





صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)

نام و نام خانوادگی دانشجو: طیبه وفائی در تاریخ: ۸۸/۸/۳۰ رشته: راهنمایی و مشاوره
از پایان نامه خود با عنوان: « مقایسه وضعیت سلامت روانی و الگوهای ارتباطی همسران
جانباز و همسران افراد عادی »
با درجه عالی و نمره ۱۹/۳۳ دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضاء هیات داوری سمت امضاء اعضاء هیات داوری

۱ - دکتر صدراله خسروی استاد راهنما

۲ - دکتر لادن معین استاد مشاور

۳ - دکتر سیروس سروقد استاد داور

مراتب فوق مورد تایید است.

مدیر/معاونت پژوهشی

مهر و امضاء



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی - گروه راهنمایی و مشاوره

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد M.A.

عنوان :

مقایسه وضعیت سلامت روانی و الگوهای ارتباطی همسران جانباز و

همسران افراد عادی

استاد راهنما :

دکتر صدراله خسروی

استاد مشاور :

دکتر لادن معین

نگارش :

طیبه وفائی

پاییز ۱۳۸۸

تقدیم به

خانواده های معظم جانبازان

تقدیم به پدر بزرگوارم

که درخشش نگاه و حکمت کلامش ، سرمایه های جاودانی زندگی من
است .

تقدیم به مادر مهربانم

که سالهاست نگاه نگران و دعای خیرش بدرقه راهم است .

سپاسگذاری

حمد و سپاس آن خدایی که آدمی را خلق کرد و سپاس آن خدایی که به ما عقل داد و از طریق عقل به ما علم آموخت . خدای بزرگ را هزاران بار شکر می گویم که بار دیگر الطاف بی پایانش را بر من ارزانی داشت و مرا مورد محبت و بزرگواری خویش قرار داد تا بتوانم مرحله ای دیگر از دوران تحصیل و زندگی خود را با موفقیت سپری کنم و امیدوار به سوی آینده گام بردارم .

در اینجا بر خود لازم می دانم از تمامی کسانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم ، چرا که اگر همکاری و همراهی هر کدام از این عزیزان نبود انجام این کار میسر نبود .

از اساتید فرهیخته و بزرگواریم ، جناب آقای دکتر صدرالله خسروی (استاد راهنما) و سرکار خانم دکتر لادن معین (استاد مشاور) که در تمام مراحل پژوهش با عنایت کامل و سعه صدر با راهنمایی های ارزنده شان صمیمانه مرا در انجام این کار یاری نمودند تشکر و قدردانی نموده و برای اساتید بزرگواری از خداوند متعال آرزوی موفقیت و بهروزی دارم .

از استاد محترم و بزرگواریم جناب آقای دکتر سیروس سروقد که زحمت داوری این پایان نامه را به عهده داشته و با نظرات ارزشمندشان مرا در بهتر شدن کار یاری نمودند تشکر و قدردانی می کنم .

از استادان گرامی سرکار خانم دکتر ژاله رفاهی (ناظر و مدیر گروه) ، سرکار خانم دکتر نازنین هنرپروران و سرکار خانم دکتر زهرا قادری که در طول تحصیل در این دوره افتخار شاگردیشان را داشته و از رهنمودهای ارزنده و راهگشای ایشان در مراحل انجام پژوهش بهره مند شدم ، تشکر و قدردانی می کنم .

در پایان از خانواده عزیزم که همیشه و در تمامی مراحل زندگی و مقاطع تحصیلی پشتیبان و حامی من بوده اند ، صمیمانه تشکر و قدردانی می کنم . به امید آن که بتوانم قطره ای از دریای بی کران لطف و محبتشان را پاسخگو باشم .

چکیده

با توجه به مسائل مربوط به جنگ و تأثیر فشارهای ناشی از آن بر روی خانواده به ویژه همسران ، این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان و الگوهای ارتباطی همسران جانباز با همسران افراد عادی صورت گرفته است .

