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی های یادگیری، دوره 1، شماره 2،* 62- 43.
* زمانی، مهدی (1389). اداره کلاس درس: *راهبردهای مدیریت کلاس درس*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
* سبحانی نژاد، مهدی؛ عابدی، احمد (1385). بررسی رابطه راهبردهای یادگیری خودتنظیمی و انگیزش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان با عملکرد تحصیلی آنها در درس ریاضی*، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره 1.*صص 46- 32*.*
* سرمدی، محمدرضا و سیف، حسن (1389). *مدیریت کلاس*. چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
* سکاکی، سیاوش (1390). بررسی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان شاهد و ایثارگر و آزاد استان اردبیل. *مجله نوید شاهد*، صص 21- 13.
* سلیمان نژاد، اکبر؛ حسینی نسب، سید داوود (1391). تاثیر تعاملی آموزش راهبردهای خودتنظیمی و سبک های شناختی دانش آموزان بر عملکرد حل مسئله ریاضی. *دو فصلنامه مطالعات آموزش و یادگیری، سال چهارم، شماره 2،* 115-81..
* سید عباس زاده، میر محمد. (1386). *کلیات مدیریت آموزشی*. ارومیه: انتشارات دانشگاه ارومیه.
* سیف، دیبا (1390). تهیه و اعتباریابی راهبردهای خودتنظیمی ریاضی و رابطه مؤلفه های آن با هوش، هدف گرایی و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان دبیرستانی*. مجله روانشناسی 58، سال پانزدهم، شماره 2،* صص 217-198.
* سیف ، علی اکبر (1392). *روانشناسی پرورشی نوین،* (ویرایش هفتم)، تهران: دوران.
* شعاری نژاد، علی اکبر (1364). *فرهنگ علوم و فناوری*، تهران: انتشارات امیرکبیر.
* صداقت، مریم (1389). *نقش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی در رابطه اهداف ادراکات و گرایش های فکری دانش آموزان با پیشرفت تحصیلی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
* صمدی، پروین؛ رجایی پور، سعید؛ آقاحسینی، تقی؛ قلاوندی، حسن (1387). تبیین جو یادگیری اثربخش بر اساس مؤلفه های مدیریت کلاس درس در مدارس راهنمایی شهر ارومیه*. اندیشه های نوین تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س)، 4 (2و1).* صص 29- 18.
* صمدی، معصومه. (1383). بررسی خود تنظیمی یادگیری دانش آموزان و والدین: مطالعه ی جنسیت و عملکرد تحصیلی، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، 175 – 157 .

- صفاریان طوسی، محمد رضا. (1375). *بررسی رابطه بین راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر سال سوم راهنمایی شهرستان مشهد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

- عالی، آمنه، و امین یزدی، امیر. (1387). تأثیر ویژگیهای معلم بر سبک مدیریت کلاس. *فصلنامه تعلیم و تربیت، شماره 1*، 137 – 103 .

- عبدالهی، ابوطالب (1387). نقش آمادگی ها در مدیریت اثربخش کلاس درس*، نشریه مربیان، شماره 30*، صص 20-15.

- عجم، علی اکبر؛ جعفری ثانی، حسین؛ مهرام، بهروز؛ آهنچیان، محمدرضا (1391). نقش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی ، مهارت رایانه ای و پیشرفت تحصیلی دانشجویان در دیدگاه آنان نسبت به تعامل همزمان و ناهمزمان رویکرد یادگیری ترکیبی*. مجله پژوهش در برنامه ریزی درسی، سال نهم، دوره دوم، شماره 7،* 17-1.

- عرب زاده، مهدی؛ کدیور، پروین؛ کاووسیان، جواد؛ نیکدل، فریبرز (1390). رابطه یادگیری خودگردان و جهت گیری هدف با سبک مدیریت کلاس. *مجله روانشناسی معاصر، 6 (1)،* صص 58-49.

- عرب شهراب، علی؛ ساکی، رضا (1389). [رابطه بین سبکهای مدیریت (مشارکت جو، آمرانه) و میزان استفاده از مشارکت اولیا](http://www.fekreno.org/articlefekreno/arfek466.htm) [در مدارس متوسطه شهرستان ورامین در سال تحصیلی89-88](http://www.fekreno.org/articlefekreno/arfek466.htm) ، *مجله فکر نو، شماره* *12،* صص 14-10.

- عسکری، سمانه (1389). *بررسی رابطه سبک مدیریت مشارکتی مدیران با عملکرد شورای معلمان در مدارس دخترانه دوره ابتدایی شهر تهران سال 89- 88*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.

- عظیمی، محمد؛ پیری، موسی؛ زوار، تقی (1392). رابطه فرسودگی تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی با عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه. *مجله پژوهش در برنامه ریزی درسی، سال دهم، دوره دوم، شماره 11 ( پیاپی 38)*، صص 128-116.

- علی بخشی، سیده زهرا؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ زارع، حسین؛ بهزادی پور، ساره (1390). اثربخشی تحول راهبرد خود نظم دهی بر عملکرد نوشتن دانش آموزان دچار اختلال کمبود توجه بیش فعالی، *فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال 5، شماره 2 (18)،* صص 47-37.

- علی بخشی، سیده زهرا؛ زارع، حسین (1389). اثر بخشی آموزش خود تنظیمی یادگیری و مهارت های مطالعه بر پیشرفت تحصیلی، *فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال 4، شماره 2*، صص 21-15.

- غلامعلی لواسانی، مسعود؛ اژه ای، جواد؛ داودی، مریم (1392). تاثیر آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر مهارت های درگیری تحصیلی و اضطراب امتحان خودتنظیمی. *مجله روانشناسی 66، سال هفدهم، شماره 2*، صص 181- 169.

- فرج اللهی، مهران؛ نجفی، حسین؛ نصرتی هشی، کمال؛ نجفیان، سودابه (1392). رابطه بین سبک های یادگیری و پیشرفت تحصیلی دانشجویان. *مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، دوره 6، شماره 2،* صص 88- 83..

