

مقایسه اثربخشی آموزش مقابله دینی با آموزش شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و مشکلات رفتاری دختران نوجوان

سمیه عسکریان^۱
غلامرضا ثناگوی محرر^۲
حسین جناآبادی^۳

چکیده

نوجوانی، مهم‌ترین دوره رشد انسان است که به دلیل تغییرات سریع در ابعاد مختلف وجودی، فرد را درگیر مسائل مختلفی می‌کند. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی آموزش مقابله دینی با آموزش شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و مشکلات رفتاری در دختران نوجوان است. روش پژوهش حاضر، از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با سه گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش، کلیه دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر مشهد بودند و نمونه آماری نیز از میان این افراد انتخاب شدند. افراد به صورت تصادفی، در سه گروه ۱۲ نفره جای‌گذاری شدند. برای گردآوری اطلاعات، از سیاهه مشکلات رفتاری آخنباخ (CBCL)، نسخه والدین و نیز پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده گردید. نتایج نشان داد که آموزش مقابله دینی، در ارتقای سلامت روان و کاهش مشکلات رفتاری، موثرتر از آموزش شناختی- رفتاری بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مقابله دینی را می‌توان به عنوان آموزش توانمندسازی در نوجوانان به کار برد.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، مشکلات رفتاری، آموزش مقابله دینی، آموزش شناختی- رفتاری، دختران نوجوان.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران؛ somayeh.askaryan@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)؛ r.sanagoo@iauzah.ac.ir

۳. استاد گروه آموزش و پرورش، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛ hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱

مقدمه

زندگی بشر امروز با پیچیدگی‌های فراوانی روبه‌رو است. جنگ، بیماری‌های ناشناخته، دگرگونی‌های فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی و... از جمله مسائلی است که هرکدام به تنهایی می‌تواند فشار روانی فراوانی را بر افراد وارد سازد. اما این پیچیدگی‌ها، در دوره نوجوانی، به دلیل ویژگی‌های خاص روانی، جسمانی و اجتماعی، دارای نمود بیشتری است (باکستد، لامبرت،^۲ دوبوس^۳ و لینهان،^۴ ۲۰۱۵). روان‌شناسان بر این باورند که دوره نوجوانی، مهم‌ترین مرحله رشد انسان است و تغییرات مختلف جسمی، شناختی و عاطفی سبب می‌شود تا فرد دارای وضعیت روانی باثباتی نباشد و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری، در این دوران به وجود می‌آید (بهارات^۵ و کیشورکومار،^۶ ۲۰۱۰). در این میان، چنانچه نوجوانان، مهارت‌های موثر را فرا نگیرند، برخورد با بحران‌های دوره سنی خودشان، توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری^۷ بیشتری را بروز می‌دهند (ولف^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). در چنین حالتی، به مهارت و برنامه‌ریزی مناسبی نیاز است تا بتوان سازگاری و پایداری رفتاری نوجوان را در برابر سختی‌ها رشد داد و درعین حال، سلامت او را ارتقا بخشید. (اود^۹ و همکاران، ۲۰۱۹)

مشکلات رفتاری، با اختلاف و تعارض بین خواسته‌ها و انتظارات فرد و گروه اجتماعی و اطرافیانش تعریف می‌شود و قالب بیرونی آن، با پرخاشگری و مقابله با قانون نمایان می‌گردد. البته مشکلات فردی درونی شده، مانند افسردگی و اضطراب، که همراه با احساسات توأم با رنج و درد هستند نیز بروز پیدا می‌کنند (رینولدز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲). به طور کلی می‌توان

1. Beckstead
2. Lambert
3. DuBose
4. Linehan
5. Bharath
6. Kishorekumar
7. behavioral problems
8. Wolff
9. Oud
10. Reynolds

گفت که مشکلات رفتاری نوجوان، در واقع، واکنش‌های قابل قبول وی به عوامل تنش‌زای محیط نیست؛ بلکه بر مبنای نتایج حاصل از منع‌های متفاوت در خصوص کارکرد هیجانی و رفتاری افراد، قابل شناسایی است که باید حداقل در دو موقعیت مختلف بروز یابد. کودکان و نوجوانانی که مشکلات هیجانی و رفتاری دارند، در اجتماع به عنوان افراد ناسازگار، دشوار و مسئله‌دار مطرح می‌شوند (قاسم‌زاده، عباسیان و محمودی، ۱۴۰۰). نکته بسیار مهم این است که بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی نیز در واقع، ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است. (ارشادی‌منش، ۱۴۰۰)

پژوهش‌ها نمایانگر آن است که بین ۶ تا ۱۰ درصد دانش‌آموزان مدرسه، به مشکلات جدی و پایدار رفتاری و هیجانی مبتلا هستند (ریاسی و همکاران، ۱۳۹۱) همچنین سازمان بهداشت (۲۰۱۷) نیز در گزارش خود مطرح کرده است که ۱۰ تا ۲۰ درصد از نوجوانان، یک یا چند اختلال رفتاری را تجربه می‌کنند. در مطالعه دیگری که توسط هالینگ^۱ و همکارانش (۲۰۰۷) بر روی نوجوانان اروپایی صورت گرفت، عنوان شده است که ۱۲ درصد این نوجوانان، به دلیل مشکلات رفتاری، نیازمند دریافت خدمات در حوزه سلامت روان می‌باشند. نتایج پژوهش‌های مختلف حوزه نوجوانان با تأکید بر جنسیت نیز نشان می‌دهد دختران به دلیل محدودیت‌های بیشتری که توسط خانواده برایشان به وجود می‌آید، حتی با وجود حمایت‌های بیشتری که از هم‌سن‌های خود دریافت می‌کنند، مشکلات رفتاری خود را بیشتر بروز می‌دهند و در مقایسه با پسران، استقلال کمتری را تجربه می‌کنند. آنها همچنین هنگامی که توسط گروه‌های همسال خود طرد می‌شوند، مشکلات رفتاری را در ارتباط با خانواده، بیشتر بروز می‌دهند. بررسی نتایج مبتنی بر جنسیت نشان می‌دهد که پسران و دختران، در نوع بروز مشکلات رفتاری، به شکلی متفاوت عمل می‌کنند. دختران، مشکلات خود را بیشتر به صورت گوشه‌گیری، ناامیدی، افسردگی، نگرانی و شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و پسران رفتارهایی از قبیل پرخاشگری کلامی و بدنی و نافرمانی‌های شدید با منابع قدرت و رفتارهای ناپسند اجتماعی بروز می‌دهند. (طاهر، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵)

1. Haling

بر اساس پژوهش‌ها، یکی از حیطه‌هایی که به دنبال مشکلات رفتاری نوجوانان دچار آسیب می‌شود، حوزه سلامت روان است. دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری، در مقایسه با دیگر دانش‌آموزان، از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند. از سلامت روان می‌توان به عنوان یک عامل محافظ در جهت جلوگیری از مشکلات رفتاری و هیجانی نوجوانان نیز نام برد (سهرابی، محمدی و ارفع، ۱۳۹۰). از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان، مفهومی بیشتر از نبود اختلالات روانی است؛ یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش اجتماعی، روانی و جسمی توسط هر فرد و به عبارت دیگر، کیفیت زندگی یک فرد که می‌تواند توانایی‌های خود را شناسایی کرده و به راحتی، با تنش‌های روزمره کنار بیاید. یک فرد سالم از لحاظ روانی باید بتواند به راحتی کار کند و با جامعه مشارکت داشته باشد. (ساجدی، ضاربیان و صادقیان، ۱۳۸۹). به طور کلی، افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی، نگرش مثبت دارند. آماده برخورد با مشکلات زندگی بوده و درباره خود و دیگران، دارای احساس خوبی هستند. آنان در محیط کار و روابطشان مسئولیت‌پذیرند؛ زیرا وقتی از سلامت روانی برخوردار باشیم، انتظار بهترین چیزها را در زندگی داریم و آماده برخورد با هر حادثه‌ای هستیم (خدری و فیلی، ۱۴۰۰). نتایج پژوهش قاسم‌زاده، عباسیان و محمودی (۱۴۰۰) که با هدف بررسی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در مدارس انجام گرفت، بیانگر آن بود که سلامت رفتاری دانش‌آموزان، با پیشرفت تحصیلی آنها ارتباط دارد و دانش‌آموزانی که به نحوی از مشکلات رفتاری یا از نبود بهداشت روانی مناسب رنج می‌برند، اغلب با افت تحصیلی مواجه هستند؛ بنابراین ضروری به نظر می‌رسد برای تأمین شرایط مناسب در راستای نیل به اهداف آموزشی، تربیتی و تضمین سلامت افراد جامعه در سنین مختلف، عوامل بازدارنده آن را مورد بررسی قرار داد. یکی از وظایف روان‌شناسان به ویژه در سازمان‌های موثر مانند آموزش و پرورش، توجه به سلامت عمومی و پیگیری فعالیت‌های پیشگیرانه برای کاهش آسیب‌های روانی و اجتماعی جامعه است. متخصصان، یکی از راه‌های پیشگیرانه را آموزش مهارت‌آموزی به دانش‌آموزان می‌دانند (طاهر، عبدالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵)؛ خصوصاً نوجوانان دختر که به دلیل حساسیت و ظرافت‌های روانی، بیشتر در معرض خطر می‌باشند و به دلیل نقشی که در آینده جامعه

