**باورهای غیر منطقی**

**تعاریف باور**

واژه "Belief"در فارسی به باور، عقیده، ایمان و اعتقاد ترجمه شده است(آریان‌پور و دیگران، 1385). باور یعنی پذیرش یک اصل یا یک مذهب یا یک حقیقت و تمایل به واکنش خود آگاهانه در یک شیوه یا طریقه ثابت در یک وضع خاص. باور یعنی ایمان، اعتقاد و عقیده(امین پور و احمد زاده1390).این واژه از اصطلاحات مربوط به حوزه روان‌شناسی اجتماعی است كه مباحث مربوط به پدیده روانی اعتقاد را از این حیث كه دارای رفتارسازی اجتماعی است مطالعه می‌كند.در یک تعریف ساده و رسا، «باورها یا عقیده‌ها، اندیشه‌هایی هستند كه فرد به درستی و حقانیت آن‌ها اعتقاد دارد.»(پارسا، 1383).کرچ و کرچفلید باور را چنین تعریف کرده‌اند:‌ «باور، سازمانی باثبات از ادراک و شناختی نسبی درباره جنبه خاصی از دنیای یک فرد است.» برای مثال، ‌اعتقاد به بابانوئل که مفاهیم گوناگون به آمیخته‌ای همچون: جنبه جسمانی، ‌لباس و نوع پوشش، جنبه کارکردی آن را دربر می‌گیرد. در مفهوم وسیع‌تر،‌ باورها دربرگیرنده شناخت یا دانسته‌ها، ‌عقاید یا آیین است».(روشبلاو و همکاران[[1]](#footnote-1)، به نقل از دادگران 1371).

**2** **-8- منابع باورها**

باورها از کجا شکل می‌گیرند؟ منابع شناختی و عاطفی و بینشی شکل‌گیری باورها چیست؟ برخی از روان‌شناسان اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که «باورها سه ریشه اصلی دارند: تجربه شخصی، ‌اطلاعات حاصل از دیگران و استنتاج،‌ حتی ممکن است باورها محصول همزمان این سه منبع باشند. مثلاً،‌ ممکن است شخصی نوار جدید آقایXرا خیلی خوب توصیف کند زیرا شخصاً به آن گوش داده است. همچنین نوار مزبور ممکن است به این علت خیلی خوب به نظر برسد که فردی مورد اعتماد آن را تعریف کند یا در روزنامه‌ها راجع به آن مطالب مثبت زیادی نوشته شده باشد. در حالت اخیر،‌ باور شخص بر اطلاعات حاصل از دیگران استوار خواهد بود. بالاخره،‌احتمال دارد که شخص اصلاً به نوار گوش نداده باشد و کسی هم درباره آن با او صحبت نکرده باشد اما باور او و محصول این استنتاج باشد: چون نوارهای آقای xخیلی خوب است،‌ پس نوار جدید او نیز به احتمال نزدیک به یقین خیلی خوب خواهد بود.» (بدار[[2]](#footnote-2)،1389).

**2-9-مفاهیم مرتبط با باور**

نگرش، دید قالبی، عقیده، باور، تعصب و پیش‌داوری از مفاهیم نزدیک به‌هم اما در واقع جدا هستند که اگر برخی از آن‌ها در عرف عامه به‌جای هم به‌کار روند، خیلی دور از انتظار نیست اما در برخی متون علمی و ترجمه‌ای هم گاهی اوقات به جایگاه استعمال این مفاهیم توجه نمی‌شود و بدون ضابطه معینی به‌جای هماستعمال می‌شوند؛ خصوصاً عقیده و باور «که غالباً مترادف با نگرش تلقی شده‌اند» (کریمی،1389). به‌عنوان مثال درعبارت زیرکه به فرق باوربه‌عنوان جزیی ازنگرش پرداخته است،باوروعقیده رابه یک معنی به‌کاربردهاست: «عقیده ونگرش دوجنبه مکمل یک فرایندهستند. اولی ازپویایی وزمینه‌های عاطفی بیشتری برخورداراست ودومی،بیشترجنبه عقلانی و گفت و شنود و ارتباط شفاهی دارد. این امر نشانگر آن است که نگرش و عقیده،‌ آن‌چنان در هم آمیخته‌اند که سنجش افکار (عقاید) عمومی اغلب از طریق "سنجش نگرش" انجام می‌گیرد و نگرش‌های فرعی گویای این واقعیت است که چرا و چگونه یک گفت و شنود یا یک بحث منطقی قادر به تغییر عقاید نیست و تنها می‌تواند (گاهی) عقاید موجود را تقویت کند» ( روشبلاو و همکاران ،ترجمه دادگران،1371).بنابراین، لازم است با رویکرد افتراقی، به تعریف مختصری از مفاهیم مرتبط با باور پرداخته ‌شود. از طرف دیگر در منابع موجود روان‌شناسی توجه بسیار ناچیزی به بحث باور شده است و طرح آن در ضمن این مفاهیم مشابه است که البته درهم‌تنیدگی این مفاهیم هم در این مساله دخیل بوده است. در هرحال، با تشریح اجمالی این مفاهیم با رویکرد افتراقی، این فایده هم وجود دارد که درک بهتری از مفهوم باور به‌وجود خواهد آمد؛ چنانچه به گفته مک‌گوایر این اصطلاحات «نام‌هایی هستند در جستجوی یک تمایز به‌جای اینکه تمایزی در جستجوی یک اصطلاح باشند.» (کریمی،1389).

1. عقیده[[3]](#footnote-3) ؛ درساده‌ترینسطح، ‌عقیده چیزی است که شخص بر مبنای واقعیات،‌ درست می‌پندارد. بدین‌سان، ‌من عقیده دارم که: کمتر از 15000 دانشجو در دانشگاه کالیفرنیا در سانتاکروز ثبت‌نام کرده‌اند؛ بستن کمربند ایمنی از وقوع سوانح اتومبیل جلوگیری می‌کند؛ شهر نیویورک در تابستان گرم است. این قبیل عقاید اساساً شناختی هستند، و در ذهن رخ می‌‌دهند نه در اندرون بدن. همچنین ناپایدارند، ‌یعنی می‌توان آن‌ها را با شواهد مخالف خوب و روشن، دگرگون کرد. بدین‌سان،‌ اگر رالف‌ نادر (کارشناس مسایل اتومبیل) شواهدی به من عرضه کند که حاکی از اینکه کمربندهای ایمنی با ساخت کنونی خود، ‌سوانح رانندگی را کاهش نمی‌د‌هند،‌ عقیده خود را در مورد مسئله تغییر می‌دهم.» (بدار و همکاران، ترجمه گنجی،1389). در تفاوت عقیده و باور گفته‌اند: «باورها جنبه کلی‌تری نسبت به عقاید دارند. آن‌ها دنیای فرد را می‌سازند و به او ثبات نظر و عقیده می‌دهند. مجموعه مطالبی که ما درباره یک موضوع خاص می‌د‌انیم و همه قضایایی که برای ما معنایی ندارند و همچنین همه موضوعاتی که ما فکر می‌کنیم واقعیت دارند، باور ما را تشکیل می‌دهند.»( روشبلاو و همکاران،ترجمه دادگران،1371).

برخی هم در تفاوت عقیده و باور گفته‌اند: «اصطلاح عقیده همچنان به گستردگی و به‌ویژه در مورد نظرخواهی از عقاید عمومی، جایی که تمرکز روی نگرش‌های مشترک و اعتقادات گروه‌های بزرگی از مردم است به‌کار می‌رود. به‌طور کلی این عقاید عمومی ترکیبی هستند از نگرش‌ها، باورها، و نیت‌های رفتاری، به‌عنوان مثال در یک نظرخواهی تلویزیونی ممکن است از پاسخ‌دهندگان پرسیده شود آیا کاندیدایX راقبولدارید؟،«آیاتصورمی‌کنیدکهکاندیدایX بهمسایلطبقاتمحرومجامعهعلاقمنداست؟واگرامروزانتخاباتصورتگیرد،آیابهکاندیدایX رأیمی‌دهید؟»[(کریمی،1389](http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=42536" \l "_ftn11" \o ")).

2. نگرش[[4]](#footnote-4) ؛ برایدرکبهترمفهومنگرشوارتباطآنباباوروعقیده،«فرضکنیدشخصیمعتقدباشدکهیهودیانبهاعمالبازرگانی "زیرکانه" اشتغالدارند،‌یااینکهشرقی‌هاآدم‌هایموذی و آب زیر کاه‌اند، ‌یا افراد کمتر از 25 سال دارای خردمندی ویژه‌ای هستند، یا اینکه شهر نیویورک همچون یک جنگل است این‌ها،‌ هم هیجان‌آور و هم ارزیابی کننده‌اند، یعنی، بر دوست داشتن و دوست نداشتن دلالت دارند. اعتقاد به اینکه شرقی‌ها موذی و آب زیرکاهند، ‌قویاً‌ بر این دلالت دارد که فرد علاقه‌ای به آن‌ها ندارد. عقیده به اینکه شهر نیویورک همچون یک جنگل است، با این عقیده که در تابستان هوای نیویورک گرم است تفاوت می‌کند. عقیده به اینکه شهر نیویورک همچون یک جنگل است صرفاً شناختی نیست، بلکه با ارزیابی کم منفی و قدری هیجان و اضطراب همراه است. عقیده‌ای که شامل یک جزء ارزیابی کننده و یک جزء هیجانی باشد، ‌نگرش نامیده می‌شود. در مقایسه با عقاید، نگرش‌ها خیلی به دشواری تغییر می‌یابند.» (ارونسون،ترجمه شکر کن1389).پس وجود مؤلفه عاطفی،‌ نگرش‌ها را از دانش یا اعتقاد متمایز می‌كند( كریستنسن و همکاران ،ترجمه بشیری و دیگران ،1385).

همچنین نگرش دارای بعد سومی به نام رفتار است. برخی محققان، نگرش را حلقه واسط بین باورها و رفتار دانسته‌اند؛ یعنی باورها وقتی به نگرش تبدیل شوند، می‌توانند در رفتار متجلی گردند. ایشان معتقدند هر نگرشی دارای یک بعد شناختی است که نگرش (که ماهیت عاطفی دارد)، از آن تغذیه می‌گردد. جنبه رفتاری نگرش به هدف‌ها مربوط می‌شود،‌ یعنی اعمالی که در برابر یک موضوع که باور و حالت عاطفی مثبت یا منفی به آن پیدا شده است، نشان داده می‌شود(بدار و همکاران، ترجمه گنجی،1389).