- فیضی، مهدی؛ بشیر، فصیح (1388). بررسی تاثیر سبک های مدیریت مشارکتی و سنتی بر خلاقیت دبیران دبیرستانهای شهر کرمانشاه*، فصلنامه اندیشه های تازه در علوم تربیتی، سال پنجم، شماره اول،* صص 111- 95.

- قرایی مقدم، امان الله (1382). *مبانی جامعه شناسی*. تهران: ابجد.

- قربانی ولیک چالی، خدیجه. (1391). *تأثیر سبکهای یادگیری بر خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان در سال تحصیلی 91-90*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

- کارشکی، حسین. (1387). نقش اهداف پیشرفت در مؤلفه های یادگیری خود تنظیمی. *مجله تازه های علوم شناختی، سال 10، شماره 3، 21 – 13*.

- کارشکی، حسین. (1387). نقش خود تنظیمی در یادگیری غیر رسمی*، اولین همایش آموزش و یادگیری غیر رسمی.*

- کارشکی، حسین؛ عبدخدایی، محمد سعید (1390). جهتگیری هدفی و خودتنظیمی دانشجویان شهر مشهد: نقش ماهیت تکلیف و جنسیت، *فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره 68*، صص 119-103.

- کجباف، محمد باقر؛ مولوی، حسین؛ شیرازی تهرانی، علیرضا (1382). بررسی رابطه باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی با عملکرد تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی. *مجله تازه های علوم شناختی، سال 5، شماره 1، صص 33- 27.*

- کونتر، هارولد و همکاران. *اصول مدیریت*. ترجمه محمد هادی چمران. مؤسسه انتشارات علمی. چاپ سوم، 1380.

- گال، مردیت ؛ بورگ، والتر؛ جویس، گال (1387، ترجمه نصر و دیگران). *روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی،* تهران: انتشارات سمت، چاپ چهارم*.*

- لسانی، محبوبه (1389). *بررسی رابطه بین سبک های مختلف تصمیم گیری مدیران گروه های آموزشی و انگیزه پیشرفت ( نیاز به پیشرفت ) اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید باهنر کرمان.* پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

- لطف آبادی، حسین. (1384). *روانشناسی تربیتی*. تهران: انتشارات سمت.

- محمد امینی، زرار (1387). ررابطه راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و باورهای انگیزشی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، *مجله اندیشه ای نوین تربیتی، دوره 4، شماره 4*، صص 136-123.

- مفاخری، عبدالله؛ معتمدی، عبدالله (1390). بررسي ميزان يادگيري خودتنظيمي در بين حافظان قرآن و غير حافظان قرآن*. مجله روانشناسی و دین، سال چهارم، شماره دوم*، صص 112-99.

- موسوی، ستاره؛ جبل عاملی، جلال؛ علی بخشی، فاطمه. (1391). بررسی رابطه هوش هیجانی و مؤلفه های آن با باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود تنظیمی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان*. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی 10، شماره 3.*

- موسی رمضانی، سونیا (1390). تاثیر آموزش چند رسانه ای و سخنرانی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و خودتنظیمی دانش آموزان از راه دور، *نشریه علمی پژوهشی فناوری آموزش، سال ششم، جلد 6، شماره1*، صص 57- 45.

- مولایی، بهمن. (1390). *تأثیر ویژگیهای معلم بر سبک مدیریت کلاس در مدارس بزینه رود در سال تحصیلی 91-90* . پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تربیت معلم شهید بهشتی زنجان.

- میرکمالی، سید محمد (1378). *روابط انسانی در آموزشگاه*. تهران: نشر سیطرون.

- میلر، دبلیو. آر، و میلر، ماری. (1380). *راهنمای تدریس در دانشگاه ها* ( ترجمه ویدا میری ). تهران: سمت.

- نامداری پژمان، مهدی (1390). تاثیر آموزش روش فراشناختی بر عملکرد دانش آموزان در ابعاد خودتنظیمی، فراشناختی و تحصیلی درس آموزش حرفه و فن. *اولین همایش ملی یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت*. دانشگاه فردوسی مشهد.

- نخستین گلدوست، اصغر؛ معینی کیا، مهدی (1388). رابطه راهبردهای یادگیری خودتنظیم و راهبردهای انگیزش برای یادگیری با عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل*. مجله دانش و پژوهش در علوم تربیتی- برنامه ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره 23*، صص 100- 85..

- نوحی، سیما؛ حسینی، سید مرتضی؛ رخساری زاده، حمید؛ صبوری، امین؛ علیشیری، غلامحسین (1391). بررسی انگیزه پیشرفت و رابطه آن با موفقیت تحصیلی در دانشجویان رشته های پزشکی، پرستاری و خدمات درمانی دانشگاه علوم پزشکی بقيه ا...، *مجله طب نظامی، دوره 14، شماره 3*، صص 204-200.

- یادگارزاده، غلامرضا (1389). مؤلفه های مدیریت یادگیری در کلاس درس*، مجله تکنولوژی آموزشی، شماره 3، دوره بیست و ششم،* صص 42- 38.

