

## اثربخشی آموزش مثبت نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران (صفحات ۱۴۹ تا ۱۶۸)

DOR:20.1001.1.17358663.1402.18.54.7.5

نوع مقاله: پژوهشی

محسن محمد کریمی<sup>۱</sup> \* سیاوش طالع پسند<sup>۲</sup> \* اسحاق رحیمیان بوگر<sup>۳</sup>

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

### چکیده

سواد سلامت به‌عنوان توانایی فرد در دریافت اطلاعات و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی و به‌عنوان یک پیامد کلیدی در آموزش بهداشت مطرح بوده است. بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، دریافت به‌موقع این خدمات و کاربرد بهینه منابع سلامتی، صرفاً از طریق سواد سلامت و ارائه آن به جامعه امکان‌پذیر است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و عوامل فرهنگی-اجتماعی مؤثر بر آن بوده است. روش تحقیق، توصیفی پیمایشی بوده و جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در شهر اهواز بوده است. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای و نمونه آماری با استفاده از نرم‌افزار سمپل پاور تعداد ۱۷۰ بیمار به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) و پرسشنامه فرهنگ تغذیه قلی زاده و همکاران (۱۳۹۶) استفاده شد. پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ بوده و مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های پی‌رسون، اسپیرمن، تی نمونه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه در سطح آماری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز با میانگین (۳۴/۳۶) در سطح ناکافی قرار دارد. همچنین متغیرهای سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد و فرهنگ تغذیه‌ای با سطح سواد سلامت بیماران رابطه داشته است.

**واژگان کلیدی:** بیماران، سلامت، سواد سلامت، شهر اهواز، فرهنگ تغذیه.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران m\_mkarami@yahoo.com

۲. دانشیار گروه آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان. (نویسنده مسئول). stalepasand@semnan.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان. i\_rahimian@semnan.ac.ir

## ۱- بیان مسئله

نوجوانان نقش مهمی در سلامت جامعه امروز و آینده دارند و سرمایه‌گذاری روی این گروه سنی و ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها یکی از مهم‌ترین راهکارها برای تحقق اهداف جامعه محسوب می‌شود. (بهرامی و همکاران ۱۴۰۱) پیمایش مشکلات موجود، منجر به کاهش قابل توجه در توان مقابله و انعطاف نوجوانان با شرایط ویژه خواهد شد. تاب‌آوری<sup>۱</sup> (به عنوان فرآیند استفاده از منابع موجود فردی برای حفظ سلامت جسمی و عاطفی در برابر استرس قابل توجه تعریف شده است) یک رویکرد امیدوارکننده را نشان می‌دهد؛ بنابراین ارتقاء تاب‌آوری (مهارت مدیریت استرس، تعیین هدف، بازآرایی شناختی و معنی‌سازی) ارزشمند می‌باشد (روزنبرگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸).

با توجه به مبانی فوق، تاب‌آوری یک مفهوم پویاست، به نحوی که بیشتر تعریف‌های تاب‌آوری شامل غلبه بر استرس یا ناملایمات یا مقاومت نسبی در برابر مشکلات زندگی است. بعضی از افراد علی‌رغم تحمل تجربه‌های خطرآمیز که انتظار می‌رود منجر به عواقب جدی شود، نتیجه روانی نسبتاً خوبی دارند. تاب‌آوری، در اصل، یک مفهوم تعاملی برای توصیف ترکیبی از تجربه‌های جدی خطر و یک نتیجه روان‌شناختی نسبتاً مثبت با وجود آن تجربه‌هاست. میزان تحمل افراد در مواجهه با شرایط تنش‌زا تحت تاثیر عوامل ایجادکننده و تقویت‌کننده تاب‌آوری است (هورنور<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). این در حالی است که دشواری‌های اجتماعی حال حاضر ضرورت به‌کارگیری راهبردهای درمانی و آموزشی مناسب و به روز را دوجندان می‌کند. در این راستا متخصصان مذهبی و روان‌شناسی درصدد پوشش به این مهم، راهبردهای درمانی متعدد را آزمون و تأیید کرده‌اند که در زیر به دو نمونه از این راهبردهای درمانی و آموزشی مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی اشاره خواهد شد:

مثبت‌اندیشی و مثبت‌نگری سرمایه‌های عاطفی هستند که هزینه‌های بررسی و نظارت رسمی را کاهش داده و افراد را متقاعد می‌کنند که رفتار مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی پذیرفته شده داشته باشند. هرچند که مثبت‌نگری در نگاه نخست و

1- Resilience

2- Rosenberg, Bradford, McCauley, Curtis, Wolfe, Baker & Yi & Frazier

3- Hornor

نقطه آغازین از خود فرد شروع می‌شود و تجلی آن را در فرد می‌توان مشاهده کرد، اما حاصل آن در تجربه جمعی فرد که در فرآیند تعامل اجتماعی شکل می‌گیرد، دیده می‌شود (فردریکسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). آموزش مثبت در حقیقت ترکیبی از مفاهیم روان‌شناسی مثبت با بهترین دستورالعمل‌های عملی آموزشی است؛ برای ارتقای رشد و شکوفایی دانش‌آموزان در محیط‌های آموزشی (اسلمپ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷) چرا که مدارس، پتانسیل عظیمی برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی دارند و می‌توانند یک منبع کلیدی مهم از مهارت‌ها و شایستگی‌هایی باشند که ظرفیت دانش‌آموزان را برای انطباق موفق فراهم کنند. در حقیقت آموزش مثبت، نقش مدارس را به فراسوی توانایی صرفاً علمی گسترش می‌دهد، به طوری که دانش‌آموزان را برای «کودک کامل شدن» آماده می‌کند (هوت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

در تأیید این تبیین نصیری تاکامی، نجفی و طالع‌پسند (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که با بهره‌گیری از راهبردهای درمانی مثبت‌گرا می‌توان در جهت ارتقاء سطح سلامت نوجوانان بهره‌گرفت. مثبت‌نگری و هیجانات مثبت علاوه بر این که خزان‌های تفکر-عمل لحظه‌ای (کوتاه) را افزایش می‌دهد، ظرفیت خنثی کردن هیجان‌های منفی طولانی را نیز دارند. تا اینجا تلفیق مثبت‌نگری و احادیث معنوی در کتب اسلامی نیز به خوبی نشان داده شد؛ بنابراین یکی دیگر از رویکردهای تکمیل‌کننده جهت رشد ابعاد مثبت روان‌شناختی در افراد در کنار مثبت‌نگری، بهره‌گیری از راهبردهای مقابله مذهبی است. داوری، رحیمیان بوگر، طالع‌پسند و اوزی (۱۳۹۷) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر مذهب، علاوه بر تقویت روحیه درمان‌جویان، می‌تواند حتی به عنوان یکی از رویکردهای مکمل در کنار سایر راهبردهای درمانی و آموزشی به کار بسته شود.

مقابله مذهبی دو نوع می‌باشد؛ مقابله مذهبی مثبت و مقابله مذهبی منفی. مقابله مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن‌ها، فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود؛ اما در شکل دیگری از مقابله که با نام مقابله مذهبی منفی نام‌گذاری

1- Fredrickson  
2- Slempp, Chin, Kern, Siokou, Loton, Oades ... & Waters  
3- Huitt