3. دید قالبی[[5]](#footnote-5) ؛ دیدقالبیراحاصلتعمیمبه‌جایانابه‌جاینگرش‌هامی‌دانند. نگرش،ازموادمقدماتیوپیش‌نیازهایتحققدیدقالبیاستکهخودبرآیندیازعقایدوباورهاست. البتهنهاینکههرنگرشیبهشکل‌گیریدبدقالبیمنتهیشود. «نگرش،نخستتعمیممی‌یابدسپسدیدقالبیشکلمی‌گیرد».روان‌شناسان، دید قالبی را یك رشته باورها و عقایدی درباره جنبه‌هایی از رفتار دانسته‌‌اند كه تصور می‌شود، اكثر افراد گروه خاصی دارا می‌باشند. چنان‌كه عقیده رایج بسیاری از اروپاییان بر این است كه مردم سواحل دریای مدیترانه افرادی زودجوش و هنرمند هستند، در صورتی كه مردم شمال اروپا خون‌سرد، ولی فعال و پركارند و ساكنان جزایر دریای جنوب را مردمی بی‌قید، راحت‌طلب و بركنار از هر گونه جاه‌طلبی می‌شناسد( پارسا،1383).

تفکر آدمی همواره منطقی نیست. ما آدمیان با اینکه بر تفکر دقیق و ظریف تواناییم،بههماناندازههمدرمعرضبروزتحریفاتوغرض‌ورزی‌هایبسیاریدرفرایندفکریخویشهستیم. بهمنظورفهمنحوهتغییرنگرش‌ها،لازماستکهنخستپیچیدگی‌هایتفکرآدمیونیزانگیزه‌هاییراکهمردمرابهمقاومتدربرابرتغییر،برمی‌انگیزند،‌بفهمیم». ( ارونسون،ترجمه شکر کن1389).

نگرش‌ها عقاید و باورها ارتباط تنگاتنگی دارند و می‌توان گفت که زیربنای عقلی و منطقی عقاید و باورها را تشکیل می‌دهد. اگر نگرش تمایلی است به انجام کارهای مناسب یا نامناسب نسبت به موضوعی خارجی، عقیده نمود بیرونی آن است. عقیده اندیشیدن نسبت به واقعی بودن یک موضوع است؛ قضاوتی است که ما نسبت به موضوعی داریم برای مثال، اگر بگوییم «این موضوع بد است» عقیده خود را نسبت به آن موضوع بیان کرده‌ایم.البته تعمیم مذکور تنها ناظر یا فرآیند شکل‌گیری دید قالبی است و نه تایید اتقان آن؛ زیرا از نظر روان‌شناسان اجتماعی، «دید قالبی اعتبار بسیار كمی دارد و اصولاً در مورد گروه در عمل، بی‌معنا و كم‌ارزش است. بسیاری افراد را در هر گروهی می‌توان دید كه دارای ویژگی‌ها و اوصافی مخالف نظر رایج می‌باشند.» ( پارسا،1383). و همچنین روان‌شناسان اجتماعی درباره آثار و زمینه‌های سوء دید قالبی بر این باورند که «تصورات قالبی، باورهای تعمیم‌یافته‌ای است كه در مورد برخی از اقلیت‌های مذهبی، نژادی و قومی ساخته و پرداخته می‌شود. اعضای این اقلیت‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای رفتاری خاص و از پیش تعیین شده‌ای از خود نشان می‌دهند. بنابراین، تصورات قالبی در برابر استدلال مخالف سخت مقاومت می‌كند و افرادی كه دارای باورهای قالبی است، همواره دچار تعصب می‌شود.»( بروس[[6]](#footnote-6)، ترجمه توسلیوفاضل ، 1388).

4. تعصب و پیش‌داوری[[7]](#footnote-7) ؛ پیش‌داورییاتعصب،نگرشوعقیدهمساعدیانامساعدیاستکهبدوننسبتبهشخصی، شیئ یا امری اعمال می‌شود و حتی بادلایلومدارکمسلمیکهخلافآن‌راثابتمی‌کنندتغییرنمی‌یابد. کسیکهپیش‌داوریمی‌کندبی‌رحمانهبهزیانمخالفانخودنظرمی‌دهدوازاظهارمخالفتونفرتاحساسرضایتمی‌کند. بنابراین،ازدلیلآوردنروگرداناستوحتیکارهای معقول آنانرانادیدهمی‌گیردیاوارونهنشانمی‌دهد( پارسا،1383). بنابراین، پیش‌داوری را باید آفت و آسیب شناخت، باور و عقیده دانست که نگرش‌ها و دیدقالبی نادرست ایجاد می‌کند.

یک باور، هرگونه فرض "التزام" اساسی چه آگاهانه و یا ناآگاهانه می باشد که به اشخاص، این آمادگی را می دهد که وقایع را به نحو خاصی درک کنند و نوع خاصی از اعمال را انجام دهند. این باورها به سه دسته تقسیم میشوند:توصیفی،سنجشی و تجویزی.باورهای توصیفی واقعیت های مورد قبول راجع به یک فرد،دیگران و اوضاع مختلف می باشد.برای نمونه زنی ممکن است معتقد باشد که:من نسبت به نظراتم حق دارم. سن،تجربه،وتحصیلات کافی برای موفقیت در زندگی را دارا می باشم. شرایط کار من به نحوی است که عوامل بالقوه ای برای کامیابی و ترقی در دسترس می گذارند.یک باور سنجشی انعکاس دهنده قضاوت هایی نظیر خوبی و بدی،درست و اشتباه در ارتباط با خود،دیگران و محیط می باشد.مثلا باورهای سنجشی که ممکن است همراه مثال های باورهای توصیفی سابق باشند عبارتند از:تجارب و تحصیلات من خوب هستند،ایده های من ارزشمند می باشند. باورهای تجویزی، آن چه را یک فرد با اجبار اخلاقی باید انجام دهد، دیکته می کنند و این در صورتی است که باید کارهای او مبتنی بر باورهای قابل ارزیابی باشد.مثلا بر اساس باورهای قابل ارزیابی و توصیفی می توان گفت:اظهار نظر قاطع کردن،کامیابی و اظهار عقیده کردن، رفتاری شایسته هستند و خود یک فرد و دیگران، به این سبک رفتار نمایند.باورها ، ابعاد شناختی، نفسانی و رفتاری دارند. بعد شناختی عبارت است از اطلاعاتی که آن باور مبتنی بر آن می باشد و اساسی برای قضاوت در مورد آن چه خوب یا بد، و درست یا اشتباه می باشد. مبنای اطلاعات و قضاوت برای بعد شناختی یک باور از منابع بسیاری ناشی می شود.نمودهای قدرت نظیر والدین، منشا مهمی هستند. در چارچوب روابط فرزند-والدین،فرزندان، وقایع مهمی را در خصوص دنیا، شرایط خاص،مردم و خودشان فرا می گیرند.هم چنین قضاوت هایی (چه چیزهایی درست و چه چیزهایی نادرست هستند) راجع به این وقایع یاد میگیرند. و دوست دارند هم این وقایع را و هم قضاوت های انجام شده در مورد آن ها را به طور کامل قبول کنند.این وقایع بدست آمده از این منابع ممکن است ریشه در واقعیت ،خرافات یا اسطوره ها داشته باشند(فلاین[[8]](#footnote-8) به نقل از زیارتی،1987).یک قضاوت ممکن است صحیح و قابل تغییر یا نادرست و پایدار در شرایط گوناگون به حساب نیاید.بعد نفسانی یک باور عبارت است از هیجان،احساس یا شدت تغییر حالت، چه در جهت مثبت یا منفی که ناشی از مرکزیت یافتن باور می باشد.

و به واسطه ودر چارچوب باور شناختی آموخته می شود.در مثال قبل ،ارتباط بین ناراحتی و خشم و تنبیه شدن،هم چنین ترس را به اظهار ناراحتی و خشم پیوند می دهد.این ارتباط مانع اظهار خشم و ناراحتی می گردد.برای آن فرد اگر متن یادگیری تشویق کننده و از نوعی باشد که احترام به خود را افزایش دهد، آن فرد آن باور را با احساس مثبت پایه گذاری می کند. وقتی که این اتفاق می افتد،هرگونه مواجهه با آن باور و یا ارزش آن،به عنوان یک تهدید تلقی میشود و ایجاد یک هیجان می نماید.حتی اگر آن باور منشا مشکلات بسیاری شود. اگر باور دیکته نماید که تصفیه احساسات منفی، اشتباه و تحت هر شرایطی غیر قابل توجیه است.علاوه بر هیجان، همواره با اظهار نظر،احساس های تنفر و ناخشنودی نسبت به هر کس که با آن باور مخالفت نماید، به وجود می آید. هنگامی که افراد با یکی از باورهای شناختی شان درگیر می شوند، احساس خجالت، گناه ناراحتی و بیزاری از خود می کنند. بعد رفتاری یک باور عملی است که فرد انجام می دهد و با باور شناختی سازگار می باشد.چنین اعمالی با محتوای باور تطابق دارد ولی لزوما با محیط بدین گونه نمی باشد. این گونه اعمال ممکن است در چارچوب متن یادگیری باور شناختی یا تنها ناشی از بعد تجویزی باور باشد. مثلا اگر باور شناختی عبارت از "هیچ گونه کنترلی برآنچه اتفاق می افتد ندارم" باشد. درماندگی، ویژگی اجتناب از کارهایی خواهد بود که باعث کنترل میشود و در نتیجه فاقد کنترل باقی می ماند.از لحاظ سلسله مراتب، باورها طبق اهمیت و تاثیرشان در زندگی فرد طبقه بندی می گردند. بعضی از آن ها نقش بسیار مهمی دارند. در حالی که باورهای دیگر از اهمیت کمتری برخوردارند. اهمیت یک باور در تعدادی از ارتباطات، حدودی را که در آن باور تحت تاثیر قرار می دهد مشخص می نماید. باورهای یک فرد درباره خودش و مفهوم خودش، به طور کلی تمام باورها را تحت تاثیر قرار می دهد. در حالی که باورهایی که بیان گر سلیقه شخص می باشد، باورهای دیگر را تحت تاثیر قرار نمی دهد. و تاثیر زیادی بر باورهای دیگر و نحوه رفتار فرد با دیگران دارند(فلاین،به نقل از زیارتی1987).