**منابع انگلیسی:**

* Adeyemo, S.A. (2012). The relationship between effective classroom management and students academic achievement*. European Journal of Educational Studies, 4(3)*, 367- 381.
* Aghahosayni, Taghi. (2008). Theoretical necessity and importance of classroom management. *Osveh, 27*, 37-41.
* Aho, E., Haverinen, H.L., Juuso, H., Laukka, S.J., & Sutinen, A. (2010). Teachers’ principles of decision-making and classroom management; a case study and a new observation method. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 395–402.
* Aliakbari, Mohammad ., Darabi, Rahil (2013). On the relationship between efficacy of classroom management, transformational leadership styles and teachers personality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, volume 93,* 1716- 1721.
* Aoman, C. (2006). *The effect of the use if self- regulation learning strategies on college students performance and satisfaction in physical education,* A thesis subouchamitted in partial fulfillment of the requirements of degree doctor of education.
* Arshad Dahar, MA., Ahmed Faize., Niwaz, A., Athar Hussain, M. & Zaman, A. (2010). Relationship between the leadership styles and academic achievement at the secondary stage in Panjab ( Pakistan). *International Journal of academic research, 2(6)*, 459-462.
* Azubuike P. Idu (2012). Classroom Management as a Control Strategy for Promoting Quality Education in Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences. Vol 3 (16).* 174- 179.
* Baumrind D (1971). ["Principles of Ethical Conduct in the Treatment of Subjects: Reaction to the Draft Report of the Committee on Ethical Standards in Psychological Research"](http://psycnet.apa.org/journals/amp/26/10/887.pdf). *American Psychologist 26 (10)*: 887–896.
* Bembenutty, Hefer (2008). Self- Regulation of learning and academic delay of gratification: Gender and ethnic differences among college students, *Journal of Advanced Academics, v 18, n 4,* 586- 616.
* Busato, V.V. Prins, F. J. Elshout, J. J. & Hamaker, C. (2000). Intellectual ability, learning style, personality, achievement motivation and academic success of psychology students in higher education. *Personality and Individual Differences*, *29,* 1057-1068.
* Celo, Evis., Dumi, Alba (2013). The relationship role of teacher and re- dimensioning of knowledge. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 75.* 62- 70.
* Chang, C, Y, (1991). A study of the relationship between college students academic performance and cognitive style, metacognition, motivational and self regulated factors, *Educational Psychology, 24*, 145- 161.
* Chang CY. (2009). A study of the relationship between college students academic performance and their cognitive style, Metacognition and self regulated factors. *Journal of Educational Psychology*, *24*: 145-161.
* Cheng, Y. C. (2009). Teacher management and educational reforms: Paradigm shifts. *Hong Kong Institute of Education, Volume 3, Issue 3*, pp 155- 171.
* Cole, J., Logan, T. K., Walker, R. (2011).Social exclusion, personal control, self- regulation and stress among substance abuse treatment clients*. Drug and Alcohol Dependence, 113*, 13- 20.
* Cooper, T. C. (2001). Foreign language teaching style and personality. *Foreign language Annals, 34*, 301- 316.
* Cummings, Carol. (2000). *Winning Strategies for Classroom Management. Association for Supervision and Curriculum Development*. Alexandria, Virginia USA.
* Davis, L. (2001). Emotional Intelligence: An Essential Component of Education, Educational Materials: Dedicated to helping Children Thrive. [*http://www.Kellybear.com*](http://www.Kellybear.com)
* Djigic, G. & Stojiljkovic, S .(2011). Classroom management styles, classroom climate and school achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *29(1),* 819 – 828.
* Djigic, Godana., Stojiljkovic, Snezana (2012). Protocol for classroom management styles assessment designing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 45,* 65-74.
* Emmer, E., & Aussiker, A. (1990). *School and classroom discipline programs: How well do they work? In O. C Moles (Ed.), Student discipline strategies: Research and practice.* (pp. 129- 166). Albany, NY: SUNY Press.
* Emmer, E. T. & Stough, L. M (2001). Classroom management: A Critical Part of Educational Psychology with Implications for Teacher Education, *Educational Psychologist*. *36,* 103- 112.
* Erdogan, Mehmet., Kursun, Engin., Tan Sisman, Gulcin., Saltan, FatihGok, Ali., Yildiz, Ismail. (2010). A Qualitative Study on Classroom Management and Classroom Discipline Problems, Reasons, and Solutions: A Case of Information Technologies Class. *Educational Sciences: Theory & Practice, 10 (2).* 881-891.
* Evertson, C. M. & C. H. Randolph (1995). *“ Classroom Management in the Learning- Centered Classroom”, In A. C. Ornstein (Ed),* *Teaching: Theory into practice*, Boston: Allyn and Bacon.
* Eveyik-.Aydın, E., Kurt, G., & Mede, E (2009), Exploring the Relationship between Teacher Beliefs and Styles on Classroom Management in Relation to Actual Teaching Practices, [*Procedia-Social and Behavioral Sciences*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770428)*, 1(1)*, 612-17.
* Evrim, EA., Gokce, K.& Enisa, M. (2009). Exploring the relationship between teacher beliefs and styles on classroom management in relation to actual teaching practices: a case study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. *1(1),* 612- 617.
* Ferreira, A., Jacobs, L., Coetzee-Manning, D., & Wet, C.de (2009), Discipline in Lesotho schools: Educator Strategies, *Acta Academica, 41(4),* 159-194.
* Findley, MJ., Cooper, HM. (1983). Locus of control and academic achievement: a literature review. *Journal of personality and Social Psychology. 44*: 419- 427.
* Frederickson, B.L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: the broadening- and- build theory of positive emotion. *American Psychology, 56*, 218- 226.
* Fricke, Katterina; Van Ackeren, Isabell; Kauertz, Alexander; Fisher, Hans E. (2012). Students Perceptions of their Teachers Classroom Management in Elementary and Secondary Science Lessons and the Impact on Student Achievement. *Advances in Learning Environments Research*, *volume 3*, pp 167-185.
* Fowler, Jeana ., Sarapli, Onur (2010). Classroom management: what ELT students expect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* *3*, 94-97.
* Furnham, A. Chamorro – Premuzic, T. & Mc Dougall, F. (2003). Personality, cognitive ability, and beliefs about intelligence as predictors of academic performance*. Learning and Individual Differences, 14*, 49-66.
* Gage, N. L., and Berliner, D. C. (1992), *Educational Psychology*, New York: Mc Grew Hill.
* Gencer, A.S., Cakiroglub, J (2007), Turkish Preservice Science Teachers’ Efﬁcacy Beliefs Regarding Science Teaching and Their Beliefs about Classroom Management, *Teaching and Teacher Education, 23(5),* 664–675.