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید (آنو و واکنسیلس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بهره‌گیری از راهبردهای مثبت‌نگر و مقابله مذهبی، با وجود نقش مؤثری که در سلامت روان‌شناختی افراد ایفا می‌کنند، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند؛ بدین معنا که استفاده از راهبردهای آموزشی فوق در جهت بهبود آسیب‌های روان‌شناختی و کمتر در جهت افزایش ابعاد مثبت‌گرا بوده است و گروه مورد بررسی نیز بزرگ‌سالان آسیب‌دیده بوده‌اند. پژوهش‌های مربوط به گروه نوجوانان نیز با تأکید بر ابعاد آسیب‌شناختی و کمتر با تأکید بر ابعاد صرفاً مثبت‌گرا صورت گرفته است (ریتر و ویلز، ۲۰۱۵؛ ماری و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ عسکریان، اصغری ابراهیم‌آباد و حسن‌زاده، ۱۳۹۲) و صرفاً یک مورد با تأکید بر ابعاد مثبت‌گرا اجرا شده است (حکیمی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بنابراین با توجه به محدودیت پژوهش‌های قبلی و با تأکید بر بافت مثبت‌نگرانه جهت حل مشکلات ویژه دوره نوجوانی، پژوهش حاضر طرح‌ریزی شد. یک جنبه منحصربه‌فرد این مطالعه آن است که اثربخشی آموزش مثبت‌نگرانه را می‌توان از لحاظ اندازه اثری که دارد، با آموزش راهبردهای مقابله مذهبی مقایسه نمود. گرچه هر دو روش دارای اثر هستند ولی مشخص نیست کدام آموزش اثربخش‌تر است. زمان و مقرون به صرفه بودن هزینه از عواملی است که منتهی به انتخاب روش‌های مداخله مناسب می‌شود. در حال حاضر ملاکی وجود ندارد که بر اساس آن بتوان بین این دو نوع مداخله، انتخابی انجام داد؛ به این ترتیب، بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان در مورد اثربخشی دو روش مداخله بینش مناسبی کسب کرد. پژوهش حاضر درصدد بررسی میزان اثربخشی آموزش مثبت‌نگر و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری روانی و توانمندی منش در دانش‌آموزان شهر تهران می‌باشد.

## ۲. روش پژوهش

روش پژوهش حاضر تجربی است. دو گروه آزمایش و کنترل در سه زمان پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای وابسته اندازه‌گیری می‌شوند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه یازدهم شهر تهران در سال ۱۴۰۰ می‌باشند که بر

1- Ano & Vasconcelles

2- Reiter & Wilz

3- Marie, Thomas, Barbara, Pherson

اساس آخرین آمار رسمی اداره آموزش و پرورش شهر تهران برابر با ۲۵۰۳۸ دانش آموز می‌باشد. در این مطالعه از نرم‌افزار Gpower استفاده شد. با در نظر گرفتن ریسک خطای نوع یک در سطح ۵ درصد، توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر ۰/۲۶ بر اساس یافته‌های پژوهشی رضازاده مقدم و همکاران (۱۳۹۷) و اندازه اثر ۰/۵۲ بر اساس یافته‌های پژوهشی حکیمی و همکاران (۱۳۹۷) و گندم کار و همکاران (۱۳۹۲) و سه بار اندازه‌گیری پروتکل برآورد حجم نمونه در نرم‌افزار تعریف شد. متوسط اندازه اثرهای غیرشرطی ۰/۴۵ در نظر گرفته شد. بر اساس نرم‌افزار GPower تعداد ۶۳ دانش آموز (۲۱ دانش آموز در گروه آزمایش مثبت‌نگری، ۲۱ دانش آموز در گروه آزمایش راهبردهای مقابله مذهبی و ۲۱ دانش آموز در گروه کنترل) برآورد گردید.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به ترتیب ذیل استفاده شد: از شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران مناطق آموزش و پرورش ۱۲، ۵، ۸، ۱۹، ۱ به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند؛ سپس از هر منطقه یک مدرسه به صورت تصادفی ساده، یک دبیرستان دخترانه دوره دوم انتخاب شد، در مرحله بعد، از دانش‌آموزان پایه یازدهم هر دبیرستان ۱۲ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند - به جز منطقه ۱۲ که ۱۵ نفر انتخاب شدند -؛ در نهایت ۶۳ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی در سه گروه گماشته شدند: ۲۱ نفر در گروه آزمایش مثبت‌نگری، ۲۱ نفر در گروه آزمایش راهبردهای مقابله مذهبی و ۲۱ نفر در گروه کنترل. به دلیل شرایط کرونا<sup>۱</sup> و رعایت پروتکل‌های بهداشتی کلاس‌ها در فضای مجازی اسکای روم<sup>۲</sup> تشکیل شد و آموزش‌ها توسط یک متخصص روان‌شناس خانم به گروه‌های آزمایش ارائه شد. گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد.