باورهای منطقی[[9]](#footnote-9)، باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین کننده ی نحوه تعبیر و تفسیر و معنی بخشی به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف می باشند تفکرات غیر منطقی حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، باید و حکم برای فرد می آورند، تعادل فرد را از بین می برند و حال رد را آشفته می کنند، از ایجاد هارمونی[[10]](#footnote-10) جلوگیری می کنند و مانع مواجهه موفقیت آمیز با حوادث تحریک کننده می گردند(صفاری نیا و همکاران،1391). برنارد[[11]](#footnote-11) باورهای غیر منطقی را خواست ها و هدف هایی می داند که به صورت اولویت های ضروری در می آیند، به طوری که اگر برآورده نشوند، موجب آشفتگی می شوند (الیس[[12]](#footnote-12) و همکاران،ترجمه صالحی فدردیو امین یزدی،1375). افرادی که بر باورهای غیر منطقی تاکید می کنند در زندگی با مشکلات چندی روبه رو خواهند شد و برای آن ها دشوار است که به خشنودی دست یابند. از سوی دیگر اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه های رویا رو یی سالم را نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش های زندگی با دشواری روبه رو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی پناه می برد( امین پور و احمد زاده1390). الیس(1995) درموردمشکلاترفتاريوروانیمعتقداستکهبسیاريازناراحتی هايمردموزندگیعاطفینامنظم آنهاریشهدرانواععقایدغیرمنطقیوغیرواقعیدرموردخودوجهانپیرامونآنهادارد.ازنظراومشکلاتروانینتیجهي شناخت هاينادرستافراداستچراکهعواطفمحصول شناختاست،وپیامدهايفراوانیکهازتفکراتغیرمنطقی ناشیمی شوند.عللاساسیمهمتریناختلال هايهیجانیبه شمارمی روند(خدابخشی و همکاران،1393).

موریس و کانتیتز[[13]](#footnote-13) (1976) باورهای غیر منطقی که الیس وضع کرده است را به دو دسته طبقه بندی می کنند.دسته اول باورهایی هستند که منجر به خشم، بحث اخلاقی و تمایل به ناکامی کمتر می شود. مانند این ایده که (اجتناب از مشکل آسان تراز روبرو شدن با آن است). مواردی که الیس آن را باور نامیده، مطابق است با آن چه که ادوارد مک نل [[14]](#footnote-14)در سال 1997 طرح های تصمیم گیری می نامد (الگوهایی که مردم معمولا برای انتخاب هایشان استفاده می کنند) مردم وقتی باورشان را تغییر می دهند، احساس بهتری دارند و بهتر هم عمل می کنند. زیرا انتخاب های بهتری انجام می دهند. مک نل اولین نوع طرح تصمیم گیری را مطلق می داند که قاعده ای ثابت است(مانند اگر شما مرا دوست داشته باشید من هم شما را دوست خواهم داشت). دومین طرح تصمیم گیری عمل مقایسه ای است مانند(اگر شما x را بر y ترجیح بدهید کار را انجام خواهید داد ). سومین طرح تصمیم گیری همیشه پاسخده می باشد مانند(اگر x اتفاق بیافتدy هم اتفاق می افتد) (گاردنر گاتلی[[15]](#footnote-15)،1999). نقشباورها،نگرشهاو فرايندهايذهنيديگردربسياريازاختلالاتومشكلاترفتارينشاندادهشدهومعلومشدهاست كهباورهايغيرمنطقيميتوانند،رنجهايافرادراتشديدكنند(لطفی کاشانی،1387).

بسیار از ناراحتی های مردم و زندگی عاطفی نامنظم آن ها، ریشه در انواع عقاید غیر منطقی، غیر واقعی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون آن ها دارد. با کمی دقت می بینیم افسردگی، اضطراب، نا امیدی و حتی مشکلات مضاعف دیگری مثل کم شدن احساس عزت نفس، پایین آمدن خود پنداره، سوء ظن و بدبینی، می تواند از طریق تلقین های درونی و تفکرات نامطلوب ایجاد شود. در واقع بسیاری از تلقینات به خود، ابتکاراتی غیر منطقی است که منجر به نتیجه گیری اشتباه، انعطاف پذیری، تفکر و جزم اندیشی می شود. با این که نگرش ها قابل آموزش هستند می توان با ارائه آموزش های خاص در نگرش افراد و به دنبال آن رفتار افراد، تغییراتی ایجاد نمود(صفاری نیا و همکاران،1391). به طور خلاصه میتوان گفت که تصورات کاملا غلط و اشتباه درباره امورات روز مره باعث به وجود آمدن باورهای غیر واقعی و غیر منطقی خواهد شد(امین پور و احمد زاده، 1390).

**2-11- باورهای ارزشی و غیرارزشی**

می‌توان به این باور ویژگی‌هایی نسبت داد؛ اگر باور مورد ارزیابی قرار گیرد، از باور ارزشی صحبت خواهد شد. مثلاً، می‌توان سرعت اتومبیل را "خطرناک" یا "اعصاب خردکن" توصیف کرد. همچنین، باور می‌تواند به ارتباط بین دو موضوع مربوط باشد. مثلاً، افراد سیگاری، ‌پس از مبتلا شدن به سرطان، اعلام می‌کنند که به‌عقیده آن‌ها مصرف سیگار بر سلامت جسمی اثر مستقیم دارد، در حالی که قبلاً این واقعیت را قبول نداشتند(بدار و همکاران، ترجمه گنجی،1389).

**2-12- انواع باورها**

از یک دیدگاه باورها به دو دسته تقسیم می شوند: (تقی پور ،1378).

**الف) باورهای منطقی:** کسانی که باور دارند در کاری موفق می شوند بدون شک توانایی انجام آن کار را در خود می بینند و موفق خواهند شد.

**ب) باورهای غیر منطقی:** این باور که نیاز به حمایت و تایید افرادی دارند که آن ها را می شناسند و یا به آن ها علاقه دارند.

**2-13- ویژگی های باورها(تفکر) منطقی**

شخصی که به شیوه ای منطقی فکر می کند:

1-افکار خود را بر پایه واقعیت های عینی و نه عقاید و باور داشت های ذهنی بنا می نهد.

2-به احتمال زیاد هم زندگی و هم جان خود را حفظ می کند.

3-به خود کمک می کند تا هدف های شخصی خود را سریع تر روشن سازد.

4-می کوشد تا حداقل با کم ترین میزان تعارض و تضاد شخصی ، پریشانی را برای خود به وجود آورد.

5-از درگیر شدن در تعارض ها و تضادهای شخصی با افراد معنی دار در زندگی خود اجتناب می کند (ساعتچی،1374).

**2-14- ویژگی باورهای(تفکر) غیر منطقی**

باورهای غیر منطقی دو ویژگی دارند: ( امین پور و احمد زاده1390).

1.توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولا با کلمات باید و حتما بیان می شوند.

2.فلسفه های خود آشفته ساز، که معمولا حاصل این توقعات هستند و انتساب های بسیار نا معقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می کنند( امین پور و احمد زاده1390).

**2-15- طبقه بندی باورهای غیر منطقی**

اعتقادهای غیر منطقی می توانند به صورت زیر تجلی پیدا کنند(ساعتچی،1374 ):

**1-   باور غیرمنطقی تأیید دیگران:** این باور كه نیاز به حمایت و تأیید افرادی داریم كه آنها را می شناسیم و یا به آنها علاقه داریم. این باور می تواند به دلایل متعدد مشكلاتی برای انسان ایجاد كند. برای مثال تقاضای مورد تایید دیگران بودن سبب می شود كه انسان خودش را به خاطر این كه آیا می تواند این تایید را بدسات آورد یا نه ناراحت و نگران نماید. اگر این تایید را قطعاً بدست آورند آنگاه خواهد بود كه مبادا دوباره آن را از دست بدهد. نگرانی كامل داشتن در مورد تایید دیگران بر روی تصمیم و عملكرد فرد در مورد زندگی اش تاثیر می گذارد. اینكه خواستار یا تقاضامند تایید و تقویت هر كسی باشیم هدفی غیرقابل دسترس است، چرا كه هر كاری كه فرد انجام می دهد ممكن است بعضی آن را تایید كنند و بعضی دیگر تایید نكنند و گروهی نسبت به آن بی تفاوت باشند. بنابراین انسان اگر به زندگی خود ادامه دهد و زندگی خود را طبق میل و آرزوهای خویش اداره كند مردم وی را تایید می كنند و او را دوست دارند اگر چه آنان ممكن است همان مردمی نباشند كه وی خواستار تایید آنها است(همان منبع).

**2- باورغیرمنطقیدرموردمشكلاتآینده:** این باور كه در آینده اتفاق خطرناكی رخ می دهد و باید بشدت در مورد آن نگران باشیم. خیلی از مردم معتقد هستند كه انها باید خود را نگران مشكلات احتمالی بكنند. آنها معتقد هستند كه اگر در مورد مسائل و مشكلات نگران نباشند به نظر دیگران مزخرف به حسال می آیند(همان منبع).

**3- باور غیرمنطقی توقع از خود:** این باور كه ما موفق هستیم و در هر كاری صلاحیت لازم را داریم و داوری ما در مورد شایستگی مان بر اساس موفقیت مان در كارهایمان است. این باور در موردی مخصوصاً مواقعی كه فرد در زندگی با شكست روبرو می شود بسیار آسیب پذیر است چرا كه فرد تصور می كند كه نالایق است و لیاقت زندگی كردن را ندارد. همچنین انگیزه بسیار زیاد و مداوم برای موفقیت از لحاظ جسمی استرس هائی ایجاد می كند كه موجب بیماری هائی نظیر زخمهای معده، سردرد و فشار خون بالا می شود(ساعتچی،1374 ).

**4-باور غیرمنطقی سرزنش كردن:** این باور كه همه از جمله خود ما مستحق سرزنش و مجازات شدن به خاطر اعمال اشتباهی كه انجام می دهند، هستند. این باور باعث می شود كه فرد با انجام دادن عمل اشتباه دچار خشم و احساس گناه و عذاب شود. همچنین در صورتی كه هدف از دیگران اشتباهی صورت گیرد به علت معتقد بودن به این باور در روابط فرد با دیگران مشكل پیش می آید و می تواند به وجود آوردن حس انتقام جویی تاثیر داشته باشد.

**5- باور غیرمنطقی واكنش به ناامیدی:** این باور كه بسیار بد و وحشتناك فاجعه آمیز است وقتی كه كارها همانطور كه باید باشند، نیستند این باور باعث می شود كه فرد هنگامی كه كارها همان طور صورت نمی گیرد، آشفته و ناراحت شود. مثلا اگر در هنگام تعطیلات باران ببارد موجب نگرانی وی می شود و وی پیش بینی آب و هوا را الكی و مزخرف می داند(همان منبع).