* Gerber, C, (2004). The relationship between emotional intelligence & success in school for a sample of eighth-grade students, Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences & Engineering*, *65* (6-B), 3210.
* Germine, Youssef. (2002). An Investigation into the Influence of Teachers Classroom Management Beliefs and Practices on Classroom Procedures. [www.aare.edu.au/03pap/you03353.pdf](http://www.aare.edu.au/03pap/you03353.pdf).
* Ghias, Fouziah. & Ahmed, Aijaz ( 2012). A study of the effect of management styles on performance of students at secondary level in sargodha. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*46. 2527-2523.
* Gholamali Lavasani, Masoud., Hejazi, Elahe., Yazdani Varzaneh, Javad. (2011). The predicting model of math anxiety: The role of classroom goal structure, self – regulation and math self – efficacy. *Procedia Social and Behavioral Science. 15*, 557-562.
* Glickman, C., & Tamashiro, R (1990), Clarifying Teachers’Beliefs about Discipline*, Educational Leadership, 37(6),* 459–464.
* Green, J. A., & Azevedo, R. (2007). A theoretical review of Winne and Hadwin’s model of self-regulated learning: New perspectives and directions. *Review of Educational Research, 77*, 334-372.
* Graham, S., & Harris, K. R. (2005). *Writing better. Effective strategies for teaching students with learning difficulties.* Baltimore: Paul. H. Brooks Publishing Co.
* Hagevik, R. A. (2003). The Impact of Electronic Networking on Student Interactions during an Ant Bio monitoring Problem Solving Science Investigation. Meridian*: A Middle School Computer Technologies Journal a service of NC State University, Raleigh, NC.(6)1*.
* HolmbergT M. B. (1985). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen- years old population: 5 prognostic factors. *Acta Psychiatr Scand. 71(3):* 207- 210.
* Hoy, W. K. (2001). The pupil control studies: Historical, theoretical and empirical analysis. *Journal of educational administration, 39,* 424- 441*.*
* Jeanpierre, B.J (2004), Two Urban Elementary Science Classrooms: The Interplay between Student Interactions and Classroom Management Practices, *Journal Education, 124(4),* 664-676.
* Johnson, Bethany C., Dilillo, David., Garbin, Calvin P (2010). *Teaching Handbook of Clinical Psychology Competencies*. pp, 573- 608.
* Kareshki, Hossein (2011). Relations among perceptions of classroom activities and self- regulating learning. *Procedia- Social and Behavioral Sciences 12*. 409- 413.
* Kaya, Ahmet,. Donmez, Burhanettin. (2010). A comparison of the classroom management approaches of the teachers implementing “Constructivist Learning Approach” and not implementing this approach. *Procedia Social and Behavioral Sciences. 2*, 1820–1824.
* Kaykci , K. (2009). The effect of classroom management skills of elementary school teachers on undesirable discipline behavior of students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. *1(1),* 1215- 1225.
* Kharrazi, Alinaghi. & kareshki, hossein (2010). Environmental perceptions, motivational beliefs and self-regulating learning by Iranian high school students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 5.* 2164-2160*.*
* Konti, Feray (2011). Teachers and students perceptions towards teachers classroom management applications in primary schools. *Procedia- Social and Behavioral Sciences 15*. 4093- 4097.
* Kunter, M., Jürgen Baumert, J. & Köller, O. (2007). Effective classroom management and the development of subject- related interest. *Learning and Instruction*, *17(5).* 494- 509.
* Laut, J (1999), Classroom Management: Beliefs of Preservice Teachers and Classroom Teachers Concerning Classroom Management Styles, *ERIC Document Reproduction, Service No, ED 445815.*
* Lazin, R., Neumann, L. (1991). Student characteristics as predictors of drop – out from medical school: admission to *Beer- sheva over a decade. Med Educ 25(5)*: 390- 404.
* Lee, J.K. (2008). The effects of self – regulated learning strategies and system satisfaction regarding learners performance. *Information and Management*. *40*. Pp. 133-140.
* Lemos SL. (2000). Students goals and self – regulation in the classroom. *International Journal of Educational Research*, *37*: 471- 485.
* Lewis, Ramon. (1999). Teachers coping with the stress of classroom discipline. *Social Psychology of Education*, *Volume3, Issue 3*, pp 155-171.
* Lewis, Ramon. (2009). *Understanding pupil behaviour: classroom management techniques for teachers*, Routledge, New York, NY 10016.
* Lin Hsiao, JYD. (2011). *The impact of reflective facilitation on middle school students self- regulated learning and their academic achievement in a computer- supported collaborative learning environment*. PHD dissertation. The university of Texas at Astin.
* Iordanoglou, D.(2007). The teacher as leader: the relationship between emotional intelligence leadership effectiveness, commitment and satisfaction. *Journal of Leadership Studies, 1, 3*, 57–66.
* Martin, N.K., & Baldwine, B (1992), Beliefs Regarding Classroom management Style: the Differences between Pre- Service and Experienced Teachers*, ERIC Identifier: ED 355213:3*
* Martin, N.K., & Baldwine, B (1993), Validation of an Inventory of Classroom Management Style: Differences between Novice and Experienced Teachers, *ERIC Identifier, ED 359 240*.
* Martin, N.K., & Baldwine, B (1996), Perspectives Regarding Classroom Management Style: Differences between Elementary and Secondary Level Teachers, *ERIC Identifier, ED 393 835*.
* Martin, N.K., & Shoho, A.R (1999), Beliefs Regarding Classroom Management Style: the Differences between Traditional and Alternative Certification Teachers, *ERIC Document Reproduction, ED: 432544.*
* Martin, N., & Shoho, A.R (2000), Teacher Experience, Training & Age: The Influence of Teacher Characteristics on Classroom Management Style*, ERIC Document Reproduction, ED 440 963.*
* Martin, N.K., Sass, D.A (2010), Construct validation of the Behavior and Instructional Management Scale, *Teaching and Teacher Education, 26(5),* 1-12.
* Martin, N.K., Yin, Z (1999), Beliefs Regarding Classroom management Style: the Differences between Rural and Urban Secendaey Level Teachers, *Journal of Research in Rural Education, 15(2)*, 101-105.
* Martin, N.K., Yin, Z., & Baldwine, B (1997), Attitudes and Beliefs Regarding Classroom Management Style: Differences between Male and Female Teachers, *ERIC Identifier, ED 404 738.*
* Martin, N.K., Yin, Z., & Baldwine, B (1998), Classroom Management Training, Class size and Graduate Study*, ERIC Identifier, ED 420671*.
* Martin, N. K., Yin, Z., & Mayall, H. (2007). The Attitudes & Beliefs on Classroom Control Inventory-Revised and Revisited: A Continuation of Construct Validation. *Journal of Classroom Interaction*, *42(2),* 11e20.
* Marzano, R. J. (2003). Classroom Management that Works: Research-Based Strategies for Every Teacher. Alexandria, VA, USA. Association for Supervision & Curriculum Development.