روش پژوهش از نوع علی - مقایسه ای است . جامعه آماری شامل همسران جانبازان بالای ۲۵ درصد و همسران افراد عادی شهر شیراز (که بر اساس سن ، تحصیلات ، شغل ، مدت ازدواج ، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان با همسران جانباز هم‌تاسازی شده اند) بوده است .

نمونه پژوهش ۳۰۰ نفر (۱۵۰ همسر جانباز و ۱۵۰ همسر افراد عادی که از بین کارکنان سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس و دانشگاه آزاد اسلامی شیراز انتخاب شده اند) بوده و به شیوه نمونه گیری تصادفی منظم انتخاب شده اند .

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های سلامت روان (SCL-90-R) و الگوهای ارتباطی (CPQ) استفاده گردید . داده ها با استفاده از آزمون های مانوا و t مستقل تجزیه و تحلیل شد .

نتایج نشان داد که بین وضعیت سلامت روان همسران جانباز و همسران افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0,0001$) . بین الگوهای ارتباطی همسران جانباز و همسران افراد عادی نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0,0001$) .

بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که همسران جانباز در مقایسه با همسران افراد عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند ، از الگوی ارتباط سازنده متقابل کمتر استفاده می کنند و از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع / کناره گیری بیشتر از همسران افراد عادی استفاده می کنند .

کلید واژه ها : سلامت روان ، الگوهای ارتباطی ، همسران جانباز ، همسران افراد عادی .

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول « کلیات پژوهش »

| | |
|----|-----------------------------|
| ۲ | مقدمه |
| ۴ | بیان مسئله |
| ۹ | اهمیت و ضرورت پژوهش |
| ۱۰ | اهداف پژوهش |
| ۱۱ | فرضیات پژوهش |
| ۱۱ | تعاریف متغیرهای اساسی پژوهش |

فصل دوم « ادبیات و پیشینه پژوهش »

| | |
|----|-------------------------------|
| ۱۴ | مقدمه |
| ۱۴ | سلامت روانی |
| ۱۹ | انواع پیشگیری در بهداشت روانی |
| ۲۱ | معیارهای سلامت روانی |
| ۲۳ | اصول سلامت روانی |
| ۲۵ | اهداف بهداشت روانی |
| ۲۵ | سلامت روان از دیدگاه اسلام |
| | ابعاد سلامت روان |
| ۲۷ | اضطراب |
| ۳۰ | افسردگی |

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|------------------------------|
| ۳۳ | پرخاشگری |
| ۳۶ | وسواس - اجبار |
| ۳۸ | پارانوئید |
| ۳۹ | ترس مرضی |
| ۴۱ | روان پریشی |
| ۴۲ | جسمانی کردن |
| ۴۴ | ارتباط |
| ۴۵ | فرآیند ارتباط |
| ۴۹ | چهار نوع بیان |
| | انواع ارتباطات |
| ۵۰ | ارتباطات کلامی |
| ۵۲ | ارتباطات غیرکلامی |
| ۵۳ | انواع رفتارهای غیرکلامی |
| ۵۹ | ارتباطات زنان و مردان در عمل |
| ۶۰ | موانع ارتباطی |
| ۶۲ | پنج مجموعه مهارت های ارتباطی |
| ۶۳ | ارتباط و اهمیت آن در خانواده |
| ۶۵ | سبک های عشق |

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۶۶ | سبک های دلبستگی |
| ۶۷ | تعارض در زندگی زناشویی |
| ۶۸ | الگوهای ارتباطی در خانواده |
| ۷۰ | انواع الگوهای ارتباطی زناشویی |
| | پیشینه پژوهش |
| ۷۸ | پژوهش های داخلی |
| ۸۱ | پژوهش های خارجی |
| | فصل سوم « روش اجرای پژوهش » |
| ۸۹ | مقدمه |
| ۸۹ | روش پژوهش |
| ۸۹ | جامعه آماری |
| ۸۹ | نمونه و روش نمونه گیری |
| ۹۰ | ابزار پژوهش |
| ۹۰ | پرسشنامه سلامت روانی SCL-90-R |
| ۹۱ | شیوه نمره گذاری پرسشنامه |
| ۹۲ | ویژگی های روان سنجی پرسشنامه سلامت روانی SCL-90-R |
| ۹۲ | روایی پرسشنامه |
| ۹۳ | پایایی پرسشنامه |