به عنوان مادر و هدایت کننده روانی در خانواده بر عهده دارند، نیازمند توجه بیشتری در جهت پیشگیری از آسیب های روان شناختی و اجتماعی، یادگیری و مهارت های زندگی هستند (پاشایی و تقی پور و خوش کنش، ۱۳۸۸). از جمله روش های مهارت آموزی که در دهه های اخیر بسیار مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و در کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان نیز مورد استفاده قرار می گیرد، راهبردهای مقابله ای^۱ است. حوزه روان شناسی سلامت^۲ در چند سال اخیر، توجه زیادی در مسیر ارتقای وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد جامعه به آنها کرده است. بدین صورت که یکی از هدف های مداخله پیشگیرانه، از راه عوض کردن نوع پاسخ و واکنش مقابله ای است و در این میان، توجه خاص به وضعیت سلامت روانی- اجتماعی نوجوانان، تأثیر زیادی در شکل گیری نسلی سلامت خواهد داشت (بنایی و عسگری، ۱۳۹۱). لازاروس^۳ و فولکمن^۴ (۱۹۸۴)، مقابله را مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد در راستای فائق آمدن بر خواست های بیرونی و درونی تعریف کرده اند که از فرد، انرژی مادی و روانی صرف می کند. در واقع مقابله، یک عامل میانی رویدادهای منفی زندگی و سلامت عمومی است. صاحب نظران زیادی موافق این نظر هستند که یادگیری مقابله موثر و مثبت در دوره بلوغ، پیامدهای سودمندی را به همراه خواهد داشت (عاشوری، جلیل آبکنار و عاشوری، ۱۳۹۴). اگر برای نوجوانان، زمینه ای برای یادگیری مهارت های مقابله با این شرایط داده نشود، در مواجهه با مسائل و نگرانی های این دوره سنی قادر نخواهند بود عملکرد مناسبی داشته باشند و در نتیجه، مشکلات رفتاری زیادی از قبیل رفتارهای پر خاشگرانه، غم و افسردگی افراطی، نگرانی و اضطراب فراوان و فراگیر و در واقع، زمینه آسیب های روان شناختی و اجتماعی را در مدرسه و خانواده نشان خواهند داد. در این شرایط، یادگیری مهارت های لازم و داشتن طرح های موثر برای ارتقای سلامت روانی و ثبات رفتاری و هیجانی نوجوان در راستای روبه رو شدن با مشکلات و ناملایمات زندگی نیاز است تا هم سبب سلامت و هم سبب رشد آنها فراهم گردد. (سهرابی، محمدی و ارفع، ۱۳۹۰)

1. coping strategies
2. health Psychology
3. Lazarus
4. Folkman

حوزه معنویت و دین، یکی از ابعاد مهم حیات بشر است که با کارکردهای متعددی در زندگی بروز می‌یابد. در حوزه روان‌شناسی، پژوهش‌ها و نظرات مختلفی در این زمینه وجود دارد؛ از جمله استاuner^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود که با هدف بررسی تأثیر مواجهه‌های مذهبی و معنوی بر نحوه سازگاری و مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند افرادی که در رویدادهای استرس‌زا زندگی خود، از مقابله‌های دینی- معنوی استفاده می‌کنند، صرف نظر از نوع مذهب، سریع‌تر در حوزه پذیرش شرایط و کاهش آسیب‌های ناشی از استرس حرکت می‌نمایند. همچنین اثربخشی مقابله‌های دینی و معنوی بر کاهش نگرانی‌ها، آرام‌سازی روانی، رشد خودکنترلی و معنایابی در زندگی (والث^۲ و همکاران، ۲۰۱۶)، با اهداف اجتماعی و ارتباطی و سلامتی، مرتبط است (چان^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). پارگامنت^۴ از موثرترین پژوهشگران حوزه روان‌شناسی و مذهب است و راهبردهای مقابله دینی را در کاهش مشکلات رفتاری، هیجانی و سازگاری، در شرایط مختلف بررسی کرده است (ابورویا،^۵ پارگامنت و کرووس،^۶ ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶). مقابله با فشار روانی، یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در روان‌شناسی دین، سلامت و بهتر زیستن است. مقابله دینی، الگویی از روبه‌رویی با استرس است که با استفاده از روش‌های شناختی و رفتاری که پایه دینی دارند، در مواجهه با موقعیت‌های فشارزای زندگی روزمره عمل می‌کند. این روش تئوری، فعالیت‌های مذهبی را در چهارچوب الگویی در راستای مقابله با فشارهای روانی تنظیم می‌کند که بر سلامت روانی فرد تأثیرگذار است. (امینی، شریعتمدار و نعیمی، ۱۳۹۶)

با بررسی آیات و روایات اسلامی، به وجود برنامه‌ها و راهبردهای معین اسلام برای زندگی انسان پی می‌بریم که راهکارهای مقابله با نگرانی‌ها و فشارهای روانی کوتاه‌مدت و بلندمدت را نیز پوشش می‌دهد (قربانی، ۱۳۹۶) همچنین تحقیقاتی که در حوزه مقابله‌های دینی

1. Stauner, N.
2. Wilt
3. Chen
4. Pargament
5. Aboroya
6. Cross

صورت گرفته، نشان دهنده اثرگذاری مثبت جنبه دینی در زندگی است؛ از جمله، پژوهشی که پامرلیو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) با هدف بررسی مقابله مذهبی و معنوی به عنوان واسطه ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و سازگاری روانی در یک نمونه سراسری از نوجوانان انجام دادند نشان می‌دهد که تجربه‌های استرس‌زای اصلی زندگی، به طور قوی، با خطر بیشتر شدن افسردگی، اضطراب و کاهش رفاه مرتبط است و مقابله‌های مذهبی و معنوی، در پاسخ به استرس‌های اصلی زندگی، با کاهش پریشانی روانی و بهزیستی بالاتر همراه است.

پژوهش‌ها، روش مقابله دینی را به عنوان مداخله مؤثری برای کنترل استرس وقایع روزمره در نوجوانان و جوانان (استانر و همکاران، ۲۰۱۹)، تأثیر تعدیل‌کنندگی جهت‌گیری مذهبی - معنوی بر وقایع استرس‌زا (تراوینو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹)، شادکامی و اضطراب دختران نوجوان (مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۸)، کاهش استرس مادران (جوادی‌کما، رضائیان و پورشهریاری، ۱۳۹۹) و خودتنظیمی هیجانی در زنان خشونت‌دیده (مهدوی نیسانی، ۱۳۹۸) را مورد بحث قرار دادند. یکی دیگر از رویکردهای شایع حوزه مهارت‌آموزی نوجوانان، آموزش‌های شناختی-رفتاری^۳ است. بابینسکی^۴ و واشباچ^۵ (۲۰۲۱) در پژوهش خود، به بررسی اختلالات رفتاری مخرب در کودکان و نوجوانان و بررسی راهکارهای رایج در مداخله و درمان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که شایع‌ترین اختلالات رفتار مخرب، از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، در بین کودکان و نوجوانان رایج است. همچنین آموزش‌های شناختی-رفتاری، از تأثیرگذارترین و مورد علاقه بین درمانگران نوجوانان معرفی شده است. پژوهش مرتضایی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی، بر شدت نشانگان وسواس فکری-عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو انجام شد و یافته‌های آن نشان داد که هر دو روش درمانی شناختی-

1. Pomerleau, J. M.
2. Trevino
3. cognitive behavioral therapy
4. Babinski. D.E.
5. Waschbusch. D. A.

رفتاری و معنوی - مذهبی، با تأکید بر آموزه های اسلامی، در کاهش وسواس فکری - عملی اثربخش بودند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری - عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو به دست نیامد. همچنین این آموزش ها در شکل گیری توانایی هایی همچون قدرت تصمیم گیری، شکل گیری و ارتقای انگیزه، مسئول بودن، برقراری روابط مثبت، شکل دادن عزت نفس، سلامت روان، حل مسئله و نظم دادن به خود، در دانش آموزان موثر است. (محمدی فر، یاسمنی و نجفی، ۱۳۹۷)