معیارهای ورود در این پژوهش شامل (جنسیت دختر، رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، نداشتن بیماری خاص که شرکت در جلسات را با محدودیت مواجه سازد) و ملاک‌های خروج نیز شامل (غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و عدم تمایل درمان‌جو به ادامه درمان) بود. پس از تعیین مدارس و لحاظ ملاک‌های ورود و خروج، با تشریح اهداف پژوهشی برای

1 - Corona

2- Skyroom

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

والدین و دانش‌آموزان، از بین کسانی که داوطلب شرکت در فعالیت پژوهشی بودند، فرم رضایت آگاهانه اخذ و فرایند آموزش به‌صورت کلی برای آنان روشن شد. ضمن این که با توجه به این که در فصل تابستان به سر برده و مدارس نیز تعطیل می‌باشند و برگزاری دوره‌های آموزشی به‌صورت حضوری امکان‌پذیر نبوده است و قوانین تردد در شرایط اپیدمی کرونا نامشخص و غیر قابل پیش‌بینی بود، هدف پژوهشگر طرح پرسشنامه‌ها به‌صورت پرسلایم و آموزش نیز به‌صورت آنلاین می‌باشد. بدین صورت که پس از گروه‌بندی دانش‌آموزان در گروه‌های آموزشی از آنان خواسته شد به پرسشنامه‌های مورد نظر با دقت تمام پاسخ داده و حتی‌الامکان سوالی را بدون پاسخ نگذارند و در صورت داشتن ابهام با پژوهشگر و متخصص همراه ارتباط بگیرند. در زیر شرح جلسات مداخله مثبت‌نگر رشید (۲۰۱۵) و راهبردهای مقابله مذهبی به تفکیک ارائه می‌گردد.

**جدول ۱: خلاصه جلسات مثبت‌نگری رشید (۲۰۱۵) به نقل از هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵)**

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی و معارفه	معارفه و آشنایی افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر و قوانین جلسات.
۲	چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌ها	بحث در مورد فقدان یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجان‌ات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، توانمندی منش و نقش آن در بروز مشکلات روان‌شناختی، نقش درمانگر، محدودیت‌ها و مسئولیت‌ها و وظایف مراجع طی جلسات.
۳	تقویت نقاط شاخص و احساسات و عواطف مثبت	بحث در مورد ۲۴ توانمندی منش به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت، تکمیل پرسشنامه در زمینه توانمندی‌ها خود، بحث در مورد نحوه به‌کارگیری نقاط قوت شاخص، بحث در مورد نقش احساسات و عواطف مثبت در تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.
۴	گذشت و بخشش	عفو و گذشت به‌عنوان ابزار نیرومندی که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف تبدیل نماید.
۵	سپاسگزاری و قدرشناسی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به‌عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری، بحث در مورد نقش خاطرات خوب و بد در تمرکز و تأکید بر قدرشناسی.

۶	قناعت و عدم زیاده‌خواهی	بحث در خصوص راضی بودن به مطلوبیت نسبی و رضایت به جای زیاده‌خواهی در عرصه لذت‌جویی و تشویق و قناعت از طریق تعامل و تعهد به جای زیاده‌خواهی.
۷	امید و خوش‌بینی	یادآوری خاطرات خوب و بد خود و صحبت در مورد تأثیر آن‌ها بر فرد، بحث در مورد راهبردهای شناختی، ارزیابی مجدد در جهت بازنویسی و بازتغییر این خاطرات بد و تلخ، تأکید بر فواید تمرکز بر خاطرات خود و مثبت.
۸	روابط مثبت و بازخورد فعال - سازنده	آموزش پیرامون نحوه واکنش فعالی - سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند. ارائه تمرین واکنش سازنده و فعال به‌عنوان راهبردی مثبت جهت تقویت ارتباطات مثبت.
۹	لذت و تعهد	لذت بردن به‌عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هرچه بیشتر مدت آن، بحث درباره زندگی پربار به‌عنوان تلفیقی از هیجان‌ات مثبت، تعهد، معنا، ارتباطات، موفقیت و پیشرفت و فواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجادشده.
۱۰	جمع‌بندی کلی نکات اصلی ارائه‌شده طی جلسات آموزشی	یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه‌درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظراتشان نسبت به گروه و درمان، آماده سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع‌بندی و اختتام گروه‌درمانی.

جدول ۲ شرحی مختصر از جلسات آموزش راهبردهای مقابله مذهبی مبتنی بر پروتکل آموزشی علی‌گوهری و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد.

