

اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان

شهرام واحدی^۱، امیر یکانی زاد^{۲*}، نادیه ارجمندی^۳

(۱) استاد گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

(۲) دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

(۳) دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

*نویسنده مسئول: amiryekani@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۳/۰۶/۱۹

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه با دوره پیگیری (۴ ماهه) بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر خوی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ که تعداد آن‌ها ۵۹۳۶ بود. نمونه آماری تعداد ۴۰ نفر از جامعه مذکور بودند که به شیوه تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر در هر گروه) انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس کاتر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) بود که تمام آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون آن را تکمیل کردند. برنامه مداخله‌ای درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی به گروه آزمایش مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شده و در نهایت پس‌آزمون و پیگیری از دو گروه آزمایش و گواه گرفته شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های تاب آوری، تصور شایستگی فردی ($P=0/001, F=9/86$)، اعتماد به غرایز فردی ($P=0/001, F=5/77$)، تحمل عاطفه منفی ($P=0/001, F=11/18$)، پذیرش مثبت تغییر ($P=0/001, F=8/110$) و کنترل و تأثیرات معنوی ($P=0/001, F=11/14$) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، مسئله محور ($P=0/001, F=16/51$) و هیجان محور ($P=0/001, F=21/90$) مؤثر بود ($P<0/01$). همچنین، اثربخشی در مرحله پیگیری ۴ ماهه تداوم داشت.

کلیدواژه‌گان: درمان شناختی رفتاری، رویکرد اسلامی، تاب آوری، سبک‌های مقابله‌ای

مقدمه

(علی‌احیان و دوشتگور^۱، ۲۰۲۰). از جمله این عوامل فردی تاب‌آوری^۲ است (جعفری و همکاران، ۱۳۹۹).

موفقیت تحصیلی و عملکرد دانش‌آموزان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، محیطی و شناختی قرار دارد؛ زیرا موفقیت تحصیلی و عملکرد دانش‌آموزان متغیری چند بعدی است که از عوامل زیادی تأثیر می‌پذیرد

^۱. Alyahyan & Düşteğör
^۲. Resilience

چالش‌ها، باعث تقویت توانایی‌های درونی و مهارت‌های اجتماعی فرد شود (نیکولازو^۸، ۲۰۲۴).

بهبود تاب‌آوری منجر به رشد افراد در کسب تفکر و مهارت‌ها و دانش مدیریتی بهتر می‌شود. لذا یکی از زمینه‌های مهم کنش‌های شناختی که با تاب‌آوری ارتباط متقابل دارد و نقش اساسی در سازگاری مؤثر افراد با مقتضیات محیطی ایفا می‌کند، سبک‌های مقابله‌ای^۹ است (که و بارلاس^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ ییغیت اوغلو و کسکین^{۱۱}، ۲۰۱۹). روانشناسی سلامت به سبک مقابله در سلامت جسمی و روانی اهمیت زیادی می‌دهد (رودریگز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). این موضوع به عنوان مهم‌ترین حوزه مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از کلیدی‌ترین عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در ارتباط بین استرس و بیماری شناخته شده است (پلکاناکیس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). فولکمن و لازاروس^{۱۴} (۱۹۹۸)، سبک‌های مقابله‌ای را فرایندی پیچیده می‌دانند که متناسب با ارزیابی فرد از موقعیت استرس‌زا و فشارهای آن تغییر می‌کند. این فرایند شامل تلاش‌های شناختی-رفتاری فعال است (دینگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). محققان معتقدند که افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، تمایل به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای خاص دارند و مجموعه این راهکارها، سبک مقابله‌ای هر فرد را تشکیل می‌دهد (هولاس^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲).

سبک‌های مقابله‌ای به مجموعه‌ای از راهبردها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که افراد برای تفسیر و اصلاح موقعیت‌های استرس‌زا به کار می‌برند و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (دینگ

مفهوم تاب‌آوری حاصل از تفکرات روانشناسان مثبت‌نگر است که تمرکز آن‌ها را بر توانمندی‌های شخصی در کنار آسیب‌شناسی روانی قرار می‌دهد (هافمن و هنکاک^۱، ۲۰۱۷). نظریات اولیه در مورد تاب‌آوری بر تأکید بر پیامدهای مثبت در مواجهه با مشکلات تمرکز داشتند (واکر^۲، ۲۰۲۰). پژوهش‌های بعدی عوامل خارجی مانند مدارس کارآمد و حمایت از بزرگسالان را نیز در ارتقای تاب‌آوری مؤثر دانستند. نظریات فعلی تاب‌آوری را به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی می‌پذیرند که شامل ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌هایی مانند مهارت حل مسئله است (ماستن^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

تاب‌آوری نحوه برخورد موفقیت‌آمیز با چالش‌های زندگی در هنگام مواجهه با استرس یا آسیب است (اونگار^۴، ۲۰۲۱). نظریه تاب‌آوری مبتنی بر جنبه‌های قوی مقابله با آسیب‌ها و توانایی فرد برای مقابله با خطر و مشکلات است (ماستن، ۲۰۱۸)؛ به عبارت دیگر تاب‌آوری به عنوان یک فرایند، توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده را داراست (سوسلوویچ و لت^۵، ۲۰۲۴). به طور دقیق‌تر، این مفهوم نشان‌دهنده توانایی انسان در پاسخ به شرایط ناگوار و مواجهه با چالش‌ها و مشکلات مختلف است (پرایاگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، تاب‌آوری یک نوع سازگاری مثبت است که فرد را قادر می‌سازد با تغییرات و شرایط غیرقابل پیش‌بینی به بهترین شکل ممکن سازگاری یابد (سارتیکا و نیربیتا^۷، ۲۰۲۳). به طور کلی تاب‌آوری در واقع، توانایی انطباق با چالش‌ها و فشارها و همچنین غلبه بر آن‌ها را شامل می‌شود. از طریق تجارب به دست آمده از این

8. Nicolazzo

9. Coping Styles

10. Ke & Barlas

11. Yigitoglu & Keskin

12. Rodrigues

13. Pelekanakis

14. Folkman & Lazarus

15. Ding

16. Holas

1. Hoffman & Hancock

2. Walker

3. Masten

4. Ungar

5. Suslovic & Lett

6. Prayag

7. Sartika & Nirbita

میانجی‌گری فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و تأثیر آن بر رفتار و واکنش فرد است که منجر به تغییر در افکار، رفتارها و احساسات می‌شود (اتوود و فریدمن^۶، ۲۰۲۰). راهبرد کلی این است که از ترکیب مداخلات گفتاری و تکنیک‌های تغییر رفتار استفاده شود تا مراجعان در شناسایی و تصحیح شناخت‌های غلط، مبانی شناختی خود را شناسایی کنند و مفاهیم اشتباه و باورهای ناکارآمد خود را اصلاح کنند (استفان^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد بر این منطق نظری زیر بنایی استوار است که عواطف و رفتار هر فرد عمدتاً بر اساس ساختاردهی که او درباره جهان خود دارد، شکل می‌گیرد (سیگورینسدوتیر^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از نقاط ضعف درمان شناختی - رفتاری افت نتایج درمانی است. این نقطه ضعف به دلیل فقدان یک پایگاه ایدئولوژیکی و ارزشی در فرهنگ سکولاریستی می‌باشد (جان بزرگی، ۱۳۹۵) و به رغم قدرت روش‌های درمانی شناختی، ممکن است منجر به عدم بهبود قابل توجهی در نتایج درمانی شود (انصاری و همکاران، ۱۳۹۸). اگر کلیشه‌های شناختی بدون ارتباط واقعی با ارزش‌ها و ایدئولوژی فرد منتقل شوند، نمی‌توان انتظار داشت که این انتقال به فرد احساس مطلوبی از انسانی بودن برای او ایجاد کند در چنین نقطه‌ای درمانگری معنوی و مذهبی معنا پیدا می‌کند (جان بزرگی، ۱۴۰۲، ص ۱۸۰). منظور از مذهب در این پژوهش، دین اسلام و مبنای آن، قرآن و نهج‌البلاغه است. همچنین درمان شناختی به شدت تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی قرار دارد. کارایی این روش درمانی به طور قابل توجهی تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی و باورهای مردمی قرار دارد که در تعامل با آن‌ها این درمان به کار گرفته می‌شود (هافمن، ۲۰۰۶). در درمان