[*http://site.ebrary.com/lib/akdeniz/Doc*](http://site.ebrary.com/lib/akdeniz/Doc)*.*

* Mcleod, Joyce,. Fisher, Jan,. Hoover, Ginny. (2003). *The Key Elements of Classroom Management. Association for Supervision and Curriculum Development*. Alexandria, Virginia USA.

Millei, Z.J (2005),The Discourse of Control: Disruption and Foucault in an Early Childhood Classroom, *Contemporary Issues in Early Childhood, 6(2),* 128-139.

* Millei, Z (2007), Controlling or guiding students –What‟s the Difference? A Critique of pproaches to Classroom Discipline NZARE and AARE Conference*, http://www.aare.edu.au/07pap/code07.htm#M - mil07410.pdf.*
* Mitchell, Mary M ., Bradshaw, Catherine P (2013). Examined classroom influences on student perceptions of school climate: The role of classroom management and exclusionary discipline strategies. *Journal of School Psychology, volume 51, Issue 5*, 599-610.
* Morgan, James R., Slough, Scott W. (2013). Classroom management consideration. STEM Project- Based Learning: *An Integrated Science, Technology, Engineering, and Mathematics (STEM) Approach*.
* Motie, Hoora., Heidari, Mahmood., Sadeghi, Mansoureh Alsadat (2012). Predicting Academic Procrastination during self- regulated learning in Iranian first grade high school students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 69*, 2299- 2308.
* Nami, Yaghoob., Enayati, Taraneh., Ashouri, Maral. (2012). The relationship between self- regulation approaches and learning approaches in English writing tasks on English foreign language students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 47*, 614- 618.
* Navidi, A (2004). A survey main common and private variables prior academic work, self- esteem academic and intelligence at prospect student development academic*. Q Educ*. 76- 97.
* Newbel, M. (2003). *Learning and teaching support*, Melborn College Press.
* Nikos Mousoulides & George Pilippou, (2005). Students motivational beliefs, self- regulation strategies use, and mathematics achievement. *Group for the Psychology of Mathematics Education, Vol. 3*, pp. 321- 328. Melbourne: PME.
* Ngang, Tang Keow (2012). A comparative study on teacher leadership in special education classroom between China and Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* *31*. 231- 235.
* Nota, L. Soresi, S. & Zimmerman, B. J. (2004). Self – regulation and academic achievement and resilience: A longitudinal study*. International Journal of Educational Research*, *41*, 198-215.
* Opdenakker, M. C, & Van Damme, J. (2004). Effects of schools, teaching staff and classes on achievement and wellbeing in secondary education: Similarities and differences between school outcomes. *School Effectiveness and School Improvement, 11*, 165–196.
* Ozbena, U (2010), Teachers’ Strategies to Cope with Student Misbehavior, *Social and Behavioral Sciences, 2 (2),* 587- 594.
* Pakdaman Savoji, Azar., Niusha, Beheshteh., Boreiri, Leila (2013). Relationship between epistemological beliefs, self- regulated learning strategies and academic achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* *84*. 1160- 1165.
* Peng, Cuixin (2012). Self regulated behavior of college students of science and their academic achievement. *Physics Procedia 33*. 1446- 1450.
* Pintrich, P. R. (2000). *The role of goal orientation in self-regulated learning. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.),* Handbook of self-regulation(pp. 451-502). San Diego: Academic Press.
* Pintrich, PR. (2002). A conceptual framework for assessing motivation and self – regulating learning in college students.*Journal of Educational* *Psychology Review*, *16*: 385 – 407.
* Pintrich,P.R, & De Groot,E (1990).Motivational and self-regulated learning Components of classroom academic Performance .*Journal of educational Psychology*.p13.
* Pintrich, P.R. & Schunk, D. H. (2002). *Motivation in education* (2nd ed). Upper Saddle River. NJ: Pearson Education.
* Polat, Soner,. Akdag, Murat,. Kaya, Sibel (2013). Investigating Pre-service Taechers’ Beliefs about Classroom Discipline. *Educational Sciences: Theory & Practice* - *13(2*). 885-890.
* Radosevich, D.J., Vaidyanathan, V.T., Yeo, SH- y., and Radosevich, D. M. (2004). Relating goal orientation to self- regulatory processes*: A longitudinal field test. Contemporary Educational Psychology, 29*, 207- 229.
* Rahimi, Mehrak., Asadollahi, Fatemeh( 2012). On the relationship between Iiranian EFL teachers classroom management orientations and teaching style. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 31*. 49- 55.
* Rahimi, Mehrak., Hosseini K, Fatemeh (2012). EFL teachers classroom strategies: The students perspective*. Procedia- Social and Behavioral Sciences 31*. 309- 314.
* Richmond, C (2009), Behaviour Management: A Minimalist Approach, [*www.minedu.govt.nz*](http://www.minedu.govt.nz)
* Ritter, [J.T.,](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=RedirectURL&_method=outwardLink&_partnerName=27983&_origin=article&_zone=art_page&_linkType=scopusAuthorDocuments&_targetURL=http%3A%2F%2Fwww.scopus.com%2Fscopus%2Finward%2Fauthor.url%3FpartnerID%3D10%26rel%3D3.0.0%26sortField%3Dcited%26sortOrder%3Dasc%26author%3DRitter,%2520Janice%2520Toterhi%26authorID%3D17135941300%26md5%3Dc0e98467419a0eee7b338007627bbc54&_acct=C000056678&_version=1&_userid=2231777&md5=1ade2567589e803751fdd87292d32996) & Hancock, [D.R](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=RedirectURL&_method=outwardLink&_partnerName=27983&_origin=article&_zone=art_page&_linkType=scopusAuthorDocuments&_targetURL=http%3A%2F%2Fwww.scopus.com%2Fscopus%2Finward%2Fauthor.url%3FpartnerID%3D10%26rel%3D3.0.0%26sortField%3Dcited%26sortOrder%3Dasc%26author%3DHancock,%2520Dawson%2520R.%26authorID%3D7102173613%26md5%3D817bd1bb30e8ba4b017f71e020def366&_acct=C000056678&_version=1&_userid=2231777&md5=fb654e25d5d95b66e7a402253b9b707e) (2007), [Exploring the Relationship between Certification Sources, Experience Levels, and Classroom Management Orientations of Classroom Teachers](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VD8-4K9C6JC-1&_user=2231777&_coverDate=10%2F31%2F2007&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=article&_origin=article&_zone=related_art_hover&_cdi=5976&_sort=v&_docanchor=&view=c&_ct=115&_acct=C000056678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2231777&md5=4f588566c7daef462b6439406ba878b1&searchtype=a). *Teaching and Teacher Education, 23(7),* 1206-1216.