**6-باورهای غیرمنطقی كنترل هیجانات:** این باور كه ما را برای ناراحتی و هیجانات خود هیچ كنترلی نداریم. چرا كه این ناراحتی ها از جانب دیگران بوجود می آید و اگر دیگران تغییر كنند تمام امور اصلاح شود. هنگامی كه فرد در ارتباط با دیگران برداشت منفی می كند و ناراحت می شود دچار هیجان و تظاهرات جسمانی مثل قرمزشدن، ضربان قلب، فشار خون و غیره می شود در حالیكه فرد سبب این عامل را دیگران می داند در واقع مشكل از ناحیه شناختی و تفكر فرد می باشد(همان منبع).

**7-باور غیرمنطقی فرار از مشكلات:** این باور كه اجتناب كردن از مشكلات و شانه خالی كردن از مسؤلیت خیلی آسانتر از روبرو شدن با مشكلات است. این باور می تواند آزار دهنده باشد، زیرا طفره رفتن از كارهای ناخوشایندی كه فرد با آن سر و كار دارد باعث می شود كه این كارها اثر پایدارتری در ضمیر ناخودآگاه فرد بوجود آورد و هنگامی كه فرد سرانجام با آن روبرو شد مشكل تر می شود(همان منبع).

**8-باور غیر منطقی اتكاء به دیگران:** این باور كه ما باید فردی قوی تر از خودمان داشته باشیم تا به او تكیه كنیم. این باور باعث می شود كه همیشه به دیگران نیازمند و محتاج باشد و از خود خلاقیت و ابتكار نداشته باشد و در غیر این صورت اگر فرد تنها بماند عاجز و درمانده شود و دچار اضطراب شود(ساعتچی،1374)**.**

**9- باور غیرمنطقی درمانده شدن از تغییر خود:** این باور كه چون ما زاییده گذشته خود هستیم كمتر می توان به اثرات آن فائق شد. این باور باعث ناامیدی و عدم تلاض و كوشش برای رسیدن به هدف می شود و اینكه فرد یك بهانه و عذر در مقابل مشكلات پیش آمده دارد چرا كه روی هیچ دستی در آن نداشته است(همان منبع).

**10-باور غیرمنطقی كمال طلبی:** این باور كه هر مشكل یك راه حل دارد و اگر به آن راه حل نرسیم ناراحت و ناراضی شویم. اعتقاد به كمال در واقع خلاف واقعیت است چرا كه ما در دنیائی پر از شانس زندگی می كنیم و چیزی بنام حقیقت محض وجود ندارد (ساعتچی،1374 ).

**2-16- نظریه منطقی-هیجانی الیس**

آلبرت الیس از معروفترین درمانگران شناختی است که نخست پیرو روش روان کاوی بود.وی روش خود را با عنوان درمان منطقی-هیجانی(RET) در سال های دهه 1950 ابداع کرد.چون RET به مراحل سه گانه شکل گیری پاسخ های غیر منطقی اشاره دارد.الیس آن را مدل A-B-C نامید(A) یک رویداد فعال ساز است مثل کسب نمره مردودی یا مورد سرزنش واقع شدن از سوی رئیس،(B) نظم اعتقادی فرد است که شخص به واسطه آن،رویداد فعال ساز را تفسیر می کند و (C) پیامد هیجانی است که شخص تجربه می کند.الیس معتقد است تا زمانی که به تفسیرهای خود از رویدادها فکر نکنیم،به طور خودکار از مرحله A(رویدادهای فعال ساز) به مرحله C(پیامدهای هیجانی) می رویم،ما عموما به این نکته که مرحله B(نظام اعتقادی) عامل ایجاد هیجان است،توجه نمیکنیم.طبق مدل A-B-C الیس،آدم دارای یک سایق برای کسب موفقیت،عشق و امنیت است.هرگاه مانعی بر سر راه تحقق این هدف ها قرار گیرد(رویدادهای فعال ساز)، یکی از دو اعتقاد زیر در فرد پدید می آید:

1-عقاید و باورهای منطقی،مثل "من دوست ندارم مورد اتنقاد قرار بگیرم و یا مردود شوم، ولی به هر حال دنیا به آخر نرسیده است" یا "من راه های دیگری هم برای رسیدن به اهدافم سراغ دارم".

2-عقاید و باورهای غیر منطقی،مثل"من نمی توانم هیچ گونه شکست یا انتقادی را تحمل کنم"

یا "همیشه باید کارهایم را به طور کامل انجام دهم.الیس معتقد است که باورهای غیر منطقی علاوه بر دامن زدن به هیجان های منفی،رفتارهای روان رنجوری را نیز به وجود می آورند. برخی از مردم به دلیل ناکامی در اهداف دست نیافتنی خود و ناتوانی در سازگاری با محرومیت ها و ناکامی های طبیعی زندگی،احساس اضطراب،خشم،وافسردگی می کنند.

این احساس های منفی،موجب تداوم باورهای نادرست و غیر منطقی می گردند(قسمت B در این مدل)،برای مثال، تمایل غیر منطقی به کمال گرایی موجب افسردگی می گردد. آرون بک[[16]](#footnote-16)، مانند الیس بر این باور است که باور غیر منطقی و خودگویی های مخرب، سرچشمه همه مشکلات روان شناختی است.اما بر خلاف الیس و روان کاوانی که بیماران را تشویق به بیان افکار و احساس هایشان می کنند تا نسبت به ریشه های رفتاری غیر انطباقی خویش به بینش برسند. به عقیده بک و سایر درمانگران شناختی-رفتاری،نیازی نیست که مراجع فرایندهای زیر بنایی ایجاد کننده باور غیر منطقی و خود گویی منفی را درک کند. وی رویکرد فعال تری نسبت به درمانجویان خویش در پیش میگیرد و سعی میکند به طور مستقیم با رفتارهایی که با شناخت های مخرب ارتباط دارند روبه رو شود و در آن ها تغییر ایجاد کند(هافمن،1381).

درمان منطقی-هیجانی (RET) یکی از عمومی ترین اشکال روان درمانی و مشاوره اشخاص می باشد.الگوی درمان منطقی-هیجانی متعددی از روان شناسی حرفه ای شامل:درمان اختلالات هیجانی بزرگسالان و بچه ها،زوج درمانی،سوءمصرف مواد،افسردگی،کاهش غیبت از کار کارکنان،کاهش استرس های معلمان و هم چنین در روان شناسی مشاوره،خانواده درمانی و حوزه های دیگر کاربرد دارد(ریموند دی گیوسپ و دیگران[[17]](#footnote-17)،1990). در نهایت می توان گفت که درمان منطقی-هیجانی،درمانی است که برای تسکین آشفتگی های هیجانی طراحی شده است و تاکید در درمان منطقی-هیجانی(RET) روی متغیرهای شناختی،هیجانی،رفتاری یا سودمندی درمان استوار است(ریموند دی گیوسپ و دیگران،1990).

**2-17- فرآیند درمان**

فرایند درمان منطقی-هیجانی شامل سه مرحله شناختی،عاطفی و رفتاری می باشد:

**1)درمان شناختی**

در بعد شناختی، درمانگر مراجع را متوجه غیر منطقی بودنش می کند و به او نشان می دهد که چگونه و چرا به آن حالت در آمده است و نیز رابطه بین عقاید غیر عقلانی را با اختلالات عاطفی و ناراحتی های او نشان می دهد.هم چنین درمانگر به مراجع می آموزد که به اجبارها و الزام ها و وظیفه هایی که بدان معتقد است پی ببرد و بیشتر به شناسایی و پذیرش واقعیت بپردازد،بداند که چگونه از شیوه تجربی منطقی علم، که همان شیوه علمی است برای حل مشکلاتش استفاده کند(شفیع آبادی و ناصری،1378). هرچند هسته اصلی فن شناختی همان مباحثه کردن با مددجو در رابطه با اعتقادهای غیر منطقی وی می باشد،اما در درمان منطقی-هیجانی از شیوه های کلامی بیشتر استفاده می شود تا بدین وسیله بر کیفیت و اثر بخشی مباحثه افزوده گردد.بعضی از این شیوه ها عبارتند از :تفسیر دفاع ها،ارائه انتخاب ها واعمال دیگر،قیاس ها وتمثیل ها، فراباز شناسی،ممیزه های درمانی،تبدیل به پوچی،تضاد با ارزش های مورد پذیرش،مباحثه های عمل گرایانه،قصد تناقضی،شوخ طبعی،دقت معنایی(ساعتچی،1374).

2**)درمان هیجانی**

در بعد هیجانی، درمان گر به عناوین مختلف، مراجع را تشویق و وادار می کند تا عواطف خود را به طور عینی احساس کند و دست به تغییر ارزش های خود بزند.در این جا به مراجع نشان داده می شود که عواطفش به وسیله خود او از راه زمزمه کردن عقاید نامطلوب با خود،که مسبب اصلی ناراحتی و نگرانی او هستند به وجود آمده است(شفیع آبادی و ناصری،1378). انواع فنون هیجانی عبارتند از:تصویر سازی ذهنی منفی،تغییرمنش،تصورکردنآینده،کابوس میان فردی،برچسب زنی،نقش گذاری،زبان پر از هیجان(ساعتچی،1374).

**3)درمان رفتاری**

محور اصلی رفتاردرمانی منطقی-هیجانی الیس ،این نظر تشکیل می دهد که عامل واکنش های هیجانی پایدار،گفتگوهای درونی اشخاص با خودشان است و این عبارت پردازی های درونی بعضی مواقع بازتاب فرض های بیان شده، یا باورهای غیر منطقی درباره چیزهایی است که برای هدایت یک زندگی معنا دار ضرورت دارند. هدف از این نوع درمان،حذف کردن باورهای خود ویران گر به وسیله بررسی منطقی آن ها است. در این بعد درمان گر مستقیما به اعمالی دست می زند تا مراجع، رفتاری متفاوت با رفتار غیر عادی خود بروز دهد و بدین وسیله در رفتار او تغییر حاصل شود(شفیع آبادی و ناصری،1378)

درواقع می توان گفت که بسیاری از فنون مورد استفاده درمان گر رفتاری، در درمان منطقی-هیجانی نیز مورد استفاده قرار می گیرند. البته باید در نظر داشت که هدف درمان گران معتقد به درمان منطقی- هیجانی از آن جهت با مقاصد درمان گران رفتاری متفاوت است که از فنون رفتاری استفاده می کنند. فنون رفتاری عبارتند از: تکلیف خانه، غرقه سازی، حساسیت زدایی موجود زنده(مددجو)، جریمه کردن، آموزش مهارت ،تمرین و تقویت شناخت های مثبت،حواس پرتی، کتاب شناسی(ساعتچی،1374).