و همکاران، ۲۰۲۴). هیگینز و اندلر بر اساس الگوی فولکمن و لازاروس سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسئله مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار تقسیم کرده‌اند (هیگینز و اندلر^۱، ۲۰۰۳). سبک مقابله‌ای مسئله مدار به فعالیت‌ها و تفکرهای اشاره دارد که با هدف تغییر دادن یک موقعیت یا کاهش عوامل استرس‌زا انجام می‌شود (حیدری و همکاران، ۲۰۱۷). این سبک دو بخش اصلی دارد: بخش اول، آمادگی، شامل جستجوی اطلاعات و برنامه‌ریزی است؛ و بخش دوم، عمل که در آن به حل مسئله و مواجهه فعال با مشکل پرداخته می‌شود و شامل استراتژی‌هایی مانند جمع‌آوری، سازمان‌دهی و تحلیل اطلاعات است (کوهن-بیتون^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). سبک‌های مقابله هیجانی شامل رفتارها و شناخت‌هایی است که هدف آن تغییر واکنش فرد به عامل استرس‌زا است. راهبردهای آن شامل خودسازی، رؤیاپردازی و تمرکز بر بعد عاطفی است. در سبک مقابله اجتنابی، فرد از موضوع استرس‌زا فرار می‌کند و سعی می‌کند با جستجوی حمایت عاطفی و انتقال مسئولیت مقابله به دیگران، از مواجهه با آن موضوع دوری کند (ویسی^۳ و همکاران، ۲۰۲۴).

برای درمان احساسات و عواطف منفی و استرس و تاب‌آوری علاوه بر درمان‌های دارویی درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند برای کاهش عواطف منفی و استرس و بهبود تاب‌آوری مورد استفاده قرار گیرد آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری است (بروینیکس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد درمانی شناختی رفتاری^۵ از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و شناختی به وجود آمده است. وجه مشترک این رویکرد بر نقش

1. Higgins & Andler

2. Cohen-Biton

3. Veisi

4. Brujiniks

5. Cognitive behavioral therapy approach

6. Atwood, M., Friedman

7. Stefan

8. Sigurvinsdóttir

در مقابل خواست الهی است (فجر: ۳۰؛ صافات: ۱۰۲؛ لقمان: ۲۲). «فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (شرح: ۵)، پس (بدان که به لطف خدا) با هر سختی البته آسانی هست. یکی از مفاهیم قرآنی است که می‌تواند ناظر به ارتقاء تاب و توان آدمی باشد، مفهوم معیت یا همراهی سختی‌ها و آسانی‌ها در دنیا یا رسیدن به آسانی پس از تحمل سختی است که طبعاً امید و انگیزه مقاومت در مقابل سختی‌ها را افزایش می‌دهد.

قرآن کریم در رسالت انسان‌سازی و جامعه‌سازی خود آدمیان را دعوت به شکیبایی در مقابل سختی‌ها و ناگواری‌ها می‌کند (بقره: ۴۵ و ۱۵۳؛ عصر: ۳؛ اعراف، ۱۲۸؛ آل عمران: ۲۰۰) و در آیاتی از قرآن کریم که ناظر به میزان محدودیت و طاقت انسان است که بنده موظف است برای مقابله به مشکلات، از خداوند بخواهد و دعا کند که مورد عنایت حق تعالی قرار گیرد (بقره: ۲۴۹ و ۲۸۶؛ طلاق: ۷). از مفاهیم دیگر قرآنی که در میزان افزایش تاب‌آوری مؤثر است توجه به ابتلائات و فلسفه آن است که طبعاً این مفهوم در مقاوم سازی انسان جهت تحمل بلاها و مصائب طبیعی بسیار مؤثر است (احزاب: ۱۱؛ بقره: ۱۲۴؛ عنکبوت: ۲). همچنین یکی از مفاهیم قرآنی که در افزایش مراتب تاب و تحمل انسان مؤثر است مفهوم جزاء و پاداش در مقابل تکلیف و رنج‌های انجام واجبات و ترک محرمات است (انبیاء: ۴۷؛ زلزال: ۷ و ۸).

در حدیثی از رسول اکرم (ص) آمده است: «لَا حَوْلَ عَنِ مَعْصِيَةِ اللَّهِ إِلَّا بِقُوَّةِ اللَّهِ، وَلَا قُوَّةَ عَلَى طَاعَةِ اللَّهِ إِلَّا بِعَوْنِ اللَّهِ»؛ هیچ بازدارنده‌ای از معصیت خدا نیست مگر به نیروی خدا و هیچ توانی بر طاعت خدا نیست مگر به کمک خدا (مجلسی، ۱۳۹۶، ص ۲۱۳). در روایتی، امام باقر (ع) از پیامبر (ص) نقل کرده است که اگر کسی سه مرتبه بگوید: «بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ الْعَلِيِّ الْعَظِيمِ»، خداوند او را از ۹۹ نوع بلا حفظ

شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، از اصول بنیادی شناختی درمانی به همراه آموزه‌های دینی و معنوی برای کمک به افراد در مقابله با مشکلات روانشناختی استفاده می‌شود. این رویکرد درمانی، علاوه بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسالم، به تقویت ایمان و معنویت فرد نیز می‌پردازد و توجه و تمرکز فرد را به نظام جهان، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی بیشتر کند (کونینگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین، اعتقاد به توکل به خدا و اعتماد به امداد الهی می‌تواند سبب افزایش امید به زندگی شود (شریفی‌نیا و مبارز، ۱۴۰۰). در جلسات روان‌درمانی، این باور در فرد ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی تجربه می‌کند، بی‌فایده نیست بلکه بازتاب و پاداش الهی در تمام ابعاد زندگی همراه است (د آبرو کاستا و موریرا-المیدیا^۲، ۲۰۲۲). با ایجاد چنین تفکری فرد از احساس پوچی و گمراهی‌های می‌یابد. در رویکرد درمانی شناختی - رفتاری اسلامی، با استفاده از آیات قرآن و احادیث، تمرکز بر این است که جهان هستی با نظم استوار شکل گرفته است. اعتقاد افراد به وجود خالق هستی، به عنوان مهم‌ترین حافظ و تکیه‌گاه، از طریق این روش تقویت می‌شود (عبدالجبار و همکاران، ۲۰۲۰). چرا که مذهب یا به تعبیری عام‌تر، دین، مجموعه‌ای از باورها، هنجارها و ارزش‌ها است که به عنوان تکیه‌گاه‌های روانی، نقشی مؤثر در زندگی انسان ایفا می‌کنند (رشیدزاده و همکاران، ۱۳۹۷). با استناد به آیات قرآنی و منابع دینی یکی از راهکارها در زمینه تاب‌آوری ذکر و یاد خدا و پناه بردن و توکل به خدا است (آل عمران: ۱۷۴؛ زمر: ۳۸؛ آل عمران: ۱۴۷). ذکر بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ اکثر مفسرین می‌گویند «باء» در «بسم الله» برای استعانت و کمک گرفتن از خدای متعال است (مکارم شیرازی، ۱۳۹۷ ص ۱۵ و ۱۷؛ قرائتی، ۱۳۸۳ ص ۱۳ و ۱۴) و از مهم‌ترین بسترهای افزایش تاب‌آوری در مقابل سختی‌ها مفهوم والای رضا و تسلیم

^۱. Koenig

^۲. de Abreu Costa & Moreira-Almeida

می‌کند که آسان‌ترین آن‌ها غم و اندوه است (صدوق، ۱۳۸۲، ص ۱۶۲). امام صادق علیه‌السلام نیز فرموده‌اند: «عُوذُ بِعِزَّةِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِقُدْرَةِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِرَحْمَةِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِجَلَالِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِعَظَمَةِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِجَمْعِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِرَسُولِ اللَّهِ وَ أَعُوذُ بِأَسْمَاءِ اللَّهِ مِنْ شَرِّ مَا أَحْذَرُ وَ مِنْ شَرِّ مَا أَخَافُ عَلَى نَفْسِي» (مجلسی، ۱۳۹۶، ص ۱۸۵-۱۸۴)، پناه می‌برم به عزت خدا و پناه می‌برم به قدرت خدا و پناه می‌برم به شکوه خدا و پناه می‌برم به عظمت خدا و پناه می‌برم به گردآوری خدا و پناه می‌برم به رسول خدا (درود خدا بر او و خاندانش) و پناه می‌برم به نام‌های خدا، از شر آنچه حذر می‌کنم و از شر آنچه بر خود می‌ترسم.