* Rowa, J., Stowart, R. and Paterson, R. (2009), Self regulation learning in high school. *Educational Psychology, Vol. 25*, pp. 57- 81.
* Sanadgol, Marzie.(2011*). A Quantitative and Qualitative Study of Moral Development of students in The Descriptive Evaluation design: Effect of Discipline Styles of Teachers*. The Dissertation of M.A. in Educational Administration, university of sistan & balouchestan.
* Schunk, D. H. (1996). Self-regulation of self-efficacy and attributions in academic setting. In D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (Eds), *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications*. 75-100. Hillsdale.
* Schunck, p. H. (2002). *Self belief and school success*, London: Academic Press.
* Soleiman Nejad, A., Saharan, M. (2002). A correlation control step and self – regulatory with advance academic. *J Psychol Edu Sci, 31(2):* 175- 198.
* Stewart, J.E (2008), Locus of Control and Self-Attribution as Mediators of Hazardous Attitudes among Aviators: A Review and Suggested Applications, *International Journal of Applied Aviation Studies, 8(2),* 263-280.
* StudenskaT Anna (2011). Educational level, gender and foreign language learning self regulation difficulty*. Procedia- Social and Behavioral Sciences 29.* 1349- 1358.
* Sueb , Rosilawati (2013). Pre-service teachers classroom management in secondary school: managing for success teaching and learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 90, 670- 676.
* Tal, C. (2010). Case studies to deepen understanding and enhance classroom management skills in preschool teacher training*. Early Childhood Edue Journal, 38*, 143-152.
* Tavakolizadeh, J., Ebrahimi- Qavam, S., Farrokhi, N.A, and Golzari, M (2011). The effectuality of teaching of self- regulated learning strategies on mental health in students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences 29.* 1105- 1114.
* Tavakolizadeh, Jahanshir., Yadollahi, Hassan., Poorshafeie, Hadi (2012). The role of self regulated learningstrategies in psychological well being condition of students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 69. 807- 815.
* Unal, Zafer., Unal, Aslihan. (2012). The impact of years of teaching experience on the classroom management approaches of elementary achool teavhers. *International Journal of Instruction.Vol.5, No.2*. 41- 60.
* Weinstein, C., Mayer, R. (1986*). The teaching of learning strategies. In, M. Withorck (Ed), Handbook of research on teaching*. New York: MC Millan.
* Wening,J,C.(2004).Classroom Management, ISU Physics Teacher Education Program, *Journal of Educational Research,84(1),*30-43.
* Winne P. H. (2003). Inherent details in self – regulated learning, *Educational Psychology, 30*, 173- 187.
* Wolfgang, C. H., & Glickman, C. D. (1986*). Solving discipline problems: Strategies for classroom teachers* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
* Yavuz, M (2009), An Investigation of Burn-out Levels of Teachers Working in Elementary and Secondary Educational Institutions and their Tttitudes to Classroom management*, Educational Research and Reviews, 4(12),* 642-649.
* Yilmaz, K (2009), Pre-Service Secondary Science and Mathematics Teachers’ Classroom Management Styles in Turkey. *Asia-Pacific Forum on Science Learning and Teaching, 10(2)*, 1-6.
* Zakerman June, T. (2000). Student Science Teacher Account of a Well- remembered Event about Classroom Management. *ERIC Identifier: ED 438283.*
* Zimmerman, B. J. (1995). Self – regulation involves more than metacognition: A social cognitive perspective*. Educational Psychologist, 30*, 217-221.
* Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich,& Moshe Zeidner (Eds.),* *Handbook of self-regulation* (pp.13–39). New York: Academic Press.
* Zimmerman, Barry J., Bonner, Sebastian., Kovach, Robert. (1996)*. Developing self – regulated learners: Beyond achievement to self – efficacy*. American Psychologist Association, Washington.
* Zimmerman, B. J. & Martinez – Pons, M. (1986). Development of a structured interview for assessing student use of self – regulated learning strategies. *American Educational Research Journal*, *23*, 614-623.
* Zimmerman, B. J. & Martinez – Ponz, M. (1988). Construct validation of a strategy model of student self – regulated learning. *Journal of Educational Psychology*, *80*, 284-290.
* Zimmerman, B.J., & Martinez- Ponz, M. (1990). Student differences in self- regulated learning: Relation grade, sex, and giftedness to self- efficacy and strategy use. *Journal of Educational Psychology 80*, 51- 59.
* Zimmerman, B. J. & Schunk, D. H. (Eds). (2001). *Self – regulated learning and academic achievement.* Mahwah, NJ: Erbhaum
* Zimmerman, B. J. & Schunk, D. H. (2004). *Self – regulating intellectual processes and outcomes: A social cognitive perspective.* (143-174), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
* Zito, J. R., Adkins, M., Gavins, M., Harris, K. R., & Graham, S. (2007). Self-regulated strategy development: relationship to the social-cognitive perspective and the development of self-regulation. *Reading & Writing Quarterly. 23*: 77-95.