**2-22-تحقیقات انجام شده در داخل**

1. باريكاني(1387)،در بررسيخودتحتعنوان رفتارهايپرخطردرنوجوانانمدارس راهنماييودبيرستانيشهرتهران 700دانشآموزپسرودخترراموردبررسيقرارداد .نتايجنشاندادكهدانشآموزاندبيرستانينسبتبهدانشآموزانراهنماييازخطرپذيري بالاتريبرخورداربودهوبروزرفتارهايپرخطرجنسي،مصرفسيگاروتنباكو،الكلو موادمخدربابالارفتنسنافزايشداشتهاست.
2. محمدي زاده و احمدآبادي(1387)در بررسي خود به منظور مطالعه هم وقوعي رفتار هاي پرخطر در بين نوجوانان دبيرستا ن هاي شهر تهران 807 دانش آموز را با مقياس خطرپذيري نوجوانان مورد بررسي قرار دادند . نتايج بررسي نشان داد اولا بين تمامي رفتارهاي پرخطر (رانندگي خطرناك، الكل، سيگار، موادمخدر، خشونت و خطرپذيري جنسي) رابطه مثبت و معني داري وجود دارد، ثانياً، الكل، مواد مخدر و داروهاي روان گردان ورفتارها ي پرخطرجنسي به همراه جنسيت پسر و درآمد پايين خانواده، بي ش ترين واريانس خطرپذيري را در نوجوانان تبین می کند.
3. محمدی ترک آباد (1387) پژوهشی با عنوان بررسي مقايسه رابطه بين باورهاي غيرمنطقي و هوش هيجاني در نوجوانان پسر معارض با قانون و عادي شهر يزد، انجام داد. روش تحقيق به دليل عدم دستكاري متغيرها از نوع علي مقايسه‌اي است. براي اين پژوهش تعداد 70 نفر از نوجوانان پسر معارض با قانون مستقر در كانون اصلاح و تربيت شهر يزد با شيوه نمونه‌گيري هدفمند و معادل با جامعه آماري انتخاب گرديدند و برای گروه مقایسه تعداد 70 نفر از دانش آموزان مقطع دبيرستان كه از لحاظ سن با نوجوانان معارض با قانون همتاسازي شدند به طور هدفمند و به شيوه نمونه‌گيري خوشه‌اي چند مرحله‌اي انتخاب گرديدند. نتايج اين پژوهش نشان مي‌دهد، بين نمرات باورهاي غيرمنطقي و هوش هيجاني نوجوانان معارض با قانون رابطه معناداري وجود ندارد. ولي همين رابطه در گروه عادي معنادار است. بين باورهاي غيرمنطقي در نوجوانان معارض با قانون و عادي تفاوت وجود دارد همچنين بين نوجوانان معارض با قانون و عادي در 4 خرده مقياس باورهاي غيرمنطقي ( انتظارات بيش از حد از خود، واكنش همراه با ناكامي، بي‌مسئوليتي هيجاني و وابستگي) تفاوت معنادار بود. بين نمرات باورهاي غيرمنطقي با افکار منفی ورفتار پرخطر نوجوانان معارض با قانون رابطه معناداري وجود دارد. بین نوجوانان معارض با قانون و عادی از نظر ويژگي‌هاي دموگرافيك تفاوت معنادار بود یعنی نوجوانان معارض با قانون از نظر تحصیلات ، شغل و تحصیلات والدین در سطح پایین تری هستند.
4. در پژوهش سلیمانی نیا(1384) نشان داد که شایع ترین رفتارهای پر خطر در میان نوجوانان ، مصرف الکل و پس از آن به ترتیب مصرف سیگار ، رفتار جنسی ناایمن، خشونت، مصرف مواد و اقدام به خودکشی بود. تفاوت میان پسران و دختران در معقوله های مصرف مواد، سیگار و الکل معنادار بود.
5. قاسمی(1373) رابطه بین تفکر غیر منطقی با افسردگی را در بین دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران مورد بررسی قرار داد و نتیجه گرفت که بین طرز تفکر و افسردگی ارتباط وجود دارد.گروهی که دارای تفکر غیر منطقی بودند ،میانگین نمره افسردگی آنها به طور معنی داری از میانگین نمره افسردگی گروهی که دارای طرز تفکر منطقی بودند بیشتر بود.که این درنهایت با افزایش رفتارهای پرخطر در این دانش آموزان ارتباط معنا داری دارد.
6. گرماروديوهمکاراندرسال 1388 تحقیقیتحتعنوانعاداتپرخطردانشآموزانشهرتهرانانجامدادند. مطالعه ای،باهدفتعيينميزانرفتارهايبهداشتيپرخطردانشآموزانمقطعمتوسطهدردانشآموزانشهرتهران،طراحيواجرا شد.اينمطالعهازنوعمقطعي،باحجمنمونه۲۴۰۰نفرونحوهنمونهگيريتصادفيچندمرحلهايانجامشد. جمعيتموردمطالعهدانشآموزانمقطعمتوسطهمدارسدولتيشهرتهرانبودند. باتوجهبهميزانقابلتوجهرفتارهايپرخطربهداشتيدردانشآموزانموردمطالعه،بازنگريجامع،طراحيواجرايبرنامههايآموزشسلامتازطريقآموزشوپرورش،كتبدرسي،مراكزآموزشي،رسانههايگروهيونظامبهداشتيكشوروارائهخدماتبهداشتيخاصنوجوانانبااستفادهازكاركنانبهداشتيالزاميبهنظرميرسد.
7. سلمانیوهمکاراندرسال1393پژوهشیتحتعنوانبررسینقشصفاتشخصیتی(وظیفهشناسی،سازگاريو هیجانخواهی)دررفتارهايپرخطرانجامدادند. هدفپژوهشحاضر،بررسینقشصفاتشخصیتیوظیفهشناسی،سازگاريوهیجانخواهیدررفتارهايپرخطربود.120 نفر(70 پسر )ازشرکتکنندگانبهصورتداوطلبانهانتخابشدند. نتایجپژوهشنشاندادکهبینهیجانخواهیورفتارهايپرخطررابطهمثبتمعناداروبینسازگاريووظیفهشناسیورفتارهايپرخطررابطهمنفیمعناداروجوددارد . تحلیلرگرسیونگامبهگامنشاندادکهابعادشخصیتیسازگاريووظیفهشناسیپیشبینیکنندةمعناداررفتارهايپرخطرهستندوازبینابعادهیجانخواهی،مؤلفههايبازداريزداییوتجربهجوییرفتارهايپرخطرراپیشبینیمیکنند. علاوهبراین،میانگیننمراتپسراندرمؤلفههايماجراجویی،تجربهجوییوحساسیتبهیکنواختیهیجانخواهیورفتارهايپرخطربیشترازدخترانبود.
8. بوستانیدرسال 1390 پژوهشیتحتعنوانسرمایهاجتماعیورفتارپرخطر؛نمونهموردمطالعه: دانشآموزاندبیرستانیشهرکرمانانجامدادهاست. کهبهطورکلی،یافتههایاینپژوهش،مبتنیبرحجمنمونه(565نفر) باآشکارسازینقشمحوریمولفههایسرمایهاجتماعیدرکاهشبروزرفتارهایپرخطر،چارچوبنظریپژوهشراتاییدمی کند. آنجاکهنقشسرمایهانسانیومالیخانواده(تحصیلاتوالدینودرآمدخانواده) دربروزرفتارهایپرخطرکمرنگشدهوگاهبهآندامنمیزند،مولفههایسرمایهاجتماعیقویترظاهرشدهونقشبازدارندهایفامیکند.
9. پژوهشاحمديوابراهيمي(1391)باعنوان"بررسیعواملاجتماعیمرتبطبانگرشدخترانبهرفتارهايبزهکارانهمطالعهمورديشهرگرگان "ازمعدودپژوهشهابامحوريتنگرشبهبزهكارياستكهبهبررسيعواملاجتماعيمرتبطبانگرشدخترانبهرفتارهايبزهكارانهدرشهرگرگانپرداختهاست. اینپژوهشبانمونهایبهحجم 382 دختر14 تا 18سالهیاکنشهرستانگرگانشدهويافتههايآنبيانميداردكهمهمترينمتغيردرپيشبينيوتبييننگرشدخترانبهبزهكاري،متغيروابستگيبهدوستانبودهاست .
10. هدفپژوهشرشیدیوهمکاران (1389) تعییننقشباورهایغیرمنطقیبرسلامترواندانشآموزاندختردورهمتوسطهبودهاست. جامعهموردمطالعه،همهدانشآموزاندختردورهمتوسطهشهرتهراندرسالتحصیلی 1387 بودند. نمونهپژوهش 360 نفربااستفادهازشیوهنمونهگیریتصادفیچندمرحلهایتعیینشد. نتایجتحلیلدادهها،فرضیههایپژوهشراتاییدکردندبدینمعناکه: 1) 50 درصدازدانشآموزاندورهمتوسطهدارایباورمنطقی، 5/10 درصددرحدمتوسط–یعنیبینباورمنطقیوغیرمنطقیدرنوسانهستند–و 5/39 درصدازدانشآموزاندارایباورغیرمنطقیهستند. 2) بینمولفههایسلامترواندانشآموزانتفاوتمعنیداریوجوددارد. بالاترینرتبهمربوطبه «افسردگی»وپایینترینرتبهمربوطبه «نشانههایبدنی»است. 3) ازروینمراتباورهایغیرمنطقیمیتواناختلالدرسلامترواندانشآموزانراپیشبینیکرد.