با توجه به آیات قرآن کریم و احادیث انبیاء و با اتکا به نگرش معنوی و مذهبی، می‌توانیم آشفستگی و پراکندگی افکار و اندیشه‌های خود را به نقطه‌ای واحد و ناب الهی که همانا منبع و مبدأ هستی است، مبدل سازیم و در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به کار برد (نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). در تلاش برای شناسایی عوامل بهبود دهنده تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای، برخی محققان به بررسی و مطالعه مذهب و معنویت روی آورده‌اند. یافته‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری مذهبی و معنوی محور می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری داشته باشد (کاوایی و همکاران، ۱۳۹۸؛ حمید و همکاران، ۱۳۹۷). در این زمینه، نتایج پژوهش‌های عبدالحسینی و همکاران (۱۴۰۲)، داستانی و همکاران (۱۴۰۱)، ربابی (۱۳۹۹)، مدنی و همکاران (۱۳۹۵)، پورکرد و همکاران (۲۰۲۰)، طجری و همکاران (۲۰۲۰)، بولاغی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد درمان شناختی رفتاری مذهبی بر تاب‌آوری مؤثر است. همچنین پژوهش‌های جندقیان بیدگلی و همکاران (۱۴۰۲)، مشاک و همکاران (۱۴۰۰)، دهقانی فیروزآبادی (۱۳۹۶)، آکوچکیان و همکاران (۱۳۹۵) و کاوایی

۲۰۲۰) حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور، بر سبک‌های مقابله‌ای و مؤلفه‌های آن بود. ضرورت استفاده از روش مداخله درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی در این پژوهش، به آن علت است که در آموزه‌های دینی ما، تربیت جوانان با ایمان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. سال‌ها است که نهادهای مختلف، به‌منظور تشویق جوانان به گرایش به باورها و اعمال دینی اصیل، فعالیت‌های مختلفی را سازمان‌دهی کرده‌اند. در این میان، نظام آموزشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای متولی تربیت نسل جوان، نقشی کلیدی ایفا می‌کند. با توجه به تأثیر دین بر نگرش‌ها و رفتارهای افراد، توجه به این مقوله در نظام آموزشی از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از روش‌های مداخله‌ای که می‌تواند در ارتقای تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان مؤثر باشد، آموزش درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی است. لذا در این راستا پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان پرداخته است.

روش شناسی

روش این پژوهش با توجه به اهداف از نوع کاربردی و بر اساس روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه با دوره پیگیری (۴ ماهه) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر سال دوم متوسطه شهر خوی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به تعداد ۵۹۳۶ نفر بود. بر اساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر به عنوان حجم نمونه اولیه تعیین شدند. برای تعیین حجم نمونه نهایی پژوهش، گال، بورگ و گال (۱۴۰۱) قاعده‌ای را پیشنهاد کردند که بر اساس آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه

اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل موارد ذکر شده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده گردید.

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون^۱ (CD-RISC):

برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از ابزار کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده گردید. این مقیاس قدرت فرد برای مقابله با تهدید و فشار را می‌سنجد و به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور تفکیک دهد و دارای ۲۵ گویه است که در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود که کمترین سطح آن کاملاً نادرست و در امتیازبندی، مقدار امتیاز صفر و آخرین سطح نیز همیشه درست که به آن امتیاز ۵ منظور می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در این مقیاس به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر فرد است. نمره تاب‌آوری بالاتر از ۵۰ نشان دهنده تاب‌آوری بالاتر است. این مقیاس دارای ۵ خرده مقیاس تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. در پژوهش کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمده است. این مقیاس به طور معناداری با مقیاس سخت کوشی رابطه دارد که حاکی از روایی هم‌زمان خوب آن است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در مطالعه مهدی یار و نجاتی (۱۳۹۴) پایایی مقیاس از دو طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳ و ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین در پژوهش کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار مقیاس تاب‌آوری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه نیز توسط اساتید روانشناسی دانشگاه تبریز تأیید شد.

پیشنهاد شده است؛ بنابراین از این جامعه نمونه‌های به حجم ۴۰ نفر به عنوان نمونه مورد نظر انتخاب شده و در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و گواه جای‌دهی شده‌اند. به منظور انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. بدین منظور از جامعه پژوهش، یکی از نواحی آموزش و پرورش و از آن ناحیه، یکی از مدارس و سپس از آن مدرسه، دو کلاس انتخاب شد. سپس به صورت تصادفی یکی از آن کلاس‌های گروه آزمایش و دیگری گروه گواه را تشکیل دادند. پس از انتخاب نمونه‌ها ابتدا پیش‌آزمون تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای برای هر دو گروه، تحت موقعیت یکسان، اجرا شد. سپس درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی برای گروه آزمایش، آموزش داده شد و گروه گواه تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. پس از اتمام آموزش دوباره از هر گروه، تحت موقعیت یکسان، پس‌آزمون تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای گرفته شد. ۴ ماه بعد آزمون پیگیری در مورد دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان عبارت بود از: ساکن خوی بودن، تمایل به شرکت در جلسات، دانش‌آموز پسر دوره دوم متوسطه بودن و توانایی در جواب دادن به پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه و شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های آموزشی و درمانی، تعهد و تمایل نداشتن به ادامه همکاری و مخدوش بودن پرسشنامه بود. برای رعایت اخلاق در پژوهش رضایت والدین و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله اخذ شد و در جریان کل برنامه مداخله قرار گرفتند. همچنین به افراد گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند پژوهش، آن‌ها نیز این مداخلات را نیز به‌طور خلاصه دریافت خواهند کرد. علاوه بر این، به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نیازی به ذکر نام نیست. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس با

^۱ Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

همچنین، مراحمی که در این متون به‌صورت آشکار یا تلویحی مرتبط با فرایند شناختی رفتاری مبتنی بر اعتقادات دینی اسلامی هستند، استخراج شد. روایی محتوایی و صوری این برنامه توسط سه کارشناس روان‌شناسی و مشاوره و چهار نفر از متخصصان و صاحب‌نظران مذهبی تأیید شد. برنامه مداخله‌ای در قالب ده جلسه نود دقیقه‌ای آموزش درمان شناختی رفتاری با تکیه بر مفاهیم دینی و معنوی اسلام اجرا شد. خلاصه این برنامه در جدول (۱) ارائه شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای^۱ (CSQ): توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) طراحی شده و شامل ۶۶ ماده است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت از "اصلاً استفاده نکرده‌ام" (نمره ۰) تا "به میزان زیادی از آن استفاده می‌کنم" (نمره ۳) تنظیم شده است. این پرسشنامه هشت روش مقابله را ارزیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسئله محور و هیجان محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله مسئله محور شامل: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های مقابله هیجان محور شامل رویارویی، دوری‌گزینی، خویش‌داری و گریز - اجتناب می‌شود. لازاروس (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ را از ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. خداری و دباغی (۱۳۹۳) پایایی این آزمون را ۰/۸۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، به‌منظور تعیین ضریب قابلیت اعتماد پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب حاصله ۰/۸۱ به دست آمد. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه نیز توسط اساتید روانشناسی دانشگاه تبریز تأیید شد.

برنامه مداخله‌ای

در این پژوهش، محتوای جلسات آموزش درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی با پروتکل کوئینگ (۲۰۱۵) تدوین شده است. این محتوا بر پایه باورهای دینی و اسلامی و با بهره‌گیری از منابع و مفاهیم دینی و معنوی اسلام، آموزه‌های قرآن کریم، روایات و احادیث و با کمک متخصصان دینی تهیه شده است. در ابتدا، پژوهشگر با مطالعه و بررسی منابع، مقاله‌ها، کتاب‌ها و پژوهش‌های موجود و متون معتبر اسلامی (قرآن کریم، احادیث و روایات) به گردآوری عوامل و مؤلفه‌های مؤثر آموزشی و شناسایی مؤلفه‌های اثربخش و نقاط قوت و ضعف برنامه‌های موجود شناختی رفتاری پرداخت.