جدول ۲: خلاصه جلسات راهبردهای مقابله مذهبی علی‌گوهری و همکاران (۱۳۹۸)

جلسات	هدف	محتوا
۱	تطهیر مذهبی و تقاضای شفاعت الهی	آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، تبیین مفهوم مقابله مذهبی و آثار آن، تمرکز بر تشریفات دینی، خواندن قرآن و نیایش به منظور ارتقای تطهیر و کمک به شرکت‌کنندگان به منظور ساخت، حفظ و تغییر جهت ادراکی و ارائه تکالیف خانگی.

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

۲	کمک مذهبی و تسلیم مذهبی فعالانه	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش آرامش معنوی، تصور خدای حمایتگر و غمخوار، دعا و ارتباط معنوی با خود، خداوند و دیگران، امید به خدای حمایت‌گر، بازبینی نگرش به خداوند و تسلیم شدن مذهبی و ارائه تکالیف خانگی.
۳	باز ارزیابی مذهبی خیرخواهانه	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش مبتنی بر وقوع اتفاقات و رابطه آن با خیرخواهی، حکمت، تدبیر، شکیبایی و قوی‌تر ساختن انسان از طرف خداوند و ارائه تکالیف خانگی.
۴	پیوند معنوی و جهت‌گیری مذهبی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی آثار پیوند با یک قدرت برتر، احساس معنویت، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی.
۵	حمایت از دین‌یاران و تمرکز مذهبی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، حمایت معنوی از دیگران، علاقه به افراد هم‌عقیده، درخواست دعا از طرف یاران هم‌عقیده و دریافت حمایت معنوی از دین‌داران، انجام فعالیت‌های معنوی، تمرکز و اندیشیدن در مورد خدا، رفع نگرانی، وفاداری، راز و نیاز، تفکر پیرامون بخشش به‌عنوان محرک ایمان، عبادت در مسجد و ارائه تکالیف خانگی.
۶	باز ارزیابی مبتنی بر خداوند کیفر دهنده	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باور اعتقاد به خداوند تنبیه‌کننده، بدون دلیل بودن کیفرهای خداوند، ارتکاب گناه و تنبیه‌ها از طرف خداوند، عدم اعتقاد به خدا و تنبیه خود و خانواده از طرف خداوند، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی.
۷	باز ارزیابی شیطان‌محور	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باور به وجود شیطان، مسئول بودن شیطان در رخدادهای زندگی، اتفاقات زندگی و اعتقاد به شیطان، بررسی نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی.
۸	نارضایتی مذهبی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی اعتقاد به اجابت نشدن دعاها، نارضایتی از خداوند، فراموش شدن از جانب خدا، حمایت نشدن از جانب خداوند، اعتقاد به ناتوانی خداوند، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی.
۹	واگذاری مذهبی منفعلانه	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باورهای عدم تلاش و واگذاری خود به خداوند، انتظار بدون تلاش از خداوند، وجود اتفاقات منفی زندگی و واگذاری به خداوند برای حل مشکلات، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی.



۱۰ نارضایتی مذهبی بین بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باورهای فردی نارضایتی از افراد هم عقیده، رها شدن از جانب افراد هم عقیده به هنگام اتفاقات منفی، بررسی نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و مرور و نتیجه گیری کل جلسات.

مبانی و محتوای مورد نظر با توجه به سرفصل های گزارش شده، ارائه داده شد. با توجه به این که گروه هدف دانش آموزان دختر هستند و دسترسی به این گروه برای محقق با محدودیت های قانونی مواجه است کلیه ی مراحل گزینش و گمارش و آموزش با همکاری یک متخصص زن در حوزه روان شناسی نوجوانان صورت گرفت.