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

| | |
|-----|--|
| ۹۴ | پرسشنامه الگوهای ارتباطی CPQ |
| ۹۴ | شیوه نمره گذاری پرسشنامه |
| ۹۵ | ویژگی های روان سنجی پرسشنامه الگوهای ارتباطی CPQ |
| ۹۵ | روایی پرسشنامه |
| ۹۷ | پایایی پرسشنامه |
| ۹۸ | روش اجرای تحقیق |
| ۹۸ | روش تجزیه و تحلیل داده ها |
| | فصل چهارم « تجزیه و تحلیل داده ها » |
| ۱۰۰ | مقدمه |
| ۱۰۰ | تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها |
| ۱۰۴ | آزمون فرضیه ها |
| | فصل پنجم « بحث و نتیجه گیری » |
| ۱۱۶ | خلاصه پژوهش |
| ۱۱۷ | بحث در نتایج |
| ۱۲۴ | خلاصه و جمع بندی نهایی |
| ۱۲۵ | محدودیت های پژوهش |
| | پیشنهادات |
| ۱۲۵ | پیشنهادات کاربردی |

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱۲۶

پیشنهادات پژوهشی

۱۲۷

منابع فارسی

۱۳۲

منابع انگلیسی

پیوست ها

پیوست الف « پرسشنامه سلامت روانی SCL-90-R »

پیوست ب « پرسشنامه الگوهای ارتباطی CPQ »

فهرست جداول

صفحه

عنوان

فصل دوم « ادبیات و پیشینه پژوهش »

- جدول (۱-۲) : تعریف انجمن بهداشت روانی کانادا از بهداشت روانی ۱۷
- جدول (۲-۲) : ویژگی های صوتی و احساسات احتمالی همراه با آن ۵۶

فصل چهارم « تجزیه و تحلیل داده ها »

- جدول (۱-۴) : میانگین سنی گروههای مورد مطالعه ۱۰۰
- جدول (۲-۴) : میانگین مدت زمان ازدواج گروههای مورد مطالعه ۱۰۱
- جدول (۳-۴) : میانگین میزان درآمد گروههای مورد مطالعه ۱۰۱
- جدول (۴-۴) : میانگین تعداد فرزندان گروههای مورد مطالعه ۱۰۲
- جدول (۵-۴) : فراوانی وضعیت شغلی به تفکیک گروههای مورد مطالعه ۱۰۲
- جدول (۶-۴) : فراوانی سطوح تحصیلی به تفکیک گروههای مورد مطالعه ۱۰۳
- جدول (۷-۴) : میانگین و انحراف معیار کسب شده در ابعاد سلامت روان در هر گروه ۱۰۵
- جدول (۸-۴) : نتایج تحلیل واریانس چند متغیره متغیرهای مورد بررسی در دو گروه ۱۰۷
- جدول (۹-۴) : نتایج تحلیل واریانس دو گروه در متغیرهای مورد بررسی ۱۰۸
- جدول (۱۰-۴) : میانگین و انحراف معیار در الگوهای ارتباطی در دو گروه ۱۱۰
- جدول (۱۱-۴) : نتایج تحلیل واریانس چند متغیره الگوهای ارتباطی در دو گروه ۱۱۱
- جدول (۱۲-۴) : نتایج تحلیل واریانس دو گروه با توجه به سه الگوی ارتباطی ۱۱۱
- جدول (۱۳-۴) : مقایسه همسران جانباز و همسران افراد عادی از نظر الگوی ارتباط سازنده متقابل ۱۱۲

فهرست جداول

صفحه

عنوان

جدول (۴-۱۴) : مقایسه همسران جانباز و همسران افراد عادی از نظر الگوی ارتباط اجتنابی متقابل ۱۱۳