^۱. Coping Styles Questionnaire

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
جلسه اول	ارزیابی و معرفی برنامه	اجرای پیش‌آزمون، معرفی خود و معارفه افراد نمونه پژوهش و انتظارات از برنامه، معارفه، روشن کردن چارچوب‌های اساسی گروه؛ معرفی ماهیت و اهداف برنامه؛ شرایط اجرا؛ طول دوره؛ و آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم شناختی رفتاری با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی اسلامی و تأثیر آن بر زندگی افراد، نقش ایمان به خدا و عمل صالح در کاهش ناراحتی، نقش یاد خدا در افزایش آرامش و نشاط ... ألا بذکر الله تطمئن القلوب (رعد، ۲۸)، نقش انس با آیات قرآن در بهبود تاب‌آوری و ارائه تکالیف تمرین انس با آیات قرآن حفظ کردن و مرور یک آیه در هر هفته.
جلسه دوم	فعال‌سازی رفتاری قدم زدن با ایمان	تبیین نقش رفتارهای مثبت در بهبود خلق، نقش تفریح در ارتقاء خلق و تبیین نقش فرد در تغییر زندگی خود بر اساس آیات قرآن، به ویژه آیه "إن الله لا یغیروا ما بقوم حتی یتغیروا ما بأنفسهم" (رعد، ۱۱)، قرارداد با مراجع برای انجام فعالیت‌های مثبت، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های لذت‌بخش، شناسایی و برقراری ارتباط با خویشاوندان و دوستان و تمرین نیایش متفکرانه و قدم زدن با ایمان بطور روزانه
جلسه سوم	شناسایی مهارت های تاب‌آوری	شناسایی افکار همراه با تغییرات خلق، شناخت مهارت های تاب‌آوری و پیامدهای آن، تبیین نقش دیدگاه فرد در خلق او، تبیین تأثیر باورهای فرد در رفتار او، طبقه‌بندی مهارت های تاب‌آوری بر اساس انواع تحریف‌های شناختی، و ارائه تکالیف تمرکز کردن بر یک آیه قرآن و غرق شدن در معنای آن
جلسه چهارم	شناسایی و چالش افکار ناکارآمد با مهارت های تاب‌آوری	تقویت توانایی نظارت گری بر افکار تقویت توانایی طبقه‌بندی افکار غیرمنطقی، نقش تغییر دیدگاه و تفسیر فرد در تغییر خلق، جایگزین کردن دیدگاه مثبت با دیدگاه منفی درباره موقعیت، روش‌های جایگزین پاسخ‌دهی به افکار منفی بر اساس آموزه‌های دینی، استفاده از باورها و ارزش‌های مذهبی در انتخاب دیدگاه کارآمد، انجام اعمال مثبت مذهبی در پاسخ به موقعیت به جای اجتناب از موقعیت، استفاده از اعتقادات مذهبی در چالش با افکار ناکارآمد و ارائه تکالیف تمرین جایگزین کردن افکار منفی با افکار مثبت
جلسه پنجم	رویارویی با فقدان	مفهوم‌سازی احساس فقدان به‌عنوان پیامد بیماری افسردگی، شناسایی فقدان‌های معنوی آموزش راهکارهای مقابله با فقدان، ارزیابی مثبت ثانویه معنوی و معنادهی معنوی به فقدان‌ها تسلیم شدن فعال در مقابل امور غیر قابل کنترل، مرور آیات مرتبط از قرآن مانند: خداوند هیچ‌کس را جز به اندازه توانایی‌اش تکلیف نمی‌کند (بقره، ۲۵۶) و ارائه تکالیف تمرین تسلیم شدن فعال و پذیرفتن به جای تلاش بی‌فایده ۲۰ دقیقه عبادت متفکرانه و عمیق در شبانه‌روز
جلسه ششم	مقابله هیجانات منفی و کشاکش‌های معنوی	آشنایی با کشمکش‌های معنوی و احساسات منفی معنوی مانند: احساس گناه، احساس رها شدن توسط خدا، ترس از تنبیه خدا نرمالیزیشن تجربه افکار منفی حتی درباره مقدسات مذهبی در هنگام افسردگی، تقویت بخشش و توبه و تمرین تصویرسازی بخشش خود و دیگران و ارائه تکالیف تمرین بخشش خود و دیگران توبه، تمرین تصویرسازی بخشش مناجات با خدا
جلسه هفتم	شکرگزاری	آشنایی با شکرگزاری و چگونگی ارتباط آن با تجربه بیماری مراجع، تمرین بازسازی شناختی بر اساس چارچوب شکرگزاری، تمرکز بر شکرگزاری مذهبی، تمرین شاکر بودن در هر شرایطی تمرین قدرشناسی از دیگران و ارائه تکالیف شمارش نعمت‌های خود تعیین زمان مناسب برای قدردانی از خدا، تمرین قدردانی از افراد مهم زندگی
جلسه هشتم	نوع دوستی و بخشندگی	مرور تمرین‌های قدردانی و آثار آن، مفهوم‌سازی بخشندگی و نوع دوستی به‌عنوان نوعی شکرگزاری، انگیزش مذهبی برای نوع دوستی، مرور آیاتی از قرآن درباره نوع دوستی به خدا قرض الحسنه بدهید و هر آنچه از کارهای نیک برای خود از پیش می‌فرستید نزد خدا به بهترین وجه و بزرگ‌ترین پاداش خواهید یافت (مزل، ۲۰) ارزیابی تمایل مراجع به گسترش بخشندگی و نوع دوستی و ارائه تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های نوع دوستانه دعای روزانه برای یک نفر برنامه‌ریزی برای سخاوت و هدیه دادن به دیگران
جلسه نهم	رشد دیدگاه‌های معنوی مرتبط با استرس	آشنایی با رشد مرتبط با استرس بخصوص از دیدگاه معنوی، تمرین جستجوی پیامدهای مثبت فقدان‌ها، مرور برخی مشکلات مصائب پیامبران و ائمه اطهار و مؤمنین که چطور در سختی‌ها رشد کردند و ارائه تکالیف تمرین جستجوی پیامدهای مثبت برخی مشکلات گذشته تهیه فهرستی از تغییرات مثبت دعای روزانه برای یک نفر
جلسه دهم	مرور و جمع‌بندی	مرور مطالب مطرح‌شده در جلسات، پرسش و پاسخ، ارائه نظرات و تجربیات شرکت‌کنندگان و تمرکز بر آیات قرآن در مورد توانایی‌های انسان؛ اجرای پس‌آزمون؛ اختتام جلسه و تشکر و قدردانی از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در جلسات.

یافته‌ها

نیز بیشترین فراوانی مربوط به پایه یازدهم با ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) و بعد از آن پایه دوازدهم با ۱۳ نفر (۳۰/۰ درصد) و در نهایت پایه تحصیلی دهم با ۱۲ نفر (۳۰/۰ درصد) بوده است. ضمناً میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان $13/87 \pm 1/56$ بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

نمونه‌های این پژوهش ۴۰ دانش‌آموز پسر بودند و ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از گروه‌های آزمایش و گواه اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای دو گروه ۲۰ نفری انجام شد. از لحاظ توزیع سنی، بیشترین فراوانی مربوط به سن ۱۷ سال با ۱۶ نفر (۴۰ درصد) و بعد از آن سن ۱۸ سال با ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) و در نهایت سن ۱۶ سال با ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد) بوده است. از لحاظ توزیع پایه تحصیلی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تصور شایستگی فردی	آزمایش	۲۰	۲۳/۴۷	۵/۱۰	۲۸/۸۶	۷/۱۷	۲۸/۳۵	۷/۰۹
	گواه	۲۰	۲۳/۵۳	۶/۵۱	۲۳/۴۹	۶/۱۱	۲۳/۵۶	۵/۹۷
اعتماد به‌خود	آزمایش	۲۰	۲۱/۰۲	۴/۶۲	۲۸/۷۳	۵/۳۸	۲۸/۶۴	۵/۱۶
	گواه	۲۰	۲۱/۱۵	۵/۱۹	۲۱/۰۵	۴/۷۰	۲۱/۱۰	۴/۳۴
تحمل عاطفه منفی	آزمایش	۲۰	۱۹/۸۵	۷/۷۱	۲۵/۲۲	۹/۰۳	۲۵/۰۴	۸/۸۰
	گواه	۲۰	۱۹/۸۱	۵/۴۶	۱۹/۹۰	۵/۱۶	۱۹/۸۴	۵/۱۱
پذیرش مثبت تغییر	آزمایش	۲۰	۲۶/۶۹	۸/۰۹	۳۵/۵۰	۱۰/۷۸	۳۵/۳۹	۹/۹۴
	گواه	۲۰	۲۶/۶۰	۱۱/۲۸	۲۶/۶۷	۱۱/۳۰	۲۶/۶۴	۱۱/۱۳
کنترل و تأثیرات معنوی	آزمایش	۲۰	۲۵/۰۵	۶/۳۷	۳۶/۴۱	۹/۹۷	۳۶/۳۵	۹/۷۲
	گواه	۲۰	۲۵/۱۱	۶/۰۸	۲۴/۹۹	۷/۱۴	۲۵/۰۳	۷/۴۰
سبک مقابله مسئله محور	آزمایش	۲۰	۴۷/۰۶	۸/۷۱	۵۶/۱۰	۶/۱۳	۵۵/۹۳	۵/۸۵
	گواه	۲۰	۴۷/۱۳	۶/۵۳	۴۷/۰۳	۵/۹۲	۴۷/۲۳	۶/۶۰
سبک مقابله هیجان محور	آزمایش	۲۰	۵۱/۸۳	۱۳/۶۷	۳۸/۱۹	۷/۶۴	۳۸/۵۰	۸/۰۳
	گواه	۲۰	۵۱/۹۹	۱۱/۷۷	۵۱/۹۱	۱۲/۸۳	۵۱/۹۷	۱۴/۷۸