یکی از اهداف مهم در درمان شناختی رفتاری، تمرکز بر افکار و احساسات و نقش بنیادی آنها در رفتار است. در سال های اخیر، این درمان در میان افرادی که به دنبال سلامت روان هستند و نیز در بین متخصصان روان شناسی محبوبیت زیادی یافته است. از آنجاکه این روش، معمولاً یک درمان کوتاه مدت است، اغلب ارزان تر از سایر درمان ها است. این شیوه، از نظر تجربی نیز تایید شده و به طور مؤثری به بیماران کمک می کند تا بر طیف گسترده ای از رفتارهای ناهنجار، غلبه کنند (یوسفی و خیامی نکویی، ۱۳۸۹). شواهد نشان داده اند که آموزش شناختی - رفتاری، به افراد کمک می کند تا بر بازداری ها غالب شوند و مهارت های مقابله ای و سلامت روانی خود را افزایش دهند (کریدر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳ و چن^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). اوید^۳ و همکارانش (۲۰۱۹) در پژوهش خود که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی انجام شده است، به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی - رفتاری، برای نوجوانان مبتلا به افسردگی مؤثر است و می تواند بر مؤلفه های فعال سازی رفتاری و افکار چالش برانگیز، اثرات بهبود داشته باشد. ولف^۴ و همکارانش (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی با هدف انجام یک کارآزمایی بالینی برای بررسی درمان شناختی - رفتاری یکپارچه برای نوجوانان درگیر با مشکلات رفتاری و مصرف مواد به صورت دریافت کنندگی خدمات خانگی نشان دادند که کاهش مشکلات رفتاری و از بین رفتن استفاده از مواد مخدر در نوجوانان، به شکل معناداری، با درمان های شناختی - رفتاری صورت گرفته است.

1. Crydera.
2. Chen..S.C.
3. Oud. M.
4. Wolff. J.

همان گونه که ذکر شد، پژوهش‌های فوق‌هریک از منظری به مسئله پرداخته‌اند و برای بررسی مقایسه‌ای دو رویکرد مهم در دهه اخیر، پژوهش‌های مختلف جهانی در حوزه نوجوانان انجام شده است، اما استفاده از پروتکل‌های مقابله دینی، با توجه به رویکردهای دینی و بومی در ایران، ویژه مخاطب نوجوان، تاکنون در ایران صورت نگرفته است. لذا نوآوری پژوهش حاضر، تدوین پروتکل مقابله دینی و مقایسه اثربخشی آن با پروتکل آموزش شناختی- رفتاری بر روی مخاطب نوجوان دختر است. با توجه به آنچه گذشت، در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال اساسی بودیم که مقایسه تأثیر آموزش مقابله دینی و آموزش شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و مشکلات رفتاری دختران نوجوان چگونه است؟

۱. روش پژوهش

در این پژوهش، از طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با یک گروه گواه و آزمایش استفاده شد. جامعه آماری، شامل ۴۵ نفر از دختران نوجوان سنین ۱۴ تا ۱۷ سال ارجاع‌داده‌شده از مدارس به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه شش مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری، از نوع در دسترس است؛ بدین صورت که پس از یک جلسه توجیهی برای والدین و دانش‌آموزان، پیش‌آزمون (مشکلات رفتاری و سلامت عمومی) به عمل آمد. پس از بررسی نتایج آزمون‌ها، کسانی که کمترین نمرات را در آزمون‌ها دریافت کردند، در ۳ گروه (گروه ۱۲ نفره آزمایش ۱ و ۲ و گواه) به صورت تصادفی جای‌گذاری شدند. برای حجم نمونه مطالعه حاضر، با مراجعه به جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷۰، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵ مشخص شد و حداقل حجم نمونه برای هر گروه، ۱۲ نفر به دست آمد. علاوه بر فرمول کوهن، معیار انتخاب ۱۲ نفر برای هر گروه، مبتنی بر پژوهش‌های پیشین و نظر متخصصین نیز بود که برای کارهای آزمایشی، تعداد ۱۲ نفر را کافی می‌دانند.

برای تهیه طرح آموزش، پژوهشگران ابتدا به مرور پژوهش‌های پارگامنت و همکاران (۲۰۱۵) و (۲۰۱۶) و پروتکل آموزش معنوی طرح نماد (نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان غباری بناب،

(۱۳۹۴) پرداختند و بر اساس مرور پیشینه پژوهشی، یک طرح آموزش مهارت‌ها تهیه شد و فرم اولیه آموزش به دست آمد. سپس پژوهشگران، پروتکل اولیه را به ۸ متخصص ارجاع داده و آنان نیز اصلاحاتی در آن انجام دادند. با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح، مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۳ حاصل شد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص زمان بود. همچنین روایی محتوایی طرح آموزش، توسط استادان بررسی‌کننده (۸ متخصص) مطلوب عنوان گردید. پروتکل آموزش مقابله دینی، دارای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که یک بار در هفته و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی مقابله دینی، در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات آموزش مهارت‌های مقابله دینی

محتوا	
مهارت خودشناسی (تدبر در خویشتن و پذیرش خود، شناخت ابعاد مختلف وجودی خود، نوشتن ویژگی‌ها در ابعاد وجودی)	جلسه اول
مهارت خودنگه‌داری (مفهوم تقوا، تقویت خودکنترلی و خودتنظیمی در زندگی شخص، نوشتن و تنظیم برنامه شخصی)	جلسه دوم
مهارت مقابله مذهبی (شناخت حوزه‌های نگرانی و راهبردهای مقابله از نگاه اسلام، تقسیم راهبردهای مورد استفاده در هفته)	جلسه سوم
مهارت شکرگزاری (مفهوم شکر و اثرش بر زندگی، تهیه فهرست مواردی که نیاز به شکرگزاری دارد)	جلسه چهارم
مهارت صبر و شکیبایی (مفهوم صبر و تفاوت‌های مفهومی آن و جایگاهش بر عملکرد، نوشتن سه مورد عملکرد صبورانه)	جلسه پنجم
مهارت بخشایشگری (مفهوم بخشش و مراحل انجام بخشش، نوشتن مراحل بخشیدن یک نفر در زندگی فردی)	جلسه ششم
مهارت حل مسئله معنوی (شناخت مفهوم و مراحل حل مسئله معنوی، نوشتن حل یکی از مسائل زندگی)	جلسه هفتم
مهارت توکل (مفهوم توکل، تفاوت عملکردی افراد متوکل و مراحل شکل‌گیری این مهارت، مشخص کردن دو موقعیت چالش‌برانگیز زندگی و نقش توکل در آن)	جلسه هشتم

برای آموزش شناختی- رفتاری، از برنامه ۸ جلسه‌ای برگرفته از بسته‌های ارتقایی و پیشگیرانه طرح ملی نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد) (طهماسبی و همکاران، ۱۳۹۴) استفاده شد.

جدول ۲: سرفصل محتوای جلسات آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری

محتوا	
جلسه اول	برقراری ارتباط (آشنایی با مدل و اهداف درمانی)
جلسه دوم	مهارت شناخت خود (شناخت خود واقعی و خود آرمانی)
جلسه سوم	مهارت تنظیم هیجان (شناخت هیجانات و علائم بروز)
جلسه چهارم	مهارت‌های شناختی (تشخیص فرایندهای شناختی، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجانات)
جلسه پنجم	مهارت مدیریت استرس (مفهوم استرس و علل، عوامل و پیامدهای آن)
جلسه ششم	مهارت ارتباطی (گوش دادن فعال، مهارت فرستنده و گیرنده)
جلسه هفتم	مهارت حل تعارض (تعیین تعاملات منفی خاص، تمرین ارتباط کارآمد و حل تعارض)
جلسه هشتم	مهارت حل مسئله (ارزیابی و تمرین حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت)

۲. ابزارهای پژوهش

روش گردآوری اطلاعات برای منابع نظری، کتابخانه‌ای و برای آزمون فرضیه‌ها، میدانی و با استفاده از پرسش‌نامه انجام گرفت که در زیر به آنها اشاره می‌شود:

الف) سیاهه رفتاری کودک (CBCL): برای سنجش میزان مشکلات رفتاری، از مقیاس آنباخ استفاده شد. این مقیاس، یک ابزار ۱۱۳ گویه‌ای است که توسط آنباخ^۱ و مک کوناگی^۲ (۱۹۸۷) تهیه شده است. این پرسش‌نامه، مشکلات عاطفی- رفتاری و توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۸ سال را از دیدگاه والدین، مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به سوالات این پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ است؛

1. Akhenbach
2. McConaughy.A.

بدین ترتیب که نمره «۰» به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره «۱» به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره «۲» نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این مقیاس، ۸ مشکل یا سندرم عاطفی- رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: ۱. اضطراب/ افسردگی؛ ۲. گوشه‌گیری/ افسردگی؛ ۳. شکایات جسمانی؛ ۴. مشکلات اجتماعی؛ ۵. مشکلات تفکر؛ ۶. مشکلات توجه (مربوط به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی)؛ ۷. رفتار قانون‌شکنی و ۸. رفتار پرخاشگری.