### ابزار پژوهش

(۱) پرسشنامه تاب آوری: این مقیاس شامل ۲۵ گویه می باشد و توسط کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. این مقیاس ابعاد مختلف تاب آوری را که شامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهار، معنویت) در یک طیف ۵ درجه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) مورد ارزیابی قرار می دهد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می کنیم. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. هر چند نتایج همسانی درونی، پایایی باز آزمایشی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تأیید کرده است، کانر و دیویدسون، روایی پرسشنامه را از طریق باز آزمایشی ۰/۷۳ و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همچنین یو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه ای در ۲۹۱۴ تن از نوجوانان کشور چین روایی همگرایی این مقیاس را با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی

1- Conner & Davidson  
2- Yu, Lau, Mak, Zhang & Lui

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

ادراک شده<sup>۱</sup> ۰/۴۴ و پایایی آن با همسانی درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد. در ایران برای احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عامل استفاده شد. پایایی حاصل شده کاملاً همسو با پایایی گزارش شده مقیاس برابر ۰/۸۶ توسط سازندگان مقیاس بود؛ همچنین برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهارت، معنویت و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۷۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش گردید (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

### ۳. تحلیل تجربی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف<sup>۲</sup> جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین<sup>۳</sup> برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موجلی<sup>۴</sup> برای بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها استفاده شد. در نهایت جهت مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگر و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر از آزمون تحلیل واریانس مکرر<sup>۵</sup> و آزمون تعقیبی بونفرنی<sup>۶</sup> استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌های آماری

در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر پایه یازدهم بودند، میانگین و انحراف استاندارد سن در دانش‌آموزان گروه مثبت‌نگری  $0.53 \pm 16/76$ ، در گروه مقابله مذهبی  $0.47 \pm 17/14$  و گروه کنترل نیز  $0.47 \pm 16/85$  بوده است. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

- 1- Multidimensional Scale of Perceived Social Support
- 2- Kolmogorov-Smirnov test
- 3- Levene's Test
- 4- Mauchly's Sphericity Test
- 5- Variance One-way Repeated Measures Analysis of
- 6- Bonferoni

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات ابعاد تاب‌آوری به تفکیک سه گروه و زمان

متغیر	-	مثبت نگری			مهارت‌های مقابله مذهبی			کنترل			
		مرحله پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
شایستگی فردی	میانگین	۱۶/۷۶	۱۹/۰۹	۱۹	۱۷/۲۳	۱۸/۴۲	۱۸/۵۲	۱۶/۹۵	۱۶/۱۹	۱۵/۸۵	
	انحراف معیار	۲/۱۴	۲/۱۸	۱/۸۹	۱/۷۰	۱/۷۴	۱/۹۱	۲/۰۸	۲/۳۵	۲/۶۳	
	اعتماد به	میانگین	۱۴/۰۴	۱۸/۳۸	۱۸/۱۹	۱۵/۸۵	۱۷/۳۸	۱۷/۵۷	۱۶/۰۹	۱۵/۵۲	۱۵/۰۹
غرایز شخصی	انحراف معیار	۱/۸۰	۲/۳۶	۲/۵۸	۱/۴۵	۱/۸۸	۱/۹۳	۱/۲۲	۱/۱۲	۱/۳۳	
	پذیرش مثبت عواطف	میانگین	۱۵/۳۸	۱۹/۲۸	۱۹/۱۴	۱۵/۷۶	۱۷/۶۶	۱۷/۷۱	۱۵/۳۳	۱۴/۸۰	۱۴/۴۲
	انحراف معیار	۲/۰۳	۲/۱۰	۲/۳۰	۱/۶۴	۱/۸۵	۱/۸۷	۱/۴۶	۱/۵۳	۱/۵۹	
مهاری	میانگین	۱۴/۵۷	۱۷/۲۳	۱۸/۷۱	۱۴/۷۱	۱۷/۰۹	۱۷/۷۶	۱۴/۶۶	۱۳/۹۰	۱۳/۷۶	
	انحراف معیار	۱/۵۹	۱/۸۴	۱/۷۹	۱/۲۷	۱/۹۹	۲/۱۶	۱/۱۹	۱/۵۴	۱/۴۸	
	معنویت	میانگین	۱۵/۲۳	۱۷/۵۷	۱۷/۲۳	۱۴/۹۰	۱۷/۱۹	۱۷/۷۱	۱۵/۰۴	۱۴/۴۷	۱۴/۰۴
نمره کل	انحراف معیار	۱/۴۴	۱/۶۶	۲/۳۰	۱/۴۴	۱/۵۶	۱/۹۰	۱/۳۹	۱/۵۶	۱/۷۱	
	میانگین	۷۶	۹۱/۵۷	۹۲/۲۸	۷۸/۴۷	۸۷/۷۶	۸۹/۲۸	۷۸/۰۹	۷۴/۹۰	۷۳/۱۹	
	انحراف معیار	۳/۳۵	۴/۵۳	۵/۱۲	۳/۰۵	۴/۳۹	۵/۲۸	۳/۶۵	۴/۵۸	۴/۸۲	