آموزان پسر دوره دوم متوسطه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد که نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > 0/05$). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های تاب‌آوری در گروه آزمایش و گواه تصور شایستگی فردی ($F_{1/39} = 2/73, P = 0/381$)، اعتماد به‌خود فردی ($F_{1/39} = 2/64, P = 0/375$)، تحمل عاطفه منفی ($F_{1/39} = 2/81, P = 0/612$)، پذیرش مثبت تغییر و

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه‌های آزمایشی، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین بین نمرات پیش‌آزمون و آزمون پیگیری در مؤلفه‌های تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای، تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد ولی در گروه گواه، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود. برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری (تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای (مسئله محور و هیجان محور) دانش

روابط ایمن ($F_{1/39}=2/87, P=0/311$) و کنترل و تأثیرات معنوی ($F_{1/39}=2/41, P=0/802$) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش و گواه مسئله محور ($F_{1/39}=1/45, P=0/651$) و هیجان محور ($F_{1/39}=1/76, P=0/340$) نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته درگروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های تاب‌آوری، تصور شایستگی فردی ($F_{1/39}=0/75, P<0/53$)، اعتماد به‌خود ($F_{1/39}=0/45, P<0/45$)، تحمل عاطفه منفی ($F_{1/39}=0/65, P<0/45$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F_{1/39}=0/79, P=0/36$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F_{1/39}=0/71, P<0/49$) و کنترل و تأثیرات معنوی ($F_{1/39}=0/75, P=0/64$) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، مسئله محور ($F_{1/39}=0/73, P<0/73$) و هیجان محور ($F_{1/39}=1/14, P<0/35$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام‌باکس برای مؤلفه‌های تاب‌آوری، تصور شایستگی فردی ($P<0/532, 1/50$)، اعتماد به‌خود ($F=19/31, Box`SM=$)، تحمل عاطفه منفی ($F=1/49, P=0/535, Box`SM=16/02$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F=1/9261, P=0/612, Box`SM=16/81$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F=1/61, P=0/642, Box`SM=17/01$) و کنترل و تأثیرات معنوی ($F=1/40, P=0/405, 95$)،

Box`SM=15/ و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، مسئله محور ($Box`SM=15/12, F=1/31, P<0/525$) و هیجان محور ($Box`SM=14/81, F=1/21, P=0/654$) حاکی از برقراری مفروضه‌های ماتریس کوواریانس‌ها در بین سطوح متغیر مستقل است. نتایج آزمون کرویت موجلی برای مؤلفه‌های تاب‌آوری، تصور شایستگی فردی ($w=0/801, x^2=3/61, F=2/83, P=0/722$)، اعتماد به‌خود ($w=0/724, x^2=3/50, F=2/21, P=0/724$) و تحمل عاطفه منفی ($w=0/826, x^2=3/51, F=2/43, P=0/790$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($w=0/818, x^2=3/72, F=2/37, P=0/790$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($w=0/827, x^2=3/35, F=2/51, P=0/692$) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، مسئله محور ($w=0/801, x^2=5/80, F=1/68, P=0/621$) و هیجان محور ($w=0/838, x^2=6/68, F=1/71, P=0/801$) معنادار نیست و نشان می‌دهد که مفروضه کرویت داده‌ها رعایت شده است. همچنین آزمون‌های لامبدای ویکلز، اثر پیلائی، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه نشان داد که حداقل میان یکی از متغیرها طی پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($F=21/65$) و ($sig=0/001$)؛ بنابراین، می‌توان از نتایج آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات سه مرحله در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه اثر
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی‌داری	

۰/۶۵	۰/۰۰۱	۱۶/۳۲	۱۰۶۷/۷۳	۲	۲۱۳۵/۴۶	مراحل مداخله	تصور شایستگی فردی
۰/۶۰	۰/۰۰۱	۱۲/۱۸	۸۱۲/۲۸	۲	۱۶۲۴/۵۷	مراحل X گروه	
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۹/۸۶	۴۲۱۰/۰۸	۱	۴۲۱۰/۰۸	گروه	
۰/۵۷	۰/۰۰۱	۱۳/۰۶	۹۹۲/۶۰	۲	۱۹۸۵/۲۱	مراحل مداخله	اعتماد به غرایز فردی
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۸/۴۹	۸۳۹/۳۵	۲	۱۶۷۸/۷۰	مراحل X گروه	
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۵/۷۷	۳۲۷۱/۱۵	۱	۳۲۷۱/۱۵	گروه	
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۱۷/۱۱	۸۸۱/۰۵	۲	۱۷۶۲/۱۰	مراحل مداخله	تحمل عاطفه منفی
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۵/۰۲	۵۵۱/۹۱	۲	۱۱۰۳/۸۳	مراحل X گروه	
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۱۱/۱۸	۳۲۴۱/۲۲	۱	۳۲۴۱/۲۲	گروه	
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۱۷/۵۲	۱۲۰۰/۷۰	۲	۲۴۰۱/۴۱	مراحل مداخله	پذیرش مثبت تغییر
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۱۲/۸۱	۱۳۴۱/۰۷	۲	۲۶۸۲/۱۵	مراحل X گروه	
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۸/۱۰	۴۹۳۴/۲۲	۱	۴۹۳۴/۲۲	گروه	
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۱۹/۸۱	۱۱۳۷/۶۸	۲	۲۲۷۵/۳۶	مراحل مداخله	کنترل و تأثیرات معنوی
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۱۵/۰۳	۱۲۲۵/۸۹	۲	۲۴۵۱/۷۸	مراحل X گروه	
۰/۶۶	۰/۰۰۱	۱۱/۱۴	۴۶۲۹/۶۵	۱	۴۶۲۹/۶۵	گروه	
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۲۴/۱۰	۳۲۱۰/۳۶	۲	۶۴۲۰/۷۳	مراحل مداخله	سبک مقابله مسئله محور
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۲۰/۲۱	۱۷۹۱/۴۶	۲	۳۵۸۲/۹۲	مراحل X گروه	
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۶/۵۱	۹۷۷۱/۳۸	۱	۹۷۷۱/۳۸	گروه	
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۳۳/۵۲	۴۰۵۸/۰۲	۲	۸۱۱۶/۰۵	مراحل مداخله	
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۲۹/۶۲	۲۰۶۳/۵۷	۲	۴۱۲۷/۱۴	مراحل X گروه	سبک مقابله هیجان محور
۰/۷۰	۰/۰۰۱	۲۱/۹۰	۱۰۳۷۸/۹۵	۱	۱۰۳۷۸/۹۵	گروه	

کنترل و تأثیرات معنوی ($P=۰/۰۰۱, F=۱۱/۱۴$) با اندازه اثر ۰/۶۶ و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، مسئله محور ($P=۰/۰۰۱, F=۱۶/۵۱$) با اندازه اثر ۰/۴۷ و هیجان محور ($P=۰/۰۰۱, F=۲۱/۹۰$) با اندازه اثر ۰/۷۰ مؤثر بوده است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری، تصور شایستگی فردی ($P=۰/۰۰۱, F=۹/۸۶$) با اندازه اثر ۰/۵۳، اعتماد به غرایز فردی ($P=۰/۰۰۱, F=۵/۷۷$) با اندازه اثر ۰/۴۹، تحمل عاطفه منفی ($P=۰/۰۰۱, F=۱۱/۱۸$) با اندازه اثر ۰/۵۱، پذیرش مثبت تغییر ($P=۰/۰۰۱, F=۸/۱۱۰$) با اندازه اثر ۰/۶۳ و