آخنباخ و رسکورلا^۱، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس CBCL را ۰/۹۷ گزارش کردند و ضریب پایایی به‌دست‌آمده از روش بازآزمایی، ۰/۹۴ بود. این مقیاس، در ایران توسط مینایی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده و برای دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. (قاسم‌زاده، عباسیان و محمودی، ۱۴۰۰)

ب) پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ): اولین بار این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^۲

(۱۹۷۲) تنظیم شد. پرسش‌نامه اصلی دارای ۶۰ سؤال بوده و به نظر محققین، فرم‌های مختلف پرسش‌نامه سلامت عمومی، از روایی و کارایی بالایی برخوردار است. گلدبرگ و ویلیامز^۳ (۱۹۸۸)، برای بررسی پایایی پرسش‌نامه، آن را بر روی ۸۵۳ نفر انجام دادند که ۰/۹۵ افراد، گزارش‌های لازم را ارائه کردند. نمره کلی هر فرد، از حاصل جمع نمرات چهار خرده مقیاس، به دست می‌آید. محاسبات آماری پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان می‌دهد که همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با عامل کلی برای خرده‌مقیاس شکایت‌های جسمانی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۹۰، ناسازگاری اجتماعی ۰/۷۵ و افسردگی ۰/۶۳ است. در ایران، تقوی (۱۳۷۳) پایایی این مقیاس را بر مبنای روش‌های آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن و بازآزمایی، تحقیق کرد و

1. Rescolar.S.
2. Goldberg.A.
3. Williams.Z.

ضریب پایایی را به ترتیب، ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ به دست آورد. وی همچنین برای بررسی روایی نیز، از راه تحلیل عاملی و روایی همزمان برای رسیدن به نتایج استفاده کرد. (دهقانی اردکانی و مصطفوی‌راد، ۱۳۹۸)

جهت تجزیه و تحلیل آماری، در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، برای مقایسه میانگین و واریانس متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و گواه در خط پایه، از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای، تحلیل واریانس یک‌راهه و F لویین استفاده شد. برای آزمون معناداری فرضیه‌ها، از تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شده است. همچنین تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS - ۲۳ انجام شده است.

۳. یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه، در دو بخش انجام شد. بخش اول، به یافته‌های توصیفی اختصاص داشت که در آن از شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. در بخش دوم، مطابق با طرح تحقیق و فرضیه‌های ارائه شده، آمار استنباطی (تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری) با استفاده از نرم‌افزار SPSS - ۲۳ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. متغیرهای جمعیت‌شناختی که در این بخش استفاده شده‌اند شامل سن و تحصیلات است. میانگین گروه آموزش مقابله دینی، شناختی رفتاری و گواه به ترتیب ۱۶/۳۰، ۱۵/۸ و ۱۶/۰۵ و انحراف استاندارد نیز به ترتیب ۳/۱، ۲/۸ و ۲/۷ است. با توجه به نتایج، میانگین سنی دختران، ۱۶ سال بوده است و تفاوت مشهودی بین میانگین و انحراف معیار سن سه گروه وجود ندارد.

اطلاعاتی که در این قسمت ارائه می‌گردد شامل میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان سه گروه در متغیرهای پژوهش است. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون - پیش‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی/ اضطراب	شناختی- رفتاری	۱۹/۰۷	۲	۱۷/۸	۲/۰۸	-۱/۲۷	۰/۷
	مقابلۀ دینی	۱۹/۳۳	۲/۳۸	۱۴/۶۷	۲/۸	-۴/۶۷	۱/۳
	گواه	۱۹/۶	۱/۷۶	۱۹/۱۳	۱/۶	-۰/۴۷	۱/۴۱
گوشه‌گیری	شناختی- رفتاری	۱۲/۶	۱/۷	۱۱/۶۷	۱/۷	-۰/۹۳	۰/۶
	مقابلۀ دینی	۱۴/۳۳	۲/۷	۱۱/۷	۲/۶	-۲/۶	۱/۱
	گواه	۱۴/۸	۳/۰۵	۱۴/۷	۳/۲۲	-۰/۰۷	۱/۲۲
شکایات جسمانی	شناختی- رفتاری	۹/۱۳	۱/۵	۸/۸	۰/۸۶	-۰/۳۳	۰/۹۸
	مقابلۀ دینی	۸/۵	۱/۴۶	۸/۰۷	۱/۱۶	-۰/۴۷	۱/۳۶
	گواه	۸/۵	۱/۷۷	۹/۰۷	۱/۴۹	۰/۵۳	۱/۴۱
قانون‌شکنی	شناختی- رفتاری	۲۰	۲/۷	۱۷/۶	۱/۳۵	-۲/۴	۱/۷۶
	مقابلۀ دینی	۲۱/۰۷	۳/۷	۱۶/۵۳	۲/۰۷	-۴/۵	۲/۲
	گواه	۲۲/۰۷	۳/۷۷	۲۱/۴۷	۴/۳۲	-۰/۶	۱/۴۱
پرخاشگری	شناختی- رفتاری	۲۲/۱۳	۳/۲۷	۲۰/۵۳	۲/۹	-۱/۶	۰/۸۳
	مقابلۀ دینی	۲۱/۸	۳	۱۸/۵۳	۲/۱۷	-۳/۲۷	۱/۸۷
	گواه	۲۲	۴/۶۷	۲۱/۶	۴/۰۵	-۰/۴	۶/۷
مشکلات اجتماعی	شناختی- رفتاری	۱۵/۴	۲/۳۸	۱۴	۱/۹۶	-۱/۴	۱/۸
	مقابلۀ دینی	۱۵/۰۷	۲/۹۶	۱۱/۸۷	۲/۶	-۳/۲	۱/۰۸
	گواه	۱۴/۹	۲/۲۸	۱۴/۰۷	۲/۲	-۰/۸۷	۱/۶۸
مشکل در تفکر	شناختی- رفتاری	۱۹/۶۷	۳/۰۹	۱۷/۹۳	۲/۶۸	-۱/۷۳	۲/۲۲
	مقابلۀ دینی	۱۹/۴	۲/۹	۱۷/۳	۲	۲/۰۷	۱/۲۸
	گواه	۱۷/۸۷	۳/۳۵	۱۸/۴	۱/۹۲	۰/۵۳	۱/۸۱
مشکل توجه	شناختی- رفتاری	۱۳/۲	۲/۶	۱۲/۱۳	۱/۲۱	-۱/۰۷	۱/۲۲
	مقابلۀ دینی	۱۳/۹	۳/۳	۱۱/۳	۳/۱	-۲/۶	۱/۴۰
	گواه	۱۴/۲۷	۳/۲	۱۵/۲	۳	۰/۹۳	۱/۶