**2-23- تحقیقات انجام شده در خارج**

1. در مطالعه طولی که توسط هاردن وکوئین و تاکر (2012) با نمونه ای به حجم 7675 کودک و نوجوان در سن 10-11 و 16-17 انجام شد نشان داد که هیجان خواهی با افزایش گرایش به بزهکاری همراه است ، وپژوهش درباب تغییر شخصیت نشان می دهد که سطح متوسط هیجان خواهی در دوران کودکی در بزرگسالی افزایش می یابد . علاوه براین تجزیه و تحلیل ژنتیکی رفتاری که بر روی 2562 جفت خواهر وبرادرانجام شد نشان دادکه بیش از 80٪ تفاوت های فردی در تغییر هر دو سطح اولیه از هیجان خواهی و تغییر در هیجان خواهی در دوران بلوغ تحت تاثیر عوامل ژنتیکی است . در نهایت، این افزایش ژنتیکی در هیجان خواهی مهم ترین پیش بینی کننده افزایش بزهکاری بودند، در حالی که مسیرهای زیست محیطی بین هیجان خواهی و بزهکاری از نظر آماری معنی دار نبود.
2. استینبرگ (2008) بیان کرد که گذر از دوران کودکی و نوجوانی به عنوان یک پیامد، از تغییر در زمان بلوغ اجتماعی و سیستم احساسی مغز که منجر به افزایش پاداش جویی، به خصوص در حضور همسالان، توسط بازسازی نمایشی از سیستم دوپامینرژیک مغز انجام می شود، ریسک پذیری را افزایش می دهد.در مرحله بین نوجوانی و بزرگسالی به دلیل تغییرات در سیستم کنترل شناختی مغز - تغییر که بهبود ظرفیت افراد برای خود تنظیمی است، ریسک پذیری کاهش می یابد. این تغییرات در سراسر نوجوانی و جوانی رخ می دهد و در تغییرات ساختاری و عملکردی در قشر جلوی مغز و ارتباط آن به مناطق دیگر مغز دیده می شود.
3. بروک و همکاران(2002)به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پر خطر با مشکلات روانی در 2224 دانش آموز در آمریکا ، نشان دادند که بین میزان افسردگی واسترس و افکار خودآیند منفی با رفتار پرخطر رابطه معنا دار وجود دارد. احساسات و افکار ناشی از این دو مشکل با افزایش سطح مصرف دخانیات ، افزایش خشونت ، رابطه جنسی ناایمن و رژیم غذایی ناسالم مرتبط است.
4. یافته های توصیفی اسپرینگر و دیگران(2006) پیرامون رفتارهای پرخطر جوانان دبیرستانی نواحی شهری و روستایی السالوادر نشان میدهد رفتارهای پرخطری که بالاترین سطح گستردگی را دارند عبارتند از :درگیری فیزیکی1/32درصد، تهدید یا مضروب شدن9/19 درصد، احساس ناامیدی وافکار خودآیند منفی و سرخوردگی 2/32درصد، کشیدن سیگار 6/13 درصد، عدم استفاده از کاندوم درآخرین آمیزش جنسی 1/69درصد، دانش آموزان شهری و پسر به طور معنا داری رفتارهای پرخطر بیشتری را گزارش داده بودند. دانش آموزان دختر نیز به طور معنا داری، سطح گسترده تری از احساس نا امیدی و افکارخودایند منفی و سرخوردگی 6/35درصد، فکرخودکشی 9/17 درصد و در رابطه جنسی، آمیزش جنسی اجباری 6/20 درصد، را گزارش داده بودند.
5. کامپوآریاس ودیگران(2008)با هدف تعیین میزان گسترش الگوی رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در میان دانش آموزان13 تا19 ساله، مطالعه ای پیمایشی انجام داده اند. تحلیل کلی یافته ها نشان داد که 2/12 درصدپاسخگویان حداقل یک الگوی رفتار پرخطر (از قبیل سیگار، سابقه مصرف مواد مخدرتاکنون، آمیزش جنسی قبل از 13 سالگی، مصرف الکل و رژیم نامناسب غذایی) داشتند و متغیرهایی از قیبل علایم افسردگی قابل ملاحظه،باورهای غیر منطقی، مرد بودن و نگرش ضعیف نسبت به مسیحیت با الگوی رفتاری پرخطر مرتبط بود.
6. مطالعه طولی سیقوسدتیرو دیگران2008در اسلند، پیرامون گسترش مصرف مواد در میان نوجوانان، بین دومقطع 1995و 2006 نشان داد که شیوع سیگار کشی روزانه، مصرف الکل و مواد مخدر غیر قانونی، در سال 1998 به اوج خود رسیده بود. در این سال شیوع سیگار کشی روزانه تقریبا 23درصد، مست شدن طی 30 روز گذشته( قبل از تحقیق) 42درصد و مصرف یک یا چند بار حشیش در طول زندگی 17درصد گزارش شده است. در سال 2006، سیگار کشی روزانه به 12 درصد، مصرف الکل طی 30 روز گذشته 25درصد و مصرف حشیش تاکنون به 9درصد تقلیل یافت. تحلیل یافته های کلی حکایت از تقلیل قابل ملاحظه مصرف مواد از سال 1995 تا 2006 دارد. محققان علت این کاهش چشم گیر رادر نتیجه همکاری اجتماعات محلی می دانند در جایی که پژوهشگران، سیاست گذاران و مدیریان اجرایی که با جوانان کار می کننند فعالیت شان را با هم ترکیب کرده اند. بررسی تحقیقات نشان داد که مطالعات رفتارهای پرخطر به طور مقطعی انجام شده و تحولات این رفتارها را طی زمان پوشش نمیدهد. یکی از عمده ترین نقطه ضعف های پژوهش های داخلی به همین مسئله یعنی عدم پایش منظم چنین رفتارهایی بر می گردد. کشورهایی همچون ایسلند و ایالات متحده به طور سالیانه به پایش رفتارهای پرخطر در گروه های سنی نوجوانان می پردازند. مزیت چنین پیمایش های منظمی، پیشگیری و مداخله برای مدیریت چنین رفتارهای پرخطر را نشان می دهد. محققان این پیش رفت را نتیجه همهنگی اجتماعات محلی با برنامه ریزان، پژوهشگران و مدیران اجرایی می دانند.
7. ایتون و دیگران (2006)؛ نظام پایش رفتارهای پرخطر جوانان پروژه جامعی است که سالانه در امریکا اجرا می شود. در این پروژه، شش مقوله رفتار پرخطر در میان جوانان سنجیده می شود. این رفتارها عبارتند از: رفتارهایی که منجر به آسیب ها یا انحراف غیر عمدی می شود، مصرف توتون، الکل، و دیگر مواد، رفتارهای جنسی که منجر به حاملگی های ناخواسته یا انتقال بیماری می شود، رژیم غذایی غیر بهداشتی و عدم فعالیت فیزیکی. در این جا بخشی از گزارش پروژه نظام پایش رفتارهای پرخطر که مربوط به سال های 2004 تا 2006 می شود ارایه می گردد. در ایالات محده امریکا 71درصد همه مرگ و میرهای افراد 10 تا 24 ساله ناشی از چهار عامل است: تصادف با موتور، دیگر آسیب های غیر عمدی، قتل و خودکشی. نتایج گزارش سال 2005 نشان داد که طی 30 روز قبل از پیمایش، دانش آموزان دبیرستانی زیادی مرتکب رفتارهایی شدند که احتمال افزایش مرگ آنها از چهار علت بوده: 9/9 درصد ماشین یا وسیله نقلیه دیگری رادر حالت مستی رانده بودند. 5/18 درصد آنها اسلحه حمل کرده بودند، 3/43درصد الکل مصرف کردهو 2/20 درصد نیز ماری جوانا مصرف کرده بودند. علاوه براین در طول 12 ماه قبل از پیمایش، 9/35 درصد دانش آموزان دبیرستانی درگیری فیزیکی داشتند و 4/8 درصد آن ها تلاش کرده بودند تا خودکشی کنند. بیماری های حاد و مسائل اجتماعی در بین جوانان از حاملگی های ناخواسته و بیماری های واگیر داری از قبیل ایدز ناشی می شد. در سال2005، 8/46درصد دانش آموزان دبیرستانی سابقه ارتباط جنسی داشتند. 1/2 درصد نیز مواد غیر قانونی تزریق کرده بودند. بخش دیگری از یافته های پروژه نظام پیمایش رفتارهای پر خطر نشان میدهد. که 23درصد دانش آموزان دبیرستانی صی 30 روز قبل از پیمایش سیگار کشیده بودند.
8. باگورابرتز2004 نیزبافراتحلیل 194 پژوهشتأییدکردندکهباورهایغیرمنطقیبابسیاريازرفتارهايبهداشتیمانندمصرفتنباکو،مصرفافراطیالکلومصرفموادرابطۀمستقیمدارد. بنابراین،همهیجانخواهیوهمباورهایغیرمنطقیدربروزرفتارهايپرخطرمختلفنقشداشتهومیتوانندتاحدوديآنهاراپیشبینیکنند.
9. نتایجپژوهشگولونهوموری2000 ؛داهلنوهمکاران2005 ؛بیانگرآناستکهرابطۀبینباورهایغیرمنطقیورفتارهايناسالموپرخطرجوانانمنفیاست.
10. مارکیوهمکاران 2003 نیزدرپژوهشخودنشاندادنددخترانیکهدرافکارخودآیندمنفینمراتبالاییگرفتهبودند،بااحتمالبیشتریدررفتارهايپرخطرشرکتمیکردند. ایننتایجحتیپسازکنترلرشدبلوغعینیوذهنیشرکتکنندگانمعناداربود.
11. کاستز (1998)،تأثیردرمانشناختی–رفتاریگروهیرابررویرفتارهایپرخاشگرانهنوجوانانبامیانگینسنی 2/14 سالموردبررسیقرارداد. پسازطیدورهدرمان،دررفتارهایپرخاشگرانهومشکلاتمربوطبهتوجهوپیشرفتتحصیلی،ایننوجوانانتغییراتمعناداریدرجهتمثبتحاصلگرديد. همچنینوالدینآنهاطیمصاحبهایاظهارداشتندکهرفتارهایپرخاشگرانهفرزندانشاندرمنزلکاهشچشمگیرییافتهاست (بهنقلازخدایاریفروهمکاران،1383).
12. لوچمن (1988)،تأثیرروششناختی–رفتاریرابرکاهشمشکلاترفتاریدانشآموزانپسرازطريقبرنامهمهارخشمبراساسروشهایشناختیموردبررسیقرارداد . ارزشیابیمجددومقایسهآنباگروهکنترلنشاندادکهدرمانگریشناختی–رفتاریتاثیرقابلتوجهیبرکاهشرفتارهایپرخاشگرانهدانشآموزانداشت (الهیاری،1379).

**منابع فارسی:**

آریان‌پور،منوچهرودیگران(1385).فرهنگانگلیسیبهفارسی،جهان‌رایانه،چاپششم،جلد2.تهران.

اليس، آلبرت و جی ال سیجل، رجی ییجر، وی جی دایباتیا و آر دای گیزپ. (1375) زوج درمانی. ترجمه: جواد صالحی فدردی، سید امیر امین یزدی. تهران: نشر میثاق.