1. - Anastazy [↑](#footnote-ref-1)
2. - Marns [↑](#footnote-ref-2)
3. - Baroun [↑](#footnote-ref-3)
4. - Kobasa [↑](#footnote-ref-4)
5. - commitment [↑](#footnote-ref-5)
6. - control [↑](#footnote-ref-6)
7. - challenge [↑](#footnote-ref-7)
8. - *Kubasa* [↑](#footnote-ref-8)
9. - Williams [↑](#footnote-ref-9)
10. - Rutter [↑](#footnote-ref-10)
11. - Schultz & Schultz [↑](#footnote-ref-11)
12. - Brown [↑](#footnote-ref-12)
13. - *Walston* & *Walston* [↑](#footnote-ref-13)
14. -Malcarren & Hamilton [↑](#footnote-ref-14)
15. - Banyard & Grayson [↑](#footnote-ref-15)
16. -Elliott [↑](#footnote-ref-16)
17. - Trief [↑](#footnote-ref-17)
18. - Matheny & Cupp [↑](#footnote-ref-18)
19. -Averill [↑](#footnote-ref-19)
20. - behavioral control [↑](#footnote-ref-20)
21. - cognitive control [↑](#footnote-ref-21)
22. - decisional control [↑](#footnote-ref-22)
23. - informational control [↑](#footnote-ref-23)
24. - internal locua of control [↑](#footnote-ref-24)
25. - I- E Scale [↑](#footnote-ref-25)
26. - Self- efficacy [↑](#footnote-ref-26)
27. -Reesei [↑](#footnote-ref-27)
28. - Schunk & Carbonari [↑](#footnote-ref-28)
29. -Harter [↑](#footnote-ref-29)
30. - Woodward [↑](#footnote-ref-30)
31. - Langer [↑](#footnote-ref-31)
32. - illusion of control [↑](#footnote-ref-32)
33. - Dweck & Elliott [↑](#footnote-ref-33)
34. - Lundin [↑](#footnote-ref-34)
35. - Learned helplessness [↑](#footnote-ref-35)
36. - Donald Hiroto [↑](#footnote-ref-36)
37. - attribution [↑](#footnote-ref-37)
38. - internal- external [↑](#footnote-ref-38)
39. - stable- unstable [↑](#footnote-ref-39)
40. - global - specific [↑](#footnote-ref-40)
41. -Kamen [↑](#footnote-ref-41)
42. - Aiello [↑](#footnote-ref-42)
43. -Calesnick [↑](#footnote-ref-43)
44. - Repucci [↑](#footnote-ref-44)
45. - Enna [↑](#footnote-ref-45)
46. - Multidimensional Health Locus of Control Scales [↑](#footnote-ref-46)
47. - Internal health locus of control [↑](#footnote-ref-47)
48. - Powerful others health locus of control [↑](#footnote-ref-48)
49. - Lin [↑](#footnote-ref-49)
50. - Devins [↑](#footnote-ref-50)
51. - Marks , Richardson, Graham, & Levine [↑](#footnote-ref-51)
52. - Taylor , Lichtman, & Wood [↑](#footnote-ref-52)
53. - Atkins [↑](#footnote-ref-53)
54. - Reinsch [↑](#footnote-ref-54)
55. -Johansen [↑](#footnote-ref-55)
56. - Pierini&Stuifbergen [↑](#footnote-ref-56)
57. - pps: وضعیتی است که مبتلایان به پولیومیلیت، 10 تا 40 سال پس از رهائی از حمله فلجی اولیه (ناشی ازویروس وحشی پولیومیلیت) به آن مبتلا می‌شوند. در این سندرم همه عضلاتی که در حمله اولیه دچار فلجی شده بودند درگیر می‌شوند. [↑](#footnote-ref-57)
58. - Thies [↑](#footnote-ref-58)
59. -Oupuchlik [↑](#footnote-ref-59)
60. -Mehta [↑](#footnote-ref-60)
61. -Dorstyn [↑](#footnote-ref-61)
62. - Duchnick [↑](#footnote-ref-62)
63. - Martinus, Corban, Wackerhang, Atkins & Singh [↑](#footnote-ref-63)
64. -Surwit [↑](#footnote-ref-64)
65. -Powers [↑](#footnote-ref-65)
66. - Sevincok [↑](#footnote-ref-66)
67. -Mooy [↑](#footnote-ref-67)
68. -Norberg [↑](#footnote-ref-68)
69. -Anderson [↑](#footnote-ref-69)
70. -Talbot [↑](#footnote-ref-70)
71. -Sternadow [↑](#footnote-ref-71)
72. - Shaw [↑](#footnote-ref-72)
73. -Macgrad [↑](#footnote-ref-73)
74. -Maes [↑](#footnote-ref-74)
75. -Adler [↑](#footnote-ref-75)
76. - Overholser [↑](#footnote-ref-76)
77. - Catalano [↑](#footnote-ref-77)
78. -White [↑](#footnote-ref-78)
79. -White [↑](#footnote-ref-79)
80. - Vered [↑](#footnote-ref-80)
81. - *Maicher* [↑](#footnote-ref-81)
82. -Tailor [↑](#footnote-ref-82)
83. - Sorlie, Sexton, Busund & Sorlie [↑](#footnote-ref-83)
84. -Moser & Dracup [↑](#footnote-ref-84)
85. -Strickland &Bonnie. [↑](#footnote-ref-85)
86. Findly&Copper - [↑](#footnote-ref-86)
87. -Linter&Duccetti [↑](#footnote-ref-87)
88. -بيماري مولتيپل اسكلروزيس يك بيماري درگير كننده سيستم عصبي با منشا ايمونولوژيك است كه افزايش پاسخ‌دهي به پروتئين‌هاي ميلين باعث بروز حملات و علائم بيماري مي‌گردد. [↑](#footnote-ref-88)
89. 1.Depression [↑](#footnote-ref-89)
90. 2.Loo & Loo [↑](#footnote-ref-90)
91. 3.Black burn & Cottraux [↑](#footnote-ref-91)
92. 4.Lafon [↑](#footnote-ref-92)
93. 1.Huber [↑](#footnote-ref-93)
94. 1.Carr [↑](#footnote-ref-94)
95. 2.Karl Abraham [↑](#footnote-ref-95)
96. 1.Ego [↑](#footnote-ref-96)
97. 2.Self [↑](#footnote-ref-97)
98. 3.Rado [↑](#footnote-ref-98)
99. 4.Fenichel [↑](#footnote-ref-99)
100. 5.Arity & Bemporad [↑](#footnote-ref-100)
101. 1.Edward Bibring [↑](#footnote-ref-101)
102. 2.M.Klein [↑](#footnote-ref-102)
103. 3.Silvano Arieti [↑](#footnote-ref-103)
104. 4.Dominant other [↑](#footnote-ref-104)
105. 5.­Framo [↑](#footnote-ref-105)
106. 1.Sharf [↑](#footnote-ref-106)
107. 2.Mayer [↑](#footnote-ref-107)
108. 3.Martin seligman [↑](#footnote-ref-108)
109. 1.Asarnow [↑](#footnote-ref-109)
110. 2.Jaycox [↑](#footnote-ref-110)
111. 3.Tompson [↑](#footnote-ref-111)
112. 1.Rozensky [↑](#footnote-ref-112)
113. 2.Lobitz & Post [↑](#footnote-ref-113)
114. 1.Interpersonal Psychotherapy [↑](#footnote-ref-114)
115. 2.Assertiveness [↑](#footnote-ref-115)
116. 1.Irrational belief [↑](#footnote-ref-116)
117. 2.Behavioral activation [↑](#footnote-ref-117)
118. 1.Specific phobia [↑](#footnote-ref-118)
119. 2.Generalized anxiety disorder [↑](#footnote-ref-119)
120. 3.Obsessive -compulsive disorder [↑](#footnote-ref-120)
121. 4.Posttraumatic stress disorder [↑](#footnote-ref-121)
122. 5.Sociial anxiety disorder [↑](#footnote-ref-122)
123. 6.Panic attack [↑](#footnote-ref-123)
124. 1.Woody [↑](#footnote-ref-124)
125. 2.Rodriguez [↑](#footnote-ref-125)
126. 3.Herisch [↑](#footnote-ref-126)
127. 1.George Kelly [↑](#footnote-ref-127)
128. 1.Cousineau [↑](#footnote-ref-128)
129. 2.Delattre [↑](#footnote-ref-129)
130. 3.Reinecke & Simons [↑](#footnote-ref-130)
131. 4.Nordhal [↑](#footnote-ref-131)
132. 5.Hollte [↑](#footnote-ref-132)
133. 6.Haugum [↑](#footnote-ref-133)
134. 7.Tavlor [↑](#footnote-ref-134)
135. 1.Calvete et al [↑](#footnote-ref-135)
136. 2.Stopa & Waters [↑](#footnote-ref-136)
137. 3.Jonathan Evans [↑](#footnote-ref-137)
138. 4.John Heron [↑](#footnote-ref-138)
139. 5.Glyn lewis [↑](#footnote-ref-139)
140. 6.Ricardo Arava [↑](#footnote-ref-140)
141. 1.Donghyuck [↑](#footnote-ref-141)
142. 2.Perfectionism [↑](#footnote-ref-142)
143. 3.Oie & Baranoff [↑](#footnote-ref-143)
144. 1. Dutra & et al [↑](#footnote-ref-144)
145. 2.Florin Sava [↑](#footnote-ref-145)
146. 3.Jens c.Thimm [↑](#footnote-ref-146)
147. 1.Halvorsen [↑](#footnote-ref-147)
148. 2. Kose [↑](#footnote-ref-148)
149. 1.Hill [↑](#footnote-ref-149)
150. 2.Green [↑](#footnote-ref-150)
151. 3.Arnau [↑](#footnote-ref-151)
152. 4.Simore [↑](#footnote-ref-152)
153. 5.Myer [↑](#footnote-ref-153)
154. 6.Rijkeboer [↑](#footnote-ref-154)
155. 7.Boo [↑](#footnote-ref-155)
156. 8.Csorba [↑](#footnote-ref-156)
157. - Holmberg [↑](#footnote-ref-157)
158. - Lazin [↑](#footnote-ref-158)
159. - Neumann