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آموزش شناختی- رفتاری، آموزش مقابله دینی و گروه کنترل ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، در عامل‌های افسردگی/ اضطراب، گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، قانون‌شکنی، پرخاشگری، مشکلات اجتماعی و مشکل توجه، میانگین گروه‌ها کاهش یافته است و در عامل مشکل در تفکر، میانگین گروه درمان شناختی- رفتاری، کاهش یافته، اما میانگین گروه مقابله دینی و گواه افزایش پیدا کرده است.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت عمومی گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون- پیش‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانیان جسمانی	شناختی- رفتاری	۸/۴	۳	۴/۲	۲/۴	-۴/۲	۲/۴
	مقابله دینی	۹/۵	۴/۴	۱/۲۱	۱/۶	-۷/۴	۴/۸
	گواه	۸/۲	۴	۸/۹	۲/۸	-۰/۷	۱/۴
نشانیان اضطراب	شناختی- رفتاری	۱۳/۰۷	۲/۹	۶/۶۷	۱/۸	-۶/۴	۲/۵
	مقابله دینی	۱۰/۵	۳/۲	۲/۹	۱/۲۲	-۷/۶	۲/۶
	گواه	۷/۳	۳/۴	۸/۵	۲/۶	۱/۱	۱/۶
کارکرد اجتماعی	شناختی- رفتاری	۱۱/۸	۲/۹	۷/۳	۳/۱۱	-۴/۵	۲/۰۶
	مقابله دینی	۸/۰۷	۲/۹	۴/۳۳	۱/۹	-۳/۷	۴/۳۲
	گواه	۸/۴	۳/۱۶	۸/۵	۲/۷	-۰/۱۳	۱/۰۶
نشانیان افسردگی	شناختی- رفتاری	۸/۰۷	۳/۸۸	۳/۵۳	۲/۸۷	-۴/۵۳	۲/۸۷
	مقابله دینی	۷/۴۷	۳/۰۴	۳	۲	-۴/۴۷	۴/۲۹
	گواه	۷/۹۳	۲/۹	۷/۲۷	۳/۲	-۰/۶۷	۲/۶
سلامت عمومی کل	شناختی- رفتاری	۴۱/۳۳	۸/۸	۲۱/۷۳	۷/۶۸	-۱۹/۶	۴/۲۸
	مقابله دینی	۳۶/۶۷	۱۰/۵	۱۲/۴	۳/۵۸	-۲۴/۳	۱۱/۵
	گواه	۳۲	۹/۴۷	۳۳/۱۳	۸/۳۶	۱/۱۳	۴

در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در

گروه آموزش شناختی- رفتاری، آموزش مقابله دینی و گروه کنترل ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول مذکور، میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت عمومی در گروه آموزش شناختی- رفتاری در مرحله پیش‌آزمون، به ترتیب برابر با ۴۱/۳۳ و ۸/۸ و در مرحله پس‌آزمون، برابر با ۲۱/۷۳ و ۷/۶۸ است. میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت عمومی در گروه مقابله دینی در مرحله پیش‌آزمون، به ترتیب برابر با ۳۶/۶۷ و ۱۰/۵ و در مرحله پس‌آزمون، برابر با ۱۲/۴ و ۳/۵۸ است. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمره کل مشکلات رفتاری در مرحله پیش‌آزمون، به ترتیب برابر با ۳۲ و ۹/۴۷ و در مرحله پس‌آزمون، برابر با ۳۳/۱۳ و ۸/۳۶ است. در مؤلفه‌ها نیز نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایشی و کنترل ارائه شده است. در نشانگان جسمانی، اضطراب و کارکرد اجتماعی، میانگین گروه‌های آموزشی کاهش یافته؛ درحالی‌که میانگین گروه گواه افزایش یافته است. در نشانگان افسردگی، میانگین گروه‌های آموزشی، کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته و میانگین گروه گواه نیز کاهش اندکی یافته است. در سلامت عمومی کل، میانگین گروه‌های آموزشی، کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته، اما میانگین گروه گواه مقداری افزایش یافته است. بیشترین کاهش (بهبودی)، در گروه آموزش مقابله دینی مشاهده می‌شود.

بررسی پیش‌فرض‌ها: به دلیل نیاز به استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای آزمون فرضیه‌های این پژوهش لازم بود بررسی شود که آیا پیش‌فرض‌های اساسی استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این پژوهش مراعات شده است یا خیر؟ این پیش‌فرض‌ها بر چگونگی توزیع جامعه و بر روش استفاده از مقیاسی که برای به کمیت درآوردن داده‌ها به کار می‌رود، مبتنی می‌باشند و شامل موارد ذیل است: الف) توصیف متغیرها بر اساس مقیاس فاصله‌ای یا نسبی انجام می‌گیرد. ب) توزیع نمره‌ها نرمال است. ج) واریانس نمونه، برابر یا تقریباً برابر است. این مطلب هنگامی که حجم نمونه کم باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است که موارد مشاهده‌شده، مستقل از هم باشند. در زمینه رعایت پیش‌فرض‌های فوق در این پژوهش باید گفت: تمامی متغیرهای مورد استفاده، در سطح مقیاس فاصله‌ای بودند. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌ها، از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. برای

بررسی همتا بودن دو گروه در خط پایه، از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد. همچنین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون F لوین استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول ذیل است:

جدول ۵. مقایسه گروه آزمایش و گواه در خط پایه

متغیر	مقیاس	نرمال بودن		مقایسه میانگین‌ها در پیش‌آزمون		فرض همگنی واریانس‌ها	
		Z	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
سلامت عمومی	جسمانی	۰/۱۷*	۰/۰۳۵	۰/۵۳	۰/۵۹۰	۲/۲۲	۱/۲۱
	اضطراب	۰/۰۹	۰/۲۰۰	۱۲/۲**	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۵۸۳
	کارکرد اجتماعی	۰/۰۶	۰/۲۰۰	۷/۱**	۰/۰۰۲	۰/۱۸	۰/۸۳۶
	افسردگی	۰/۰۳	۰/۲۰۰	۰/۱۴	۰/۸۷۳	۱/۴	۰/۲۵۹
	کل	۰/۰۶	۰/۲۰۰	۳/۵*	۰/۰۳۹	۰/۶۵	۰/۵۲۸
مشکلات رفتاری	افسردگی/اضطراب	۰/۰۱۳	۰/۲۰۰	۰/۲۵	۰/۷۸۱	۰/۷	۰/۵۵۳
	گوشه‌گیری	۰/۰۹	۰/۲۰۰	۳/۱	۰/۰۵۶	۲/۴۷	۰/۰۹۷
	شکایات جسمانی	۰/۱۸*	۰/۰۲۷	۰/۷۲	۰/۴۹۳	۰/۰۳	۰/۹۷۰
	قانون شکنی	۰/۰۷	۰/۲۰۰	۱/۳۶	۰/۲۶۸	۰/۲۲	۰/۸۰۶
	پرخاشگری	۰/۰۲	۰/۲۰۰	۰/۰۳	۰/۹۷۰	۱/۷	۰/۱۹۲
	مشکلات اجتماعی	۰/۱۹*	۰/۰۲۱	۰/۱۳	۰/۸۷۷	۰/۱۵	۰/۸۶۰
	مشکل تفکر	۰/۰۳	۰/۲۰۰	۱/۴۸	۰/۲۳۸	۰/۴۸	۰/۶۳۵
	مشکل توجه	۰/۰۸	۰/۲۰۰	۰/۴۸	۰/۶۲۰	۰/۹۳	۰/۴۵۳

برای مقایسه، از شاخص درصد کاهش و تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای محاسبه درصد کاهش، نمره پس‌آزمون فرد، از نمره پیش‌آزمون، تفریق و حاصل آن بر نمره پیش‌آزمون تقسیم شد. هر دو آموزش، موجب کاهش نمره سلامت عمومی (بهبودی) در فرایند مطالعه شده‌اند. بااین‌حال، شیب کاهش برای آموزش مقابله دینی بیشتر است یعنی این آموزش، تأثیر بیشتری داشته است، به‌گونه‌ای که میزان سلامت عمومی از ۳۶/۶۷ به ۱۲/۴ رسیده

است. درصد کاهش برای گروه آموزش مقابله دینی ۰/۶۶ است. در گروه آموزش شناختی- رفتاری، میزان سلامت عمومی از ۴۱/۳۳ به ۲۱/۷ رسیده است، یعنی درصد کاهش برابر ۰/۴۷ است؛ بنابراین به لحاظ بالینی، آموزش مقابله دینی، بهبودی بیشتری داشته است. در ادامه، برای آزمون معناداری تفاوت اثربخشی دو آموزش، از تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس تفاوت اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری و مقابله دینی بر سلامت عمومی دختران

منابع تغییر	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
اثر پیش آزمون	۲۲۶/۶۲	۱	۲۲۶/۶۲	۷/۸۴**	۰/۰۰۹	-
گروه	۴۴۸/۷	۱	۴۴۸/۷	۱۵/۵۳**	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
خطا	۷۷۹/۹۲	۲۷	۲۸/۸۹			
کل	۱۶۵۹/۸۷	۲۹				

** P-Value ≤ 0.01

تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد اثر پیش آزمون معنادار است، یعنی اجرای پیش آزمون، بر نمرات پس آزمون تأثیرگذار بوده است. F تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه معنادار است؛ بنابراین بین دو آموزش، تفاوت وجود دارد و آموزش مقابله دینی، مؤثرتر از آموزش شناختی- رفتاری است. اندازه اثر به دست آمده، ۰/۳۶ است که نشان می‌دهد آموزش مقابله دینی، به میزان کمی نسبت به درمان شناختی- رفتاری، بر سلامت عمومی دختران مؤثرتر بوده است. به دلیل اینکه سلامت عمومی، از چهار زیرمقیاس تشکیل می‌شود و اثر پیش آزمون به عنوان یک متغیر کمکی است که باید اثر آن کنترل گردد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تحلیل فرضیه استفاده گردید. برای بررسی مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یعنی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون M باکس استفاده شد. با توجه به نتایج، شاخص F، ۱/۵۴ است و تفاوت ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه، معنادار نیست؛ بنابراین با رعایت فرض عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس متغیرها، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز است.