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری			پیش‌آزمون - پس‌آزمون			شاخص‌های آماری
تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	
میانگین	معیار	معناداری	میانگین	معیار	معناداری	میانگین	معیار	معناداری	

۰/۶۵	۰/۱۹	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۱/۳۱	-۴/۸۸	۰/۰۰۱	۱/۲۳	-۵/۳۹	تصور شایستگی فردی
۱/۰۰	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۰۱	۲/۱۵	-۷/۶۲	۰/۰۰۱	۲/۰۶	-۷/۷۱	اعتماد به غرایز فردی
۰/۹۷	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۰۰۱	۱/۱۳	-۵/۱۹	۰/۰۰۱	۱/۲۷	-۵/۳۷	تحمل عاطفه منفی
۰/۹۹	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۰۰۱	۲/۶۴	-۸/۷۰	۰/۰۰۱	۳/۱۹	-۹/۲۱	پذیرش مثبت تغییر
۱/۰۰	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۰۱	۵/۰۶	-۱۱/۳۰	۰/۰۰۱	۴/۸۹	-۱۱/۳۶	کنترل و تأثیرات معنوی
۰/۹۵	۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۲/۳۲	-۸/۸۷	۰/۰۰۱	۲/۶۱	-۹/۰۴	سبک مقابله مسئله محور
۰/۷۱	۱/۰۱	-۰/۳۱	۰/۰۰۱	۲/۹۲	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱	۳/۸۰	۱۳/۶۴	سبک مقابله هیجان محور

این رویکرد درمانی به استناد به آیات قرآن کریم و روایات بر تأثیر آن‌ها در درمان متمرکز است که با ایجاد ارتباط معنوی با یک نیروی بی‌کران، اعتقاد فرد به وجود یک خالق و حافظ بی‌بدیل هستی تقویت می‌شود. این ارتباط به فرد اطمینان می‌دهد که او همواره دارای یک حامی قوی و مطمئن است که به او کمک می‌کند و همراهش است. اعتماد به خود و اعتقاد به این مفهوم، انسان را قادر می‌سازد که با آرامش و ثبات، مراحل مختلف زندگی و هرگونه چالش را پشت سر بگذارد. این اعتقاد به فرد امکان می‌دهد که با کمترین استرس و نگرانی، به آینده نگاه کند و امیدوارتر و خوش‌بین‌تر به روزهای آینده نگرسته و با آرامش به رویدادهای آتی بپردازد، زیرا او از وجود یک پشتیبان معتمد و حافظ مطمئن است که همیشه در کنارش حضور دارد. لذا، درمان مبتنی بر شناختی رفتاری مذهبی می‌تواند به افراد در ارزیابی متفاوت رویدادهای منفی کمک کند و حس کنترل قوی‌تری در آن‌ها ایجاد می‌کند. در نتیجه، این روش به سازگاری روانی و افزایش تاب‌آوری در افراد منجر می‌شود (کونینگ و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر تأثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی برافزایش تاب‌آوری شاید به این دلیل باشد در رویکرد دینی، این اعتقاد وجود دارد که با تقویت باورهای مذهبی، فرد به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که در برابر عوامل بیرونی و شرایط نامناسب، مقاوم‌تر می‌شود. این امر، حفظ نگرش‌های سازنده و مثبت را در مواجهه با چالش‌ها تسهیل می‌کند. همچنین سبب افزایش انعطاف‌پذیری در تعیین ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای برخورد با

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای در گروه آموزش درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($P < 0/001$)، که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه بود. یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش بیانگر این است که آموزش درمان شناختی رفتاری (CBT) با تأکید بر آموزه‌های دینی، بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عبدالحسینی و همکاران (۱۴۰۲)، داستانی و همکاران (۱۴۰۱)، ربایی (۱۳۹۹)، کاویانی و همکاران (۱۳۹۸)، حمید و همکاران (۱۳۹۷)، مدنی و همکاران (۱۳۹۵)، پورکرد و همکاران (۲۰۲۰)، طجری و همکاران (۲۰۲۰) و بولاغی و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی علاوه بر اصلاح خطاهای شناختی و عادت‌های نادرست رفتاری به طور خاص به اصلاح عقاید و عواطف مذهبی نیز می‌پردازد.

موقعیت‌های تقابلی می‌شود. افراد مذهبی در سطوح بالا، به دنبال حل مسائل خود به شیوه حل مسئله و با اتکا به حمایت‌های اجتماعی هستند. این امر، توانمندی آن‌ها را در مواجهه با مشکلات افزایش می‌دهد و باور به وجود خداوند ناظر و حاکم بر همه امور، اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با موقعیت‌های مختلف را تا حد زیادی کاهش می‌دهد. این باور، اتکا به قدرت الهی و تسلط بر شرایط غیرقابل پیش‌بینی را تقویت می‌کند. در حقیقت بسیاری از افراد مؤمن، ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی می‌دانند. اتکا و توکل به خدا به عنوان یک شیوه مقابله‌ای مؤثر، در رویارویی با رخداد‌های ناگوار، آرامش و امید را به ارمغان می‌آورد؛ بنابراین ایمان و معنویت، عزت‌نفس و اعتماد به نفس را در فرد تقویت می‌کند و این امر، نگرش‌های منفی را از بین برده و مجموع این عوامل باعث می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد (گریل و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری مذهب محور می‌تواند به عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعدیل تأثیرات مخرب افکار منفی و فشارهای زندگی بر سلامت روان فرد تأثیر مثبت بگذارد و باعث بهبود عملکرد وی در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. همچنین درمان شناختی رفتاری مذهب محور با سازوکارهای خاص خود با جایگزینی باورهای منفی و ناکارآمد با باورهای مثبت و سازنده، نگرش فرد را نسبت به خود، دنیا و خداوند ارتقا می‌دهد و به افراد در ارزیابی متفاوت رویدادهای منفی کمک کند این امر به نوبه خود، تاب‌آوری، کیفیت زندگی فرد را در ابعاد مختلف، از جمله روابط اجتماعی، سلامت جسمی و روانی و معنویت، بهبود می‌بخشد (د آبرو کاستا و موریرا-المیدا، ۲۰۲۲).

همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش، درمان شناختی رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی دینی باعث تقویت سبک مقابله‌ای دانش‌آموزان شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جندقیان بیدگلی و همکاران (۱۴۰۲)، مشاک و همکاران (۱۴۰۰)، دهقانی فیروزآبادی (۱۳۹۶)،

آکوچکیان و همکاران (۱۳۹۵) و کاویانی (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان بیان کرد یکی از دغدغه‌های رایج در بین دانش‌آموزان، نگرانی نسبت به آینده است. این نگرانی می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی مانند ترس از شکست، عدم اعتماد به نفس و تصور جبرگرایی باشد. درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی یک رویکرد درمانی است که با تغییر و اصلاح تفکر و رفتار افراد، احساسات منفی آن‌ها را تغییر می‌دهد و آن‌ها را قادر به مقابله با حوادث زندگی می‌کند. این رویکرد درمانی به برآورده شدن اهداف و داشتن معنا و احساس تعلق و امید به یاری خدا متکی است که در شرایط مشکل‌زای زندگی وجود دارد. درمان شناختی رفتاری مذهب محور مانع از پیش بردن باورهای تخریب کننده در سیستم‌های شناختی فرد می‌شود و به افراد کمک می‌کند متوجه شوند که با دستیابی به هدف و معنا در زندگی و با توکل و اعتماد به خداوند، می‌توانند در مقابل موقعیت‌های ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی آمادگی لازم را داشته باشند و به آن‌ها توانایی می‌دهد موقعیت‌های دشوار را تحت کنترل قرار دهند. انجام باورهای مذهبی سیستم‌های حمایتی بسیاری را برای کمک به مردم معرفی می‌کند این موضوع باعث تقویت راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در افراد می‌شود (کونینگ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین آموزه‌های دینی، الگوهای رفتاری مناسبی مانند پیامبران و ائمه اطهار (ع) را به دانش‌آموزان معرفی می‌کنند. این الگوها می‌توانند به دانش‌آموزان در انتخاب مسیر صحیح زندگی و غلبه بر چالش‌ها کمک کنند. آموزه‌های دینی، توکل به خداوند و امید به آینده را ترویج می‌کنند. این آموزه‌ها به دانش‌آموزان می‌آموزند که با تکیه بر خداوند و تلاش و کوشش خود، می‌توانند به موفقیت در زندگی دست پیدا کنند. لذا درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی در کشوری که اکثر مردم به دین اعتقاد دارند و از آن برای مقابله‌ی مؤثر با مشکلات خود استفاده می‌کنند مؤثرتر خواهد بود. این نوع درمان، تاب‌آوری در برابر مشکلات پیش رو و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای

آینده باشیم و آموزش و ترویج این راهبردها به طور مستمر و در طول دوران کودکی و نوجوانی انجام شود تا به اثربخشی مطلوب دست پیدا کرد.