جدول(۴-۱۵): مقایسه همسران جانباز و همسران افراد عادی از نظر الگوی ارتباط توقع / کناره گیری ۱۱۴

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

| | |
|-----|---|
| ۲۱ | فصل دوم « ادبیات و پیشینه پژوهش » نمودار (۱-۲) : انواع پیشگیری در بهداشت روانی |
| ۱۰۳ | فصل چهارم « تجزیه و تحلیل داده ها » نمودار (۱-۴) : وضعیت شغلی به تفکیک گروه های مورد مطالعه |
| ۱۰۴ | نمودار (۲-۴) : سطح تحصیلات به تفکیک گروه های مورد مطالعه |

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

جنگ تحمیلی ۸ ساله اگر چه در بعضی جنبه های سیاسی ، اجتماعی و اقتصادی باعث پیشرفت و آگاهی مردم گردید و به جهانیان ثابت کرد که یک کشور با حداقل امکانات دفاعی و اقتصادی و فقط با قدرت ایمان توانایی مقابله با تمام قدرت های استکباری را دارد ، لیکن صدمات فیزیکی ، خسارات اقتصادی و عوارض نامطلوب عصبی روانی را نیز به بار آورده است که تا سالیان درازی ممکن است تداوم یابد (خیاط جدیدی ، ۱۳۷۹) .

مادام العمر بودن عوارض ناشی از این صدمه می تواند جنبه های مختلف زندگی فرد و خانواده اش را تحت تأثیر قرار داده و موجب تغییراتی در ایفای نقش خانوادگی اعضا گردد . تغییر در الگوی زندگی فرد ، مشکلات مالی و اقتصادی ، عدم اشتغال ، کاهش ارتباطات ، محدودیت در فعالیت های اجتماعی و کاهش توانمندی در انجام اهداف طولانی ، در مجموع زندگی پیچیده ای را برای جانباز و خانواده اش ایجاد می نماید (ساکی و قنبری ، ۱۳۸۳) .

تعاملات اعضای خانواده خطی نیست ، بلکه همچون حلقه های زنجیر به هم وابسته بوده و بر یکدیگر تأثیر متقابل دارد . لذا اعضای خانواده جانباز به خصوص همسر او که با عوامل فشارزای ویژه ای مواجه است ، از این قاعده مستثنی نیست و تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی فرد جانباز و خانواده اش همچنان ادامه می یابد . از این رو لازم است اثرات این پدیده مد نظر قرار گیرد (یمینی نیا ، ۱۳۸۰) .

نقش بهداشت روان^۱ در حوزه های مختلف زندگی فردی ، اجتماعی ، محیط کار ، خانواده و جامعه انکارناپذیر است و هدف آن ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از عوارض و درمان صحیح و به موقع و نهایتاً ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (امیری ، ۱۳۸۱) .

روان پزشکان فردی را از نظر روانی سالم می دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات وجود داشته باشد . در واقع از دید روان پزشکی سلامتی ، تعادل در فعالیت های زیستی ، روانی و اجتماعی افراد می باشد . انسان از این تعادل سیستمیک و ساختارهای سالم خود ، برای سرکوب کردن و تحت کنترل درآوردن بیماری استفاده می کند (میلانی فر ، ۱۳۸۲) .

انسان موجودی است اجتماعی و آشکار است که این ماهیت اجتماعی آدمی را به برقراری رابطه و ایجاد ارتباط^۲ رهنمود می کند . ارتباط از جمله پدیده هایی است که با همه جوانب زندگی انسان پیوند خورده و فقط از طریق آن است که انسان می تواند با همه مراوده داشته و به حیات اجتماعی خود ادامه دهد . به این ترتیب ارتباطات از گسترده ترین ، مهمترین و پیچیده ترین انواع رفتارهای انسان است (هنرپروران ، ۱۳۸۶) .

بدیهی است که داشتن همسر جانباز آن هم با معلولیت های جدی و مزمن می تواند بر انسجام خانواده تأثیر سوء گذاشته و منجر به بروز مشکلات روانی و اجتماعی و ارتباطی گردد .