امینیپورانیسه،فروغعامري، گلناز(1376).بررسیمیزانآگاهیمربیانبهداشتمدارسپیرامونایدز،مجلهدانشکدهعلومپزشکیسبزوار(اسرار)،سالچهارم،شمارهیک.

ارونسون،الیوت؛ندارد. روان‌شناسیاجتماعی،ترجمهحسین ‌شکر‌کن،‌(1389)،تهران،رشد،ویرایشهشتم.

امینپور،حسن؛احمدزاده،یاسین ( 1390).بررسیومقایسهوضعیتباورهایغیرمنطقیدرافرادمعتادوعادی،فصلنامهاعتیادپژوهیسوءمصرفمواد،سال5،شماره 17.

احمدي امین، ابراهيمي منصور(1391). بررسي عوامل اجتماعي مرتبط با نگرش دختران به رفتارهاي بزهکارانه: مطالعه موردي شهر گرگان پويندگان حق 9:26-50.

باریکانی، آمنه(1387). رفتار های پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان های شهر تهران.مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. 14(2)، ص­ص، 192-198

باوی، ساسان (1388). اعتیاد: انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان. اهواز: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مددی،عباس ونوغانی،فاطمه (1384). اعتیادوسوءمصرفموادمخدر . تهران: جامعهنگر.

برژره،ژان (1986).اعتیاد و شخصیت . ترجمه توفان گرگانی (1368). تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.

خدایاری فرد، محمد(1383). مسائل نوجوانان وجوانان.تهران: انتشارات انجمن اولیا ومربیان.

بدار،لوکودزیل،ژوزهولامارش،لوک؛ندارد. روان‌شناسیاجتماعی،حمزهگنجی،تهران،( 1389)،ساوالان،چاپهفتم.

بنسون،هربرتواستوارت،ايلين.ندارد.حالخوش. ترجمهقراچه‌داغی،مهدی. (1392). تهران: نشرشباهنگ

بروس،كوئن؛ندارد.مبانیجامعه‌شناسی،غلام عباستوسلیورضافاضل،(1388).تهران،سمت،چاپبیستودوم.

بوستانی، داریوش(1390).سرمایهاجتماعیورفتارپرخطر؛نمونهموردمطالعه: دانشآموزاندبیرستانیشهرکرمان،مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، شماره اول، سال نهم ، صص1-31.

بک،آرونتی،رایت،فرددی،ندارد. درمانشناختیاعتیادبهموادمخدر،ترجمهمحمدعلیگودرزی،(1380).چاپ اول،انتشاراتراهگشا،شیراز .

پارسا،محمد؛(1383).زمینهروان‌شناسینوین،تهران،بعثت،چاپبیستم،ص312.

پاشاشریفی،حسنونجفیزند،جعفر، (1388 ).روشهایآماریدرعلومرفتاری،انتشاراتسخن،چاپپانزدهم،تهران.

تقی پور،منوچهر( 1377). باورهای غیر منطقی وآشفتگی های روانی، بهداشت جهان3،(12).

تقیپور،منوچهر،(1378). بررسیومقایسهباورهایغیرمنطقیدراختلالاتروانتنیباافرادبهنجار. پایاننامهارشدمشاوره،دانشگاهعلامهطباطبایی.

خاکي، غلامرضا(1390).روش تحقيق( با رويکردي به پايان‌نامه ‌نويسي)، انتشارات بازتاب، چاپ نهم، تهران.

خدابخشی،کولایی؛آناهیتا؛باصريصالحی،نیلوفر؛روشنچسلی،رسول؛فلسفینژاد،محمدرضا(1393). مقایسهطرحوارههايشناختیناسازگار،باورهايغیرمنطقیومهارتهايارتباطیدرنوجوانانپرورشگاهیوغیرپرورشگاهی،روانپرستاری،دوره 2،شماره 1 ،صص1-12.

رحیمیموقر،آفرینوسهیمیایزدیان،الهه (1384). وضعیتمصرفموادمخدردردانشآموزانکشور. رفاهاجتماعی، 5. 19. 9-29.

روشبلاو،آنماریوبورفیون،اُدیل؛ندارد.روان‌شناسیاجتماعی،سیدمحمددادگران،(1371)،تهران،مروارید،چاپدوم.

ریچارد، شارف،ندارد.نظریه های روان درمانی و روانشناسی، ترجمه مهرداد فیروز بخت،( 1392).تهران، نشر رسا.

زاده محمدي،علی واحمدآبادي،زهره. (1387). هموقوعيرفتارهايپرخطردربيننوجواناندبيرستانهايتهران،فصلنامةخانوادهپژوهي. 4. 13. 87-100.

رمضانی،حبیب اله(1383).اعتیاد، علل، گرایش، پیشگیری و راه های درمان.پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه اهواز، ص­ص44-59.

[رشيدي، فرنگيس](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=107004)،[احقر، قدسي](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=55689)،[شفيع آبادي، عبداله](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=14613)(1389).نقش باورهاي غيرمنطقي بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران،[نوآوري هاي مديريت آموزشي (انديشه هاي تازه در علوم تربيتي)،](http://fa.journals.sid.ir/JournalList.aspx?ID=3971)دوره 5، شماره2(مسلسل18)،صص49-65.

زرگر،یداله؛محمدیبهرامآبادی. راضیه؛بساكنژاد،سودابه.(۱۳۹۱) . بررسیفرایندهایخانوادهبهعنوانپیشبینهایمشكلاترفتاریدردانشآموزانپایهیدومدبیرستانهایشهریاسوج .مجلهروانشناسیمدرسه1. 2. 40-51.

زارعی اقبال (1390). بررسيرابطه يبينشيوه هايفرزندپروريوالدينباارتكابنوجوانبهرفتارهايپرخطربراساسمقياسكلونينگر، مجلهعلميپژوهشيدانشگاهعلومپزشكيشهيدصدوقييزد،دوره 18،شماره3، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر،صص220-224.

ساعتچی،محمود،(1377).آموزشخودباوريدربلاك،آ؛هرسن،م. فرهنگشیوههايرفتاردرمانی؛33-34، ترجمهفرهادماهروسیروسایزدي. تهران:انتشاراترشد

سوري،حمید؛مرتضوي،مژده؛شاهاسماعیلی،آرمیتا؛محسنی،حسین؛زنگیآبادي،مهدي؛عینی،الهه،(1392). تعیینرفتارهايپرخطرکارکناندرارتباطباسلامتوایمنیدریکشرکتخودروسازيدرسال 1390،مجلهعلمیپژوهشیدانشگاهعلومپزشکیاراك،شماره3،پیاپی72،صص 52-61.

سعادت،اسفندیار،( 1385)،مدیریتمنابعانسانی،انتشاراتسمت،چاپنهم،تهران.

سرمد،زهره ؛بازرگان،عباس؛ حجازي،الهي،(1385)،روشهايتحقيقدرعلومرفتاري،انتشاراتآگاه،چاپ سیزدهم، تهران.

سکاران، اوما،(1391).روش های تحقیق در مدیریت، محمدصائبی و محمود شیرازی، مرکز آموزش مدیریت دولتی، چاپ یازدهم، تهران.

سنجری،احمدرضا،( 1388).روشهایتحقیقدرمدیریت،انتشاراتعابد،چاپاول،تهران.

[سليماني نيا، ليلا](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8220)؛[جزايري عليرضا](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8137)؛[محمدخاني پروانه](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8185)(1384). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهاي پر خطر نوجوانان، مسایل کودکان و نوجوانان ایران،[دوره 5، شماره 19 ،صص75-90.](http://fa.journals.sid.ir/JournalListPaper.aspx?ID=10913)

سلمانی،بهزاد؛ حسنی،جعفر؛ آریانا کیا، المیرا،(1393). بررسینقشصفاتشخصیتی(وظیفهشناسی،سازگاريوهیجانخواهی)دررفتارهايپرخطر، فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال16، شماره 1،صص1-10.

شفيع آبادي، عبدالله و غلامرضا ناصري. (1380).***نظريه هاي مشاوره و روان درماني***. تهران: مركز نشر دانشگاهي.

صفاری نیا، مجید؛ علمی مهر، مرجان؛ حشتمی، حسن؛ علی مهر، فرشید،( 1391). مقایسه حمایت اجتماعی و باورهای غیر منطقی در حوادث کار شرکت توزیع برق خراسان شمال، فصلنامه روانشناسی صنعتی/سازمانی، سال سوم، شماره 12،صص 43-52.

عبدی زرین، سهراب؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ عبدی زرین، محبوبه؛ محمدی، الهام؛ جوادی، رحم خدا، (1387). نقش ساختار شخصیت و احساس هویت در سلامت روانی و کارایی مطلوب در کارمندان شهرداری شهر قم، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال هفتم ، شماره سوم و چهارم ،صص 31-40.

فلاح زاده، علی و همكاران (1380). پيشگيری از اعتياد. اهواز. انتشارات مشترک بهزيستی و نهضت سواد آموزی. استان خوزستان

کریمی،یوسف؛(1389).روان‌شناسیاجتماعی،تهران،انتشاراتدانشگاهپیامنور،‌چاپدوازدهم.

كریستنسن،یانوواگنر،هاگوهالیدی،سباستین؛ندارد.روان‌شناسیعمومی،ابولقاسمبشیریودیگران،(1385).قم،موسسهآموزشیوپژوهشیامامخمینی،چاپاول،ص504.

کریمی، محمد؛ نیکنامی، شهرام؛حیدرنیا، علی (1383). تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر رفتارها يپیشگیري کننده از ایدز در زندان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، 8(30)، ص­ص 37 ـ 29

گرمارودي،غلامرضا؛مكارم،جليل؛علوي،سيدهشهره؛عباسي،زينب،(1388). عاداتپرخطربهداشتیدردانشآموزانشهرتهران،فصلنامهپايش،سال9،شمارهاول.

گلپرور، محسن. آتش پور ، سید حمید. آقایی ، اصغر(1381).روان شناسی اعتیاد. اصفهان: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

گل‌پرور، محسن، منوچهر كامكار و سارا جوادي.(1386).«رابطه باورهاي دنياي عادلانه براي خود و ديگران با سلامت عمومي، رضايت از زندگي، عاطفه مثبت و منفي و افكار خودكار، *دانش و پژوهش در روانشناسي كاربردي*، 31.

لارنس پروین، الیور جان،(1392).[شخصیت: نظریه و پژوهش](http://www.adinehbook.com/gp/product/9647006705/ref=sr_2_1000_1/831-8664658-1790628)، ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، نشر آییژ،چاپ چهارم، تهران.