سپاسگزاری: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

تضاد منافع: این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارد.

منابع

قرآن کریم، ۱۳۹۷، ترجمه علی مشکینی، تهران، اسوه.

آکوچکیان، شهلا؛ حقیقی‌زاده، ابراهیم؛ عمرانی فرد؛ ویکتوریا، سیرویی نژاد، مهسا و الماسی آسیه. (۱۳۹۵). اثر درمان شناختی- رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری با محتوای مذهبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۴، ش ۲، ص ۱۶۸-۱۷۲.

احمدی، مریم؛ خلعتبری، جواد؛ آقاییوسفی، علیرضا و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۴۰۱). تأثیر متغیرهای الگوی چند بعدی معنوی با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد بر اختلال وسواس. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۶(۳۱)، ۱۲۹-۱۵۳.

انصاری، حسن؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ حسینی سمنانی، صدیقه؛ غروی راد، سید محمد و رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس- بی‌اختیاری. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۹۶-۱۶۷.

باقرپور، معصومه. (۱۳۹۷). ارتباط باورها و نگرش‌های دینی و سبک زندگی اسلامی با عملکرد شغلی معلمان مقطع ابتدایی. *علوم تربیتی از دیدگاه اسلام*، ۶(۱۱)، ۹۳-۱۱۰.

حل مسئله را افزایش می‌دهد و به مراتب استفاده از سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان کاهش می‌یابد (عبدالجبار و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با تکیه بر خالق هستی با مشکلات خود مواجه می‌شود و این باور را دارد که خدا در تمام سختی‌ها و مشکلات، یاور و پشتیبان اوست، در نتیجه مشکلات و سختی‌های زندگی خود را می‌پذیرد و سعی می‌کند به طور مؤثر با آن مقابله کند و از توانایی‌های خود برای بهبود شرایط استفاده نماید. افرادی که باورهای دینی قوی دارند، در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا بیشتر از سبک مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند. این افراد به جای اجتناب از مشکل یا تمرکز بر هیجانات منفی، سعی می‌کنند بر حل مشکل تمرکز کنند و با تکیه بر باورهای دینی خود راه حلی برای آن پیدا کنند. عدم کنترل متغیرهای فردی و خانوادگی مانند ویژگی‌های شخصیتی، سبک والدگری والدین، سطح فرهنگ و سطح رفاه خانواده، از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

برنامه درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی می‌تواند برای طیف وسیعی از افراد، از جمله کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، مفید باشد. این برنامه می‌تواند در مدارس، کلینیک‌های سلامت روان و سایر محیط‌های آموزشی اجرا شود. پیشنهاد می‌شود وزارت آموزش و پرورش، برنامه‌های آموزشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی را در رأس سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود قرار دهد. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی این درمان طی کارگاه‌های تخصصی به مشاوران و روانشناسان حاضر در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش و همچنین، مشاوران مدارس جهت طراحی برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه و بهبود دستاوردهای آموزشی آموزش داده شود. همچنین والدین اولین و مهم‌ترین الگوهای رفتاری برای فرزندان هستند با افزایش آگاهی و دانش والدین از درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، می‌توان شاهد ارتقای سلامت روان و بهبود تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان نسل

سرطانی. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۰۶ (۱۸)، ۱۹-۳۶.

ربابی، ربابه. (۱۳۹۹). *بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری دانشجویان، سومین همایش علوم انسانی* (پیشرفت‌های نوین در عرصه علم و فراعلم)، مشهد.

رشیدزاده، عبدالله و همکاران. (۱۳۹۷). *تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات اسلامی در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم. مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۷ (۲)، ۵۹-۸۶.

شریفی نیا، محمد؛ مبارز، سید حسن. (۱۴۰۰). *ساخت بسته آموزش توکل به خدا با تاکید بر قرآن کریم، پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی با رویکرد اسلامی*، ۱ (۲)، ۳۵-۷.

صدوق، شیخ، ۱۳۸۲، *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال*، ج ۲، قم: نسیم کوثر.

عبدالحسینی، حسین؛ سعیدی، سکینه و شریفی، مهدی. (۱۴۰۲). *اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودک اتیسم. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷ (۲)، ۳۰۶-۲۹۸.

قرائتی، محسن. (۱۳۹۷). *تفسیر نور*، ج ۴ و ۸، چ ۱۰، تهران: مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن. کاویانی، زینب؛ بختیارپور، سعید؛ حیدری، علیرضا؛ عسگری، پرویز و افتخار صعاد، زهرا. (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس شهر تهران. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۴ (۵۵)، ۱۵۹-۱۷۵.

کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داوود؛ رجبی، ابوالفضل و امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). *همسانی درونی و تحلیل عاملی مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون در دانشجویان دختر*

جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۵). *روان درمانگری چند بعدی معنوی: فعالسازی عمل معنوی و اثر بخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. پژوهشنامه روانشناسی اسلامی*، ۲ (۳)، ۳۹-۸.

جان بزرگی، مسعود. (۱۴۰۲). *درمان چندبعدی معنوی؛ یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جعفری، لعیاء؛ حجازی، مسعود و صبحی، افسانه. (۱۳۹۹). *بررسی رابطه تاب‌آوری تحصیلی با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و میانجی معنای تحصیلی. روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۹ (۳)، ۳۵-۴۹.

جندقیان بیدگلی، محمدامین؛ شاطریان، نگین؛ قربانی، فرشته؛ پژوم، سید هادی؛ کاظمیان، الهام و عبدی، فاطمه. (۱۴۰۲). *درمان علائم افسردگی با رویکرد نوین درمان شناختی رفتاری مذهب محور: مطالعه مرور نظام مند. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۳ (۲۲۲)، ۱۸۴-۱۷۱.

حمید، نجمه؛ بولاغی، یاسر و مهربابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان. فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۱۱ (۳)، ۵۸-۱۰۱.

خدری، بهزاد و دباغی پرویز. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان سربازان. پرستار و پزشک در رزم*، ۲ (۵)، ۱۹۵-۲۰۰.

داستانی، محبوبه؛ عبدالجباری، مرتضی؛ جمشیدی، محمدعلی؛ فرهوش، مجتبی و فرهوش، محمد. (۱۴۰۱). *اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی بر بهبود عاطفه و امید مبتلایان به افسردگی اساسی. پژوهش در دین و سلامت*، ۸ (۴)، ۱۱۳-۱۲۸.