جدول ۷. شخص‌های چندمتغیری مقایسه اثربخشی آموزش بر متغیرهای مورد مطالعه

نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۴۶	۴/۴۸	۴	۲۱	۰/۰۰۹	۰/۴۶
لاندای ویلکز	۰/۵۴	۴/۴۸	۴	۲۱	۰/۰۰۹	۰/۴۶
اثر هتلینگ	۰/۸۵	۴/۴۸	۴	۲۱	۰/۰۰۹	۰/۴۶
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۰/۸۵	۴/۴۸	۴	۲۱	۰/۰۰۹	۰/۴۶

با توجه به نتایج جدول، کلیه شاخص‌های معناداری چندمتغیری، معنادار است. این یافته بدین معناست که نیمرخ کلی متغیرهای مورد مطالعه (عامل‌های سلامت عمومی) دو گروه آموزشی، تفاوت معناداری از یکدیگر دارند. اندازه اثر تفاوت آموزش بر این متغیرها، ۰/۴۶ است که معرف یک اندازه اثر متوسط است. در ادامه، برای بررسی عامل‌های چهارگانه، شاخص F و اندازه اثر مربوط به هر عامل ارائه شده است.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس مقایسه اثربخشی آموزش بر سلامت عمومی

نشانگان	شاخص F	سطح معناداری	اندازه اثر
جسمانی	۰/۷۸	۰/۳۸۶	۰/۵۳
اضطراب	۱۵۰/۱**	۰/۰۰۱	۰/۳۸
اجتماعی	۰/۱۷	۰/۶۸۶	۰/۵۱
افسردگی	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	۰/۵۰۱

با توجه به نتایج، بین آموزش شناختی- رفتاری و مقابله دینی، تنها در نشانگان اضطراب، تفاوت وجود دارد و آموزش مقابله دینی، مؤثرتر از آموزش شناختی رفتاری بوده است. اندازه اثر به دست آمده برای نشانگان اضطرابی، ۰/۳۸ است که معرف اندازه اثر کوچک است؛ یعنی آموزش مقابله دینی، به میزان کمی نسبت به آموزش شناختی- رفتاری، مؤثرتر بوده است.

برای بررسی فرضیه، به دلیل اینکه سیاهه نشانگان رفتاری، از هشت زیرمقیاس تشکیل می‌شود و اثر پیش‌آزمون به عنوان یک متغیر کمکی است که باید اثر آن کنترل گردد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تحلیل فرضیه استفاده گردید. برای بررسی مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یعنی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون M باکس استفاده گردید. شاخص F ، $۱/۳۶$ است که تفاوت ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه، معنادار نیست؛ بنابراین با رعایت فرض عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس متغیرها، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز است.

جدول ۹. شاخص‌های چندمتغیری مقایسه اثربخشی درمان بر متغیرهای مورد مطالعه

نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۹	۲۲/۴۲	۶	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰
لاندای ویلکز	۰/۱	۲۲/۴۲	۶	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰
اثر هتلینگ	۸/۹۷	۲۲/۴۲	۶	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۸/۹۷	۲۲/۴۲	۶	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰

با توجه به نتایج، کلیه شاخص‌های معناداری چندمتغیری، معنادار است. این یافته، بدین معناست که نیم‌رخ کلی متغیرهای مورد مطالعه (مشکلات رفتاری) دو گروه آموزش، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. اندازه اثر تفاوت آموزش بر این متغیرها، $۰/۹۰$ است که معرف یک اندازه اثر بزرگ به شمار می‌رود. در ادامه، برای بررسی عامل‌های هشتگانه، شاخص F و اندازه اثر مربوط به هر عامل ارائه شده است.

جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس تفاوت اثربخشی آموزش بر مشکلات رفتاری

نشانگان	گروه	درصد بهبود	شاخص F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی/ اضطراب	شناختی - رفتاری	۰/۰۷	۸۵/۴۵**	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	مقابله دینی	۰/۲۴			
گوشه‌گیری	شناختی - رفتاری	۰/۰۷	۱۳/۵**	۰/۰۰۲	۰/۴۰
	مقابله دینی	۰/۲۰			
شکایات جسمانی	شناختی - رفتاری	۰/۰۴	۰/۷۸	۰/۳۸۸	۰/۵۴
	مقابله دینی	۰/۰۵			
قانون شکنی	شناختی - رفتاری	۰/۱۲	۲۱/۷۵**	۰/۰۰۰	۰/۵۲
	مقابله دینی	۰/۲۲			
پرخاشگری	شناختی - رفتاری	۰/۰۷	۶/۳۶*	۰/۰۳۰	۰/۲۴
	مقابله دینی	۰/۱۵			
مشکلات اجتماعی	شناختی - رفتاری	۰/۰۹	۶/۸*	۰/۰۱۷	۰/۲۵
	مقابله دینی	۰/۲۱			
مشکل تفکر	شناختی - رفتاری	۰/۰۹	۰/۲۲	۰/۶۴۶	۰/۵۱
	مقابله دینی	۰/۱۱			
مشکل توجه	شناختی - رفتاری	۰/۰۸	۱۳/۳**	۰/۰۰۲	۰/۴۰
	مقابله دینی	۰/۱۹			

با توجه به نتایج، بین اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری و آموزش مقابله دینی بر نشانگان افسردگی/ اضطراب، گوشه‌گیری، قانون شکنی، پرخاشگری، مشکلات اجتماعی و مشکل توجه، تفاوت وجود دارد. در نشانگان بالا، درصد بهبودی برای آموزش مقابله دینی، بیشتر از آموزش شناختی - رفتاری بوده است. بنابراین، آموزش مقابله دینی نسبت به آموزش شناختی - رفتاری در نشانگان مذکور، مؤثرتر است. بالاترین اندازه اثر، مربوط به عامل افسردگی/ اضطراب (اندازه اثر بزرگ) و پس از آن، عامل‌های قانون شکنی، گوشه‌گیری و مشکل توجه به اندازه اثر متوسط است. پس از آن نیز عامل‌های مشکلات اجتماعی و پرخاشگری با اندازه اثر کوچک قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج نشان داد که بین آموزش شناختی- رفتاری و آموزش مقابله دینی بر سلامت عمومی نوجوانان دختر، تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که آموزش مقابله دینی، از آموزش شناختی- رفتاری، در ارتقای سلامت عمومی دختران نوجوان، موثرتر عمل کرده است، اما این تفاوت، میزان کمی بوده است. این نتایج، همسو با نتایج پژوهش جان‌بزرگی و جان‌بزرگی (۱۳۹۹) در خصوص راهبردهای روان‌شناختی مبتنی بر دین است. در تبیین اثربخشی بیشتر آموزش مقابله دینی بر سلامت عمومی می‌توان گفت که عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقابله با پذیرش احساسات، عقاید و باورهای آزردهنده، باعث تقویت عواطف آزردهنده بیشتری می‌شود (مرتضایی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹). در طراحی دستورالعمل مقابله دینی، به آموزش مهارت صبر و شکیبایی با تکیه بر مفهوم صبر و تفاوت‌های مفهومی آن و جایگاهش بر عملکرد و موارد عملکرد صبورانه و همچنین به مهارت خودنگه‌داری با مفهوم تقوا، تقویت خودکنترلی و خودتنظیمی در زندگی شخصی و تنظیم برنامه شخصی پرداخته شد که توانست برای مخاطب، توجه به تجربیات روزمره و تحلیل آنها و در صورت نیاز، استفاده از تکنیک‌های خودکنترلی را فراهم نماید و سبب می‌گردد تا شاخص‌های سلامت جسمی و روانی، بهبود بیشتری نسبت به مخاطبین گروه آموزش شناختی- رفتاری بیابد. در طراحی دستورالعمل آموزش مقابله دینی نیز مانند دستورالعمل آموزش شناختی- رفتاری، تأکید بر مسئولیت فردی هر شخص در خصوص شناخت خود و ارتباط با دیگران و همچنین حل مسئله وجود دارد. البته در پروتکل آموزش مقابله دینی، مبنا تأکید بر جنبه شناختی دین و ارزش‌های آن است. آموزش مقابله دینی، با تأکید ویژه بر ارزش‌های اخلاقی موثر همچون بخشش، گام مفیدی در مسیر رشد توانمندی‌های روانی- اجتماعی برداشته است. به عبارت دیگر، درد ناشی از تعارضات دوران نوجوانی را به نحوه تفکر محدود در زمینه مسائل روزمره و عمل منفعلانه در خصوص آنها مرتبط دانسته و این دید غیرمنعطف و جداشده از مسیر قبلی و بعدی رشد می‌داند. آموزش مقابله دینی، شرایطی را ایجاد می‌کند تا سازگاری و انعطاف‌پذیری در مقابل هنجارهای خانواده و اجتماع، یکی از ارزش‌های فرامادی و در واقع،