[لطافتی بریس،رامین.(1389). تشخیص افکار اتوماتیک منفی، مشاوره، دوره ی 5، شماره 6، صص26- 29.](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%d9%81%d8%b1%d8%ad_%d9%84%d8%b7%d9%81%db%8c_%da%a9%d8%a7%d8%b4%d8%a7%d9%86%db%8c)

[لطافتی بریس،رامین؛(1389). مداخلات شناختی و شیوه های درمان و زیر سوال بردن: افکار اتوماتیک منفی،مجله رشد مشاور مدرسه، شماره 20، صص20 تا 23.](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%d9%81%d8%b1%d8%ad_%d9%84%d8%b7%d9%81%db%8c_%da%a9%d8%a7%d8%b4%d8%a7%d9%86%db%8c)

[لطفی کاشانی،فرح](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%d9%81%d8%b1%d8%ad_%d9%84%d8%b7%d9%81%db%8c_%da%a9%d8%a7%d8%b4%d8%a7%d9%86%db%8c)؛( 1387).[تاثیر مشاوره ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش هایناکارآمد](http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/488761/%d8%aa%d8%a7%d8%ab%db%8c%d8%b1-%d9%85%d8%b4%d8%a7%d9%88%d8%b1%d9%87-%db%8c-%da%af%d8%b1%d9%88%d9%87%db%8c-%d9%85%d8%a8%d8%aa%d9%86%db%8c-%d8%a8%d8%b1-%d8%b1%d9%88%db%8c%da%a9%d8%b1%d8%af-%d8%b1%d9%81%d8%aa%d8%a7%d8%b1%db%8c---%d8%b4%d9%86%d8%a7%d8%ae%d8%aa%db%8c-%d8%af%d8%b1-%da%a9%d8%a7%d9%87%d8%b4-%d9%86%da%af%d8%b1%d8%b4-%d9%87%d8%a7%db%8c-%d9%86%d8%a7%da%a9%d8%a7%d8%b1%d8%a2%d9%85%d8%af)*،* مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، شماره 8،صص 67-78.

محمدي ترک آباد ، فاطمه،(1387).بررسي مقايسه رابطه بين باورهاي غير منطقي و هوش هيجاني در نوجوانان پسر بزهکار و عادي شهر يزد, دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.پایان نامه کارشناسی ارشد .

ملکشاهی، فریده؛ مومن نسب، مرضیه(1386). تاثیر برنامه آموزش پیشگیري از رفتارهاي پرخطر بر آگاهی و نگرش مربیان بهداشت مدارس ابتدایی خرم آباد. فصلنامه علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي لرستان (یافته). 9(2). ص­ص 47-54.

هاتون، كرك و سالكووس كلارك، **رفتاردرماني شناختي**(جلد اول)،ترجمه حبيب الله قاسم زاده (1380) .انتشارات ارجمند تهران.

**منابع انگلیسی:**

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifyingtheory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191–215.

Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw , B.F., & Emery , G.( 1979) .Cognitive therapy of depression. Newyork : Guilford

Bergman, M. M ,& Scott, J.(2001). Young Adolescents , Well –Being and health – risk Behaviors: Gender and Socioeconomic Diffrences. Journal of Adolescence, 24.

Bogg T, Roberts BW.(2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. Journal of Psychological Bulletin 130:887-19.

Brooks, T. L. Harris, S. K. Thrall, J. S. Woods, E.R. (2002),Association ofAdolescent Risk Behaviors with Mental Health Symptoms in HighSchool Students, Journal of 31 (3):240-246

Bruce D., dart M (1975). Contemporary lssues inadolesccentdevelopment. Harper & row publishers, inc.

Bullock S, Room R. (2004)Alcohol consumption by adolescents and young adults. WHO book,

Campo-Arias,A,.Cogollo,Z,&C,E.(2008). Risk behavior for health in young students: P revalence and associated factors. ,Salud Uninorte. Barranaquilla,24(2),226-234.

Cherpite CJ, Borges G, Giesbrecht N,Hungerford D, Peden M, Poznyak V, et al. (2009).Alcohol And Injuries: Emergency DepartmentStudies in an International Perspective.Switzerland: WHO Press.

Curran, EM. (2007), the relationship between social capital andsubstance use by high school students, Journal of alcohol & drugeducation, 7(2) 59-73.

Dahlen ER, Martin RC, Ragan K, Kuhlman MM.(2005 )Driving anger, sensation seeking, impulsiveness, and boredom proneness in the prediction of unsafe driving. Journal of accident Analysis and Prevention;37:341-48.

Eaton,D.K.et al.(2006)."Youth risk behavior surveillance United,,Morbidity and Mortality,55(5):1-108.

Farhoudian A. (2002). Individual differences inattitude structure.*New Find Cogn Sci*, 4: 64.

Gullone E, Moore S.(2000). Adolescent risk-taking and the five-factor modelof personality. Journalof Adolescents ,23:393-407.

Harden Paige, Patrick D. Quinn, Elliot M. Tucker-Drob Article .(2012). Genetically influenced change in sensation seeking drives the rise of delinquent behavior during adolescence. January,Volume 15, Issue 1 , Pages i–ii, 1–164.

Hassan.f ,.Eldefrawi,M.H,(1996).Smoking among students of Suez Canal University Egyptian. Jurnal of PsychiatryT19,49-60.

Jessor, R. (1992), Risk behavior in adolescence: A psychosocial frameworkfor understanding and action, Developmental Review, 12, 374-390.

Juan-Pablo,g. & Stefan,M.(2004).Sexual risk behavior among adolescence: The role of socioeconomic and demographic household characteristics. Mexico: Global Forum for Health Research Forum

Kimberly K., Nicholas A., Hazel BA., Mariann Z., Wambodt MD.(2005) bPredictors of body dissatisfaction in boysand girls with asthma. Journals of Pediatric Pcychology 30(6), 522-531.

Lindberg L. D., Boggess, S., & Williams, S. (2000). Mult iplethreats: The co-occurrence of teen healt h ri sk-behavi ors.

Lindberg, LD. Boggest, S. Williams, S. (2000), Multiple Threat: The Co-occurrence of Teen Health Risk Behaviors,The Urban Institute.

Maher F.( 2004). Risky behaviors in leisure’s youth:procedures and patterns. Journal of Youth Studies; 6:118-43.[Persian].

Malekshahi F, Moumannasab M.(2007).The effects of high risk behaviors prevention educational program on the knowledge end attitude of schoolhealth trainers in Khorram-Abad. *Journal* ofLorestan University of Medical Sciences ,9(2):47-54.[Persian].

Mandic,I.v;Perunicic,B.Lukic,I.Rakovic,S.Marjanovic,D.LecicToseveski.(2010).Irrationalbeliefs of patients with major depressive disorder European Psychiatry, 25,1, 281.

Markey CN, Markey PM,Tinsley BJ.(2003).Personality, puberty, and preadolescent girls’ risky behaviors: Examining the predictive value of the Five-Factor Model of personality. Journal of Research Personality 37:405-19.

Marquez, M. P., & Galban, N. (2004). Getting hotter, going wilder? Changes in sexual isktakingbehavior among Filipino youth. Paper presented at the 7th InternationalConference on Philippine Studies, Leiden, The Netherlands. 16-19 .

Mullen J.( 2004). Investigating factors that influenceindividual safety behavior at work.Journal ofSafety Research. 35(3):275-85

Niilin- Yii. (2002).The application of Cognitive- bihavioral therapy to counselingchines.American journal of hotherapy. New York. 56, Iss.1; g 46, 13.

Olds, R,Thombs, D.(2001).The relationship of adolescent perception of peer norms and parent involvement to eigarette and school use. Journal of School Health; 71: 223-28.

Parsa, M.(1993).Psychology of human learning theories.Tehran: Besat.P.65.[Persian]

Reininger, BM. Evans, AE. Griffin, SF. Sanderson, M. Vincent, ML. Valois, RF. Parra-Medina, D.(2005), Predicting Adolescent Risk Behaviors Basedon an Ecological Framework and Assets, American Journal of HealthBehaviors, 29(2):150-61

Rolison, M. R & Scherman, A, (2002).Factors influencing adolescents' decisions to engage inrisk-taking behavior, Journal of Adolescence, 37(147), 585-597.

Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P.R. (1998), the theory ofreasoned action: A meta-analysis of past and future research, Journalof consumer Research, (15): 325-343.

Sigfusdottir.I.D.,Kristjansson,A.L.,Thorlindsson,T.,&Allegrante.J.P. (2008) ,Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents". 1995-2006". Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy,3:12. (<http://www.Substanceabusepolicy.com/content/3/1/12>).

Springer,A.E.,Selwyn,B.J.,&Helder,S.H.(2006)."A descriptive studyof youth risk behavior in urban and and ruralsecondary scool students in El Salvador."BMC International Health and Human Rights, 6:3(<http://www.biomedcentral.com/1472-698x//3>).

Wright, D.R. Fitzpatrick, K.M. (2004), Psychosocial correlates of substanceuse behaviors among African American youth Adolescence

Zarei E. (2010) Relationship between parent childrearing practices and high risky behavior on basisof Cloninger's scale.*Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*; 18(3):220-24.[Persian].

Zuckerman, M., Eysenck, S. & Eysenck, H.I, (1978). Sensation-seeking in England andAmerica: Crosscultural, age, and sex comparisons. Journal of Consulting and ClinicalPsychology, 46, 139-149.

1. . Ruoshblav [↑](#footnote-ref-1)
2. .Bedar [↑](#footnote-ref-2)
3. .Opinion [↑](#footnote-ref-3)
4. . Attitude [↑](#footnote-ref-4)
5. . Stereotype [↑](#footnote-ref-5)
6. . Bruce [↑](#footnote-ref-6)
7. . prejudice [↑](#footnote-ref-7)
8. . Feline [↑](#footnote-ref-8)
9. . Irrational beliefs [↑](#footnote-ref-9)
10. .Harmony [↑](#footnote-ref-10)
11. . Bernard [↑](#footnote-ref-11)
12. .Ellis [↑](#footnote-ref-12)
13. . Morris and Kantytz [↑](#footnote-ref-13)
14. . Edward Mack Nell [↑](#footnote-ref-14)
15. . Gardner Gatly [↑](#footnote-ref-15)
16. . Aaron Beck [↑](#footnote-ref-16)
17. . RAYMOND DIGIUSEPPE AND JILL KELTER [↑](#footnote-ref-17)