دهقانی فیروزآبادی، محمدحسین. (۱۳۹۶). *بررسی رابطه بین استرس ادراک شده، سبک‌های مقابله‌ای و نگرش مذهبی؛ با رضایت از زندگی مادران دارای کودک*

- Jamshidi, M. A., Farhoush, M., Farhoush, M. (2022). The Effectiveness of Islamic Cognitive-behavioral Therapy Compared With Conventional Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Depression and Increasing Life Satisfaction and Spiritual Health in Patients With Depression. *Health Spiritual Med Ethics*, 9 (4) :207-216.
- Alyahyan, E., Düştegör D., (2020). Predicting academic success in higher education: Literature review and best practices. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 17(1): 1-21.
- Atwood, M., Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy(CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (3), 309-488.
- Booлагhi, Y., Mehrabizade Honarmand, M., & KianiMoghadam, A. S. (2016). The effect of religious-based cognitive - behavioral therapy on psychological well-being and resilience in students. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 5 (3), 1-10.
- Bruijnicks, J. E., Sijbrandij, M., Schlinkert, C., & Huibers, J. H. (2018). Isolating therapeutic procedures to investigate mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9 (4), 1-11.
- Cohen-Biton, L., Buskila, D., & Nissanholtz-Gannot, R. (2022). The correlation between problem-oriented coping and a sense of coherence among fibromyalgia patients who underwent the fibrotherapy model intervention programme. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 40, 1143-1150.
- Conner, K. M, & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2),76-82.
- de Abreu Costa, M., Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques. *J Relig Health*, 61, 443-466.
- Ding, S., Shi,W., Ding, L., Chen, Y., Dai, J., Yuan, H., & Zhou., G. (2024). The relationship between life events, life satisfaction, and coping style of college students. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (1), 864-874.
- پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴ (۱۰)، ۸۵۷-۸۶۴.
- گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جويس. (۱۴۰۱). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی*، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت.
- مجلسی، محمدباقر. (۱۳۹۶). *مرآة العقول*، ج ۱۲ و ج ۹۰، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
- مدنی، یاسر؛ حسینی نژاد، سیده ناهید، فتحی، داود و موسوی؛ سید محمد موسی. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته گام. توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۷(۱)، ۱-۱۲.
- مشاک، رویا؛ نادری، فرح و چین آوه محبوبه. (۱۴۰۰). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز. نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۶ (۳)، ۷۳-۵۹.
- مکارم شیرازی، ناصر و جمعی از فضلا. (۱۳۹۷). *برگزیده تفسیر نمونه*، ج ۲۰، ویراست جدید، قم: نشر دارالکتب اسلامیه.
- نعیمی، ابراهیم و همکاران. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی با تأکید بر آموزه های دینی بر تاب آوری و رغبت های شغلی دانش آموزان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۷ (۲۸)، ۲۶ - ۱.
- مهدی یار، منصوره و نجاتی، سیده فرشته. (۱۳۹۴). *اعتبار یابی پرسشنامه تاب آوری در برابر خودکشی. روانشناسی سلامت*، ۴ (۱۶)، ۹۷-۱۰۸.
- یداله پور، محمدهادی؛ مهدوی فر، حکیمه و حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۸). *مداخله ی آموزشی مبتنی بر مذهب بر نشانگان افسردگی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهر بابل، پژوهش در دین و سلامت*، ۱۵ (۱)، ۶۴-۷۵.
- Abdoljabbari, M., Dastani, M.,

- Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & Vanderweele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26(5), 262–272.
- Koenig, H.G, Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J. , Daher, N. S. (2015). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(4):243-51.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Lazarus, R.S.(1993). Coping Theory and Research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3): 243-247.
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12–31.
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K.M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives" *Annual Review of Clinical Psychology*, 17:521-49.
- Nicolazzo, z. (2024). Revitalizing conversations on trauma and resilience in education. *About Campus*, 29 (1), 3-9.
- Pelekanakis, A., Doré, I., Sylvestre, M. P., Sabiston, C. M., & O'Loughlin, J. (2022). Mediation by coping style In the association between stressful life events and depressive symptoms in young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57, 2401–2409.
- Pourkord, M., Mirdrikvand, F., & Karami, A. (2020). Predicting Resilience in Students based on Happiness, Attachment Style, and Religious Attitude. *Health Spiritual Med Ethics*, 7 (2), 27-34.
- Prayag, G., Muskat, B., & Dassanayake, C. (2024). Leading for resilience: fostering employee and organizational resilience in tourism Firms. *Journal of Travel Research*, 63 (3), 659- 680.
- Rodrigues, F., Pedro, M., & Tiago, S. (2023). Testing the Associations between Coping, Mental Health, and Satisfaction with Life in Portuguese Workers. *European* 29 (2), 398- 409.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S., 1980, "An analysis of coping in a middle-aged community sample", *Journal of Health & Social Behavior*, 21 (3) 219- 239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Grill, K. B., Wang, J., Cheng, Y. I., Lyon, M. E. (2020). The role of religiousness and spirituality in health-related quality of life of persons living with HIV: A latent class analysis. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 494–504.
- Hofmann, S.G. (2006) .The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive Behavioral Practic*, 4(13): 243-54.
- Hoffman, R. R., & Hancock, P. A. (2017). Measuring resilience", *Human Factors*, 59(4), 564–581.
- Heydari, M., Razban, F., Mirzaei, T., & Heidari, S. (2017). The Effect of Problem Oriented Coping Strategies Training on Quality of Life of Family Caregivers of Elderly with Alzheimer. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 7 (2), 168-172.
- Higgins, J., & Andler, J. E. (2003). Measuring inconsistency in meta-analysis. *Br. Med. J.* 327, 557–560.
- Holas, P., Figueira-Putresza, E., & Domagala-Kulawik, D. (2022). Coping styles with stress and its relations to psychiatric and clinical symptoms in patients with sarcoidosis: A latent profile analysis. *Respiratory Medicine*, 211, 107171.46.
- Kaviani, Z. (2020). Comparing the effect of cognitive-behavioral (cbt) religious-based therapy, and treatment-based admission and commitment (act) on resilience. inefficient attitude, and coping styles of women with ms in Tehran. *4th International academic conference on humanities and social science*. 52-62.
- Ke, T., & Barlas, J. (2020). Thinking about feeling: Using trait emotional intelligence in understanding the associations between early maladaptive schemas and coping styles. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 1–20.

Yigitoglu, G. T., & Keskin, G. (2019). Relationship between dysfunctional beliefs and stress coping methods in drug-addicted patients: A sample of Turkey. *Indian journal of psychiatry*, 61(5), 508–519.

Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 13(7), 1245-1256.

Sartika, S., & Nirbita, B. (2023). Academic resilience and students engagement in higher education: Study on post-pandemic behaviour. *Edu Sciences Journal*, 4(1), 29-34.

Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168–180.

Stefan, S., Cristea, I., Szentagotai Tatar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75 (5), 1141-1363.

Suslovic, B., Lett. E. (2024). Resilience is an adverse event: A critical discussion of resilience theory in health services research and public. *Community Health Equity Research & Policy*, 44 (3), 339-343.

Tajari, M., Karimi, J., & Goodarzi, K. (2020). The Effectiveness of Couple Therapy through CBT Method on Life Expectancy and Self-Compassion in Couples Seeking Divorce. *Women Studies*, 11(31), 1-20.

Ungar, M. (2021). *Modeling multisystemic resilience: Connecting biological, psychological, social, and ecological adaptation in contexts of adversity*. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 6–31). Oxford University Press.

Veisi, R., Kakabaraee, K., Chehri, A., & Arefi, M. (2024). Relationship between coping styles (problem-oriented, emotion-oriented, and avoidance-oriented) with psychological well-being in people with coronavirus-2019 experience in Kermanshah city. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(7), 1-6.

Walker, B. (2020). Resilience: what it is and is not", *Ecology and Society*, 25(2):11.



The Effectiveness Cognitive-Behavioral (CBT) Therapy with an Islamic Approach on Resilience and Coping Styles of Students

Shahram Vahedi¹, Amir Yekanizad^{2*}, Nadiyah Arjmandi³

- 1) Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
- 2) PhD Student in Educational Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
- 3) PhD Student in Educational Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive-Behavioral (CBT) Therapy with an Islamic Approach on Resilience and Coping Styles of Students. The research method of the present study was quasi-experimental with a pre-test and post-test design, with an experimental and control group and a 4-month follow-up period. The statistical population included all males secondary high school students of Khoy city in of 2023-2024 (5936 student). The sample consisted of 40 people who were selected by multistage random cluster sampling and assigned in experimental and control groups (20 in each group). The data collection Inventories was the resilience scale (Connor & Davidson, 2003) and Coping Strategies Questionnaire (Lazarus & Fleckmann, 1988), which all subjects completed in the pre - test phase. Intervention program Cognitive-Behavioral (CBT) Therapy with an Islamic Approach was trained in (10 sessions of 90 minutes) to the sample group and finally, post-test and follow-up were taken from the two experimental and control groups. Data were analyzed using repeated measures variance. The results revealed that Resilience components, Perception of individual competence ($F=9/86$, $P= 0/001$), Trust individual instincts ($F=5/77$, $P= 0/001$), Tolerance of negative emotions ($F=11/18$, $P= 0/001$), Positive acceptance of change ($F=8/11$, $P= 0/001$) and Control and spiritual influences ($F=11/14$, $P= 0/001$) and components of coping styles, Problem-Focused ($F=16/51$, $P= 0/001$) and emotion-focused ($F=21/90$, $P= 0/001$) It was effective. also this effectiveness was stable at the follow-up 4-month stage.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Islamic Approach, Resilience, Coping Styles