مسیری برای رشد و موفقیت در آینده قلمداد گردد؛ چراکه مسیر زندگی، پر است از چالش‌های درونی و بیرونی که اگر فرد بخواهد در مسیر رشد و خودشکوفایی خود حرکت نماید، نیازمند درک بهتر شرایط و نیز مفهوم‌سازی برای سازگاری معنوی است که در مقابل مشکلات از خود بروز می‌دهد و با بخشش می‌تواند آرامش بیشتری را کسب و با حفظ امیدواری، به دنبال راه حل‌های موثر برای رفع مسائل خود باشد.

یافته دیگر پژوهش، حاکی از آن است که از مشکلات رفتاری بین آموزش مقابله دینی و آموزش شناختی- رفتاری، تفاوت معناداری مشاهده شد؛ به‌طوری‌که آموزش مقابله دینی نسبت به آموزش شناختی رفتاری، به‌صورت مشهودی، در کاهش مشکلات رفتاری دختران نوجوان موثرتر بوده است. این نتایج، با پژوهش مرتضایی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) در خصوص مقابله دینی، همسو است. در تبیین اثربخشی بیشتر آموزش مقابله دینی بر مشکلات رفتاری می‌توان اشاره کرد که با توجه به دستورالعمل آموزشی مقابله دینی، که مهارت‌های خودکنترلی، صبر، بخشایشگری و توکل را مورد توجه قرار داده است و در این مهارت‌ها، نوجوان یاد می‌گیرد که به‌جای توجه به تعارضات مختلف با دیگران و درگیری ذهنی با افکار مزاحم در موقعیت‌ها و زمان هیجانات منفی، با استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده، به درک بهتر و مدیریت رفتار خود مطابق با هنجارها و ارزش‌ها عمل کند و این عمل، نه تنها در این دنیا برای او آرامش و کاهش تنش به دنبال خواهد داشت، بلکه در نظر خداوند، که منبع آرامش و خالق همه انسان‌ها است نیز جایگاه ارزشمندی خواهد داشت و اثرات سودمندش حتی در آخرت هم شامل حال انسان می‌شود. در واقع، با افزایش سازگاری و انعطاف‌پذیری، نوجوان بیشتر می‌تواند مسائل خود را درک نموده و هنگام روبه‌رو شدن با آنها برای حل آنها اقدام نماید؛ حل مسئله‌ای که برای فرد، معنایی بیشتر از شرایط و چالش‌های امروز شکل می‌گیرد. مهارت‌های مقابله دینی، به نوجوان، باوری فراتر از معادلات روزانه می‌دهد و منجر به مدیریت روابط بر مبنای ارزش‌های غیرمادی می‌گردد. استفاده از آموزش‌های مقابله دینی در مقایسه با آموزش‌های شناختی- رفتاری، معناداری قوی‌تری را در نوجوانان ایجاد می‌کند و آن را تقویت و در واقع، راه‌هایی برای کنارآمدن اثربخش با حوزه‌های استرس‌زایی زندگی

نوجوان و معنا پیدا کردن به زندگی از راه ارزش‌ها برای بهبود روابط با خود و دیگران ایجاد می‌کند. نوجوانان، تحت آموزش مقابله دینی، به دنبال کشف ارزش خود و درک پذیرش و پایبندی به هنجارها هستند و در این مسیر، ترغیب می‌شدند تا این جستجوی گری درونی را در راه انتخاب و تصمیم بهتر انجام دهند. محتوای آموزش مقابله دینی استفاده شده در این پژوهش، بر پایه مفاهیم اسلامی و بومی سازی شده مقابله‌های دینی که در آنها بر ارزش‌های بنیادی و کاربردی مذهبی مخاطبان تأکید ویژه می‌شود. این محتوا به نحوی طراحی گردیده است تا مخاطب نوجوان را به سمت مشخص کردن ارزش‌ها، اهداف فردی و تفکر درباره خود و پذیرش خود هدایت کند و با شناخت جایگاه مفاهیمی مانند خودکنترلی، شکر، صبر و بخشش در حل مسائل زندگی آشنا گردد.

به‌رغم وجود پژوهش‌های همسو، پژوهشی که مقایسه اثربخشی روش‌های آموزشی شناختی- رفتاری و مقابله دینی را بررسی کرده باشد وجود نداشته است. بر این اساس، این پژوهش می‌تواند در کنار پژوهش‌های دیگری که به راهبردهای مقابله‌ای معنوی و مذهبی پرداخته‌اند، مورد استفاده پژوهشگران قرار گیرد؛ به‌ویژه اینکه مخاطب این پژوهش، نوجوانان دختر بودند که یکی از دغدغه‌های امروز در جامعه علمی کشور در آموزش و پرورش، مهارت‌آموزی و انتقال مفاهیم اصیل دینی و تلاش در جهت سلامت روان دختران نوجوان است. به هر حال، برای تعمیم و استفاده از نتایج هر پژوهش، ملاحظات مطرح است و آنچه پژوهشگر در راستای این پژوهش می‌تواند برای پژوهش‌های آینده مطرح سازد به این شرح است: پژوهش حاضر، بر روی دختران نوجوان انجام گرفته است و با توجه به اینکه مشکلات رفتاری، تأثیر فراوانی بر روی سایر عملکردهای فرد می‌گذارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی پسران نوجوان نیز انجام گیرد و تأثیر آن سنجیده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌های تحقیق، مانند مصاحبه و دیگر روش‌های تحقیق، همچون روش تحقیق کیفی برای دست یافتن به نتایج قطعی‌تر در جوامع آماری استفاده شود و کارایی این روش‌های آموزشی در مطالعات آتی با سایر رویکردهای آموزشی روان‌شناختی مقایسه شود. از دیگر سو، از اطلاعات حاصل از پژوهش حاضر نیز می‌توان برای کاهش مشکلات رفتاری و ارتقای سلامت عمومی در مراکز مشاوره دانش‌آموزی کمک گرفت.