     [↑](#footnote-ref-159)
160. - Polat [↑](#footnote-ref-160)
161. - Mitchell [↑](#footnote-ref-161)
162. - Bradshaw [↑](#footnote-ref-162)
163. - Sueb [↑](#footnote-ref-163)
164. - Unal, Zafer [↑](#footnote-ref-164)
165. - Unal, Aslihan [↑](#footnote-ref-165)
166. - Adeyemo [↑](#footnote-ref-166)
167. - Ghias [↑](#footnote-ref-167)
168. - Ahmed [↑](#footnote-ref-168)
169. - Erdogan [↑](#footnote-ref-169)
170. - Kaya [↑](#footnote-ref-170)
171. - Donmez [↑](#footnote-ref-171)
172. - Fowler [↑](#footnote-ref-172)
173. - Sarapli [↑](#footnote-ref-173)
174. - Kaykci [↑](#footnote-ref-174)
175. - Evrim [↑](#footnote-ref-175)
176. - Gokce [↑](#footnote-ref-176)
177. - Enisa [↑](#footnote-ref-177)
178. - Lee [↑](#footnote-ref-178)
179. - Sharlote [↑](#footnote-ref-179)
180. - Kunter [↑](#footnote-ref-180)
181. - Jurgen Baumert [↑](#footnote-ref-181)
182. - Koller [↑](#footnote-ref-182)