برخورد جامعه با فرد معلول به دلیل ناتوانایی های ظاهری او می تواند عوارض روحی نامطلوبی برای فرد و خانواده او برجای گذارد . گرچه معلولین جنگ ما با معلولین جنگی دیگر کشورها از بسیاری جهات از جمله اعتقادات مذهبی ، روحیه شهادت طلبی ، ارزش بودن جانبازی و احترام جامعه به جانبازان تفاوت دارند ، لیکن نباید اثرات ناخواسته ناشی از مشکلات جسمی و روانی جانبازان را روی خانواده هایشان به خصوص همسرانشان نادیده گرفت (امیری ، ۱۳۸۱) .

1 . mental health
2 . communication

پژوهش حاضر تلاشی است که به مقایسه وضعیت سلامت روانی و الگوهای ارتباطی همسران جانبازان و همسران افراد عادی می پردازد تا شاید گامی در جهت شناسایی و درک بهتر از شرایط آنها که خود را صرف خدمت به جانبازان و علاوه بر آن خدمت به مردم و مملکت کرده اند ، برداشته باشد .

۱-۲ بیان مسئله

جنگ های بزرگ با قربانی های فراوان آن ، نه تنها زندگی انسانها را به سوی قرارگاه آرامش و امنیت روانی و بهره مندی کامل از دستاوردهای مثبت قرن جدید سوق نداد ، بلکه بیمارستانهای روانی را با مراجعین فراوان روبه رو کرد و هر روز بر شمار بیماریهای روانی و ناهنجاریها افزود . در نتیجه روابط عاطفی انسانها روز به روز کم رنگ تر و بنیادهای اساسی خانواده را در معرض خطر جدی قرار داد (خیاط جدیدی ، ۱۳۷۹) .

تجارب بالینی و مشاهدات کاکلین و پارکین^۱ (۱۹۸۷) نشان داده است که خانواده جانبازان (خصوصاً همسران) از مشکلات روانی رنج می برند . همسران بازگشتگان از جنگ که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه^۲ (PTSD) می باشند از مشکلات روانی مانند احساس انزوا ، تنهایی ، از خود بیگانگی ، عزت نفس پایین ، درماندگی ، احساس گناه ، افسردگی و سایر مشکلات روانی رنج می برند .

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی^۳ (WHO) سلامت فکر و روان را قابلیت موزون و هماهنگ با دیگران ، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی ، عادلانه و مناسب تعریف نموده اند (هنرپروران ، ۱۳۸۶) .

یکی از نظریه پردازان معاصر ، سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند و آن را حداکثر مؤثر بودن و نیز حداکثر رضایت به دست آمده از واکنش های فردی و اجتماعی می داند . این

1 . Caughlin & Parkin

2. Post Traumatic Stress Disorder

3 . World Health Organization

واکنشها را نیز شامل بازخوردهای (نگرشهای) مثبت نسبت به خود و دیگران در نظر می گیرد (هوهان^۱ ۱۹۹۵ ، به نقل از هنرپروران ، ۱۳۸۶) .

در پژوهش ماتساکیز^۲ (۱۹۸۹ ، به نقل از دژکام و امین الرعایا ، ۱۳۸۲) نشان داده شده که ، پیچیدگی چندگانه همسران قربانیان جنگ و فشارهای مضاعفی که آنان در ایفای نقشها متحمل شده اند باعث شده است که زنان در چنین شرایطی مقدار زیادی درد و رنج و عصبانیت ، ترس و اختلال نشانه های جسمانی را در خود تجربه کنند .

یک تحقیق در ایران بر روی همسران جانباز نشان داده که افسردگی ، اضطراب و شکایات جسمانی با مدت ازدواج و درصد جانبازی همسر ارتباط مستقیم دارد (دژکام و امین الرعایا ، ۱۳۸۲) .

تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تأمین کننده سلامت روانی می باشد . روابط درون خانواده چنان چه به نحوی باشد که منجر به اضطراب برای اعضاء گردد ، امنیت روانی افراد را به خطر می اندازد و این خود می تواند سر منشأ بسیاری از مشکلات روانی و رفتاری برای آنها شود (خیاط جدیدی ، ۱۳۷۹) .

هنگامی که فردی از طریق ابزار زبان با فرد دیگری ارتباط برقرار می کند رابطه ای میان آنان شکل می گیرد که آن را در هیچ جای دیگر طبیعت نمی توان یافت . پس تعجب آور نیست اگر فیلسوف آلمانی ، جاسپرس^۳ مدعی است که عالی ترین دستاورد انسان در دنیا ، ارتباط شخصیت با شخصیت است (بولتون^۴ ، ترجمه سهرابی ، ۱۳۸۳) .

ارتباط فرآیندی است که طی آن اطلاعات ، معانی و احساسات را از طریق پیامهای کلامی^۵ و غیر کلامی^۶ با دیگران در میان می گذاریم . مهارت های ارتباطی مجموعه ای از رفتارهاست که کیفیت

1 . Hauhan
2 . Matsakeiz
3 . Jaspers
4 . Bolton
5 . verbal message
6 . non verbal message

ارتباط بین اشخاص را در بر می گیرد (بروکس و هیث^۱ ، ۱۹۸۵ ، به نقل از نظیری و ده بزرگی ، ۱۳۸۷) .

در میان انواع ارتباط های روزمره ، ارتباط بین یک زوج از حساسیت بیشتری برخوردار است . در سایر روابط بین فردی افراد ساعات محدودی در کنار هم به سر می برند ، حال آنکه بیشترین ساعات زندگی یک زوج در کنار هم سپری می شود و می توان گفت که زندگی آنها تا حد زیادی در هم تنیده می شود . به دلیل طولانی بودن این ارتباط ، همان گونه که وجود جنبه های مثبت در آن به بهداشت و سلامت روان کمک می کند ، جنبه های ضعیف و مخرب می تواند به شدت سلامت یک یا هر دو زوج را تهدید کرده و به انواع بیماری های اعصاب و روان نظیر افسردگی و اضطراب منجر شود (نظیری و ده بزرگی ، ۱۳۸۷) .

رفتار اعضای یک خانواده تابعی از رفتار سایر اعضای خانواده است . در نتیجه رفتار افراد به گونه ای است که تعادل در خانواده و سیستم خانواده حفظ شود . نوع رفتارهای اعضای خانواده مشخص کننده الگوهای ارتباطی^۲ هستند . پژوهشها نشان داده اند که در خانواده هایی که یک عضو بیمار وجود دارد الگوهای ارتباطی خشک تر و نامنطع تر است (مینوچین^۳ ، ۱۹۷۴ ، به نقل از خیاط جدیدی ، ۱۳۷۹) .

تصور فرد از خود و دیگران و رابطه ، الگوها و عاداتهای ارتباطی را می سازد (بارلسون^۴ و همکاران ، ۲۰۰۰ ، به نقل از هیون^۵ و همکاران ، ۲۰۰۶) .

الگوهای پیام رسانی (سبک یا شیوه تبادل اطلاعات (رمز گردانی و رمزگشایی اطلاعات) در داخل خانواده ، دقت ، وضوح یا درجه ابهام پیامها و اثر رفتاری یا عملی این پیام رسانی) به علاوه محتوای پیامها ، روابط زن و شوهر را تعیین می کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۶ ، ترجمه حسین شاهی و نقشبندی ، ۱۳۸۶) . این توافق وجود دارد که بعضی الگوهای ارتباطی ، مذاکره فعال و سازنده ای از تفاوتها را منعکس می سازد ، در حالیکه دیگر الگوها تمایل به اجتناب یا استفاده از استراتژیهای دیگر که کمتر برای ارتباط

1 . Brooks & Heath
2 . communication patterns
3 . Minuchin
4 . Burleson
5 . Heaven
6 . Goldenberg & Goldenberg