فهرست منابع

الف) فارسی

۱. ارشادی‌منش، سودابه (۱۴۰۰ش)، «مقایسه کنترل‌شده اثربخشی درمان حل مسئله خلاق و درمان شناختی- رفتاری در افسردگی نوجوانان»، علوم روان‌شناختی، دوره ۲۰، ش ۱۰۰، ص ۴۸۵-۵۰۱.
۲. امینی، آرزو؛ شریعتمدار، آسیا و نعیمی، ابراهیم (۱۳۹۶ش)، «اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر مشکلات رفتاری کودکان»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۸، ش ۲۹، ص ۳۵-۵۵.
۳. بنایی، نازی و عسگری، محمد (۱۳۹۱ش)، «تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی زنان خانه‌دار»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۴، ش ۱، ص ۴۳-۵۲.
۴. پاشایی، زهره؛ تقی‌پور، ابراهیم و خوش‌کنش، ابوالقاسم (۱۳۸۸ش)، «تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با هیجان‌ها در اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دختران دبیرستانی، روان‌شناسی کاربردی، دوره ۳، ش ۴، ص ۷-۲۰.
۵. جان‌بزرگی، امین و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۹ش)، «تنظیم درمان‌گرانه سبک زندگی: یک مداخله کوتاه‌مدت برای پیشگیری و درمان اضطراب بر اساس درمان چندبعدی معنوی خداسو»، پژوهشنامه سبک زندگی، دوره ۶، ش ۲، ص ۸-۱۵.
۶. جوادی‌کما، آرزو؛ رضائیان، حمید و پورشهریاری، مه‌سیما (۱۳۹۸ش)، «کارآمدی درمان گروهی معنوی- مذهبی بر کاهش استرس مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی»، روان‌شناسی و دین، دوره ۴، ش ۶، ص ۶۷-۸۴.
۷. خدری، اعظم و فیلی، علیرضا (۱۴۰۰ش)، «اثربخشی سایکودرام بر سلامت روان و شادکامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر شیراز»، مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری، دوره ۳، ش ۶، ص ۱۷-۲۵.
۸. دلاور، علی (۱۳۹۸ش)، روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: ویرایش.
۹. دهقانی‌اردکانی، زهرا و مصطفوی‌راد، فرشته (۱۳۹۸ش)، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر نوجوان متوسطه»، زن و جامعه، دوره ۱۰، ش ۱، ص ۳۳۱-۳۶۴.
۱۰. ریاسی، حمیدرضا؛ مقرب، مرضیه؛ صالحی ابرقویی، مهنوش؛ حسن‌زاده طاهری، عمادالدین و حسن‌زاده طاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱ش)، «مقایسه افسردگی دانش‌آموزان عادی و تیزهوش شهرستان بیرجند در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۸»، مراقبت‌های نوین، دوره ۹، ش ۲، ص ۹۵-۱۰۳.
۱۱. ساجدی، ژیلا؛ ضرابیان، کاظم و صادقیان، غفت (۱۳۸۹ش)، «بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدهای کودک و کلاس‌های آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان»، مراقبت پرستاری و مامایی/ابن‌سینا، دوره ۳۳، ش ۱، ص ۱۱-۱۷.
۱۲. سهرابی، رقیه؛ محمدی، اکبر و ارفعی، اصغر (۱۳۹۰ش)، «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سبک‌های مقابله‌ای نوجوانان دختر»، زن و مطالعات خانواده، دوره ۳، ش ۱۱، ص ۴۵-۵۹.
۱۳. طاهر، محبوبه؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۹۵ش)، «اثربخشی آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، روان‌شناسی مدرسه، دوره ۵، ش ۱، ص ۲۶-۴۷.

۱۴. طهماسبی، سیامک (۱۳۹۴ش)، مجموعه مهارت‌های نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد)، تهران: معاونت پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه.
۱۵. عاشوری، جمال؛ جلیل آبکنار، سیده سمیه و عاشوری، محمد (۱۳۹۴ش)، «بررسی تأثیر آموزش شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان با اختلال یادگیری شهرستان‌های تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲»، دانشگاه علوم پزشکی/ایلام، دوره ۲۳، ش ۳، ص ۷۳-۸۴.
۱۶. غباری بناب، باقر؛ فقیهی، علی نقی و قاسمی‌پور، یدالله (۱۳۸۶ش)، «آثار صله رحم از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی و کاربردهای تربیتی آن»، تربیت اسلامی (پژوهشکده حوزه و دانشگاه)، دوره ۵، ش ۳، ص ۸۱-۱۱۴.
۱۷. غباری بناب، باقر (۱۳۹۴ش)، مجموعه مهارت‌های معنوی نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد)، تهران: معاونت پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه.
۱۸. قاسم‌زاده، افتخار؛ عباسیان، حسین و محمودی، یونس (۱۴۰۰ش)، «بررسی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در مدارس؛ مؤلفه‌ها و ارائه راهکارهای مقابله با آن»، مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی، دوره ۱۴، ش ۱، ص ۲۳-۳۵.
۱۹. قربانی، امیر (۱۳۹۶ش)، «مقابله دینی با ناملایمات زندگی؛ تبیین و بررسی نظریه مقابله دینی پارگامنت»، سبک زندگی، دوره ۳، ش ۴، ص ۹۹-۱۲۵.
۲۰. محمدی‌فر، محمدعلی؛ یاسمنی، لیلا و نجفی، محمود (۱۳۹۷ش)، «اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان»، مطالعات روان‌شناسی تربیتی، دوره ۱۵، ش ۳۳، ص ۲۰۳-۲۲۲.
۲۱. مرتضایی‌فر، سپیده؛ حمدیه، مصطفی؛ باغدار، آیتا و ترقی‌جاه، صدیقه (۱۳۹۹ش)، «مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو»، مطالعات روان‌شناختی، دوره ۱۶، ش ۴، ص ۲۱-۳۲.
۲۲. مهدوی نیسیانی، زهره؛ اسدی، ایوب؛ عسگری، محمد و قلعه‌نویی، فریبا (۱۳۹۸ش)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و هوش معنوی با خودتنظیمی هیجانی در زنان خشونت‌دیده در خانواده»، پژوهش در دین و سلامت، دوره ۳، ش ۲، ص ۱۰۴-۱۱۴.
۲۳. مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ مهرزاد، شهرزاد؛ همت بناری، علی و ترابی‌زاده، مهدی (۱۳۹۷ش)، «اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز»، روان‌شناسی و دین، دوره ۱۱، ش ۴، ص ۳۲-۴۰.
۲۴. یوسفی، علیرضا و خیام نکویی، زهره (۱۳۸۹ش)، «مبانی آموزش‌های شناختی- رفتاری و کاربرد آن در بهبود بیماری‌های مزمن»، آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۰، ش ۵، ص ۷۹۲-۸۰۰.

ب) لاتین

1. Abu -Raiya H, Pargament PI, Krause N. (2016). Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. Quality of Life Research, 25(2). 1265-1274.

2. Abu-Raiya .H,Pargament .K.I,Krause N,Ironson.G.(2015).Robust links between religious/ spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *Journal of Behavioral Medicine*;3(1),118–128.
3. Babinski, D. E .Waschbusch .A. D. (2021).Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents. Department of Psychiatry and Behavioral Health, Penn State College of Medicine, Hershey, PA, United States.Available online .(<https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4615-4881-2>).
4. Beckstead, D.J., Lambert, M.J., DuBose,A.P.& Linehan, M.(2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Journal of Addictive Behaviors*,11(3), 84-87.
5. Bharath, S., Kishorekumar , K. V. (2010). Empowering adolescents with life skills education in schools- School mental health program: Does it work? *Indian Journal of Psychiatr*, 52(1), 344-349.
6. Chen, C., Chun, L., Hong, W., Jion. J. O., Jion, S.Z., Xiao, P.W. (2014).Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chines young male violent off. *Journal of Aggressive Behavior*. 40(4): 329-336.
7. Crydera. B. T. Lee.M.M. Workman,G.M. Krumdick.N. (2013). Interventions involving spiritual and religious themes in pharmacy student patient encounters during advanced practice rotations. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*.13(11). 1445-1450.
8. Chong. G. N., Mohamed. S., Hatim Sulaiman. A., Zainal. N.Z. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. *Journal of Religion and Health*. 56(2).575-590.
9. Holt. CL, Le D, Calvanelli J, Huang J, Clark EM, Roth DL, Schulz E. (2015) . Participant retention in a longitudinal national telephone survey of African American men and women. *Journal of Ethnicity andDisease*.25(1),187-193.
10. Oud, M. Winter,L. Vermeulen,L. Vermeulen-Smit,E. Bodden,D. Nauta,N. Stone.L. Heuvel,M.G. AlTaher,R. Graaf,L. Kendall,T. Engels,R. & Stikkelbroek,Y.(2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of European Psychiatry*,15(3), 33-45.
11. Kraaij,V. Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Personality and Individual Differences*.2019.137(9).56-61.
12. Pomerleau, J. M., Pargament, K. I., Krause, N., Ironson, G., & Hill, P. (2020). Religious and spiritual struggles as a mediator of the link between stressful life events and psychological

adjustment in a nationwide sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 451–459.

13. Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Analysis*, 32(4):251-62.
14. Stauner, N.; Exline, J. J.; Pargament, K. I.; Wilt, J. A.; & Grubbs, J. B. (2019). Stressful life events and religiousness predict struggles about religion and spirituality. *Journal of Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 291-296.
15. Trevino, Kelly M.; Pargament, Kenneth I.; Krause, Neal; Ironson, Gail; & Hill, Peter. (2019). Stressful events and religious/spiritual struggle: Moderating effects of the general orienting system. *Journal of Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), Aug 2019, 214-224.
16. Wilt, J. A., Grubbs, J. B., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2016) Personality, religious and spiritual struggles, and well-being. *Journal of Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 341-351.
17. Wolff, J., Esposito-Smythers, C., Frazier, E., Stout, R., Gomez, J., Massing, M., Schaffer, M., Nestor, B., Cheek, S., Graves, H., Yen, S., Spirito, A. (2019). A randomized trial of an integrated cognitive behavioral treatment protocol for adolescents receiving home-based services for co-occurring disorders. *Journal of Paediatric Neurology*, 23(1), 317-328.