بر اساس یافته‌های استنباطی جدول شماره ۲، کلیه ابعاد تاب‌آوری در هر دو گروه آموزش مثبت نگری و مهارت‌های مقابله مذهبی تغییرات بارزی داشته است؛ این در حالی است که تغییرات میانگین در گروه کنترل چندان محسوس نمی‌باشد. نمره کل تاب‌آوری گروه آزمایش مهارت‌های مثبت نگری در مرحله پیش آزمون  $76/3 \pm 10/35$ ؛ در مرحله پس آزمون  $91/57 \pm 4/53$  و در مرحله پیگیری برابر با  $92/28 \pm 5/12$  و برای دانش‌آموزان گروه آزمایش مهارت‌های مقابله مذهبی نمره کل تاب‌آوری در مرحله پیش آزمون  $78/47 \pm 3/05$ ؛ در مرحله پس آزمون  $87/76 \pm 4/39$  و در مرحله پیگیری برابر با  $89/28 \pm 5/28$  می‌باشد. در نهایت برای گروه کنترل نیز نمره کل تاب‌آوری در مرحله

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

پیش‌آزمون  $78/09 \pm 3/65$ ؛ در مرحله پس‌آزمون  $74/90 \pm 4/58$  و در مرحله پیگیری برابر با  $73/19 \pm 4/28$  می‌باشد. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها باید از تحلیل استنباطی بهره گرفت. استفاده از روش واریانس مکرر نیاز به رعایت برخی پیش‌فرض‌هاست که در ذیل ارائه می‌گردد.

جدول ۴: آزمون لوین جهت ارزیابی پیش‌فرض برابری واریانس‌های نمرات در متغیر تاب‌آوری

معنی‌داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F
۰/۴۵۰	۶۰	۲	۰/۸۱۰

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون در جامعه رد نشده است. لذا این پیش‌فرض تأیید می‌شود.

جدول ۵: آزمون باکس-کولمووروف جهت بررسی برابری کوواریانس‌های نمرات در متغیر تاب‌آوری در دو گروه

معنی‌داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	ضریب F	ضریب M باکس
۰/۱۵۰	۱۷۴۴۶/۱۵۴	۱۲	۳/۴۳۰	۴۴/۴۰۲

همان‌گونه که در جدول ۵ دیده می‌شود، پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیر تأیید شده است. معنی‌داری به‌دست‌آمده به ترتیب برابر با ۰/۱۵۰ و بیشتر از ۰/۰۵ است. هدف از انجام آزمون ماچلی بررسی پیش‌فرض کرویتا شریطی است که در آن واریانس تفاوت‌های بین همه جفت‌های ممکن شرایط درون موردی (یعنی سطوح متغیر مستقل) برابر است. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی<sup>۱</sup> بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طورمعمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین‌هاوس-گیسر<sup>۲</sup> برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. نتایج آزمون ماچلی در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۶: آزمون ماچلی بررسی یکنواختی کوواریانس‌های نمرات در دو گروه

آزمون گرین‌هاوس-گیسر	معنی‌داری	درجه آزادی	آماره
۰/۸۶۷	۰/۰۰۷	۲	۰/۸۴۷

- 1- Mauchly Test if Sphericity  
2- Greenhouse-geisser

همان گونه که در جدول ۶ دیده می شود، پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی رد شده است. پس باید از ضریب گرین هاوس - گیسر<sup>۱</sup> استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های مکرر در جدول ۷ ارائه شده است.

**جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در تاب آوری بر حسب زمان و گروه ها**

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۲۲۴۴/۹۸۴	۱/۷۳۴	۱۲۹۴/۵۷۵	۲۰۲/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۱
گروه ها	۴۶۹۶/۲۲۲	۲	۲۳۴۸/۱۱۱	۵۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۱
تعامل گروه ها با زمان	۳۰۱۰/۴۱۳	۳/۴۶۸	۸۶۷/۹۸۱	۱۳۵/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹	۱

بر اساس یافته های به دست آمده در جدول ۷، تفاوت بین میانگین نمرات تاب آوری در پیش - پس و پیگیری معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ). هم چنین میانگین نمرات این متغیر در گروه های آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی داری دارد ( $P=۰/۰۰۱$ ). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۶۲ درصد از تفاوت های فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این، تعامل بین زمان و عضویت گروهی نیز معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، تفاوت بین نمرات تاب آوری در پیش - پس و پیگیری در سه گروه معنی دار است. میزان این تفاوت ها در حدود ۰/۸۱۹ است؛ یعنی ۸۱/۹ درصد از واریانس یا تفاوت های فردی به تفاوت های بین سه مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی دار شده است. لذا نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۸ آمده است.

**جدول ۸: مقایسه زوجی میانگین های نمرات تاب آوری در سه مرحله پژوهش**

گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف استاندارد	معنی داری	فاصله اطمینان	
				حد بالا	حد پایین
پیش آزمون - پس آزمون	-۷/۲۲۲*	۰/۳۴۸	۰/۰۰۱	-۸/۰۸۰	-۶/۳۶۴
پیش آزمون - پیگیری	-۷/۳۹۷*	۰/۴۸۹	۰/۰۰۱	-۸/۶۰۲	-۶/۱۹۱
پس آزمون - پیگیری	-۰/۱۷۵	۰/۴۰۸	۰/۱۰۰	-۱/۱۸۰	۰/۸۳۱

( $p < ۰/۰۵$ )

1- Greenhouse-Geisser

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۸ نشان می‌دهد که در سازه تاب‌آوری تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P=0/001$ )، پیش‌آزمون با پیگیری ( $P=0/001$ ) معنی‌دار به‌دست آمده است، اما تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نیست.

جهت برآورد ضریب تأثیر هر یک از راهبردهای مثبت‌نگری و مهارت‌های مقابله مذهبی بر تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها، به ارائه برآورد نتایج پارامترها جهت مقایسه سه گروه در زمان پرداخته می‌شود.

جدول ۹: نتایج مقایسه زوجی دو گروه در تاب‌آوری به تفکیک زمان و گروه‌ها

مرحله	مقایسه	آماره	معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	گروه مثبت‌نگری با کنترل	-۲/۰۹۵	۰/۰۵۲	۰/۰۶۱
	گروه مقابله مذهبی با کنترل	۰/۳۸۱	۰/۷۲۰	۰/۰۰۲
	گروه مثبت‌نگری با مقابله مذهبی	۲/۴۷۶	۰/۲۵۰	۰/۰۴۸
پس‌آزمون	گروه مثبت‌نگری با کنترل	۱۶/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
	گروه مقابله مذهبی با کنترل	۱۲/۸۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸
	گروه مثبت‌نگری با مقابله مذهبی	-۳/۸۱۰	۰/۰۰۸	۰/۱۱۱
پیگیری	گروه مثبت‌نگری با کنترل	۱۹/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
	گروه مقابله مذهبی با کنترل	۱۶/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷
	گروه مثبت‌نگری با مقابله مذهبی	-۳/۰۰۰	۰/۰۶۱	۰/۰۵۷

نتایج در جدول ۹ نشان داده است که دو گروه مهارت مثبت‌نگری و مقابله مذهبی در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل و همچنین با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند ( $p < 0/05$ ). در مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری بین گروه کنترل با گروه مهارت مثبت‌نگری ( $p < 0/001$ ) و مهارت مقابله مذهبی ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری و مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در پس‌آزمون، به ترتیب برابر با  $70/6$  و  $58/8$  درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر دو روش مهارت مثبت‌نگری و مقابله مذهبی در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با  $71/2$  و  $63/7$  درصد به‌دست آمده است. همچنین نتایج نشان داده است که تفاوت بین دو گروه مهارت مثبت‌نگری و مقابله مذهبی در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است و این تفاوت  $11/1$  درصد برآورد گردید ( $p=0/008$ )، بدین معنا که راهبرد مثبت‌نگری

تاب آوری نوجوانان را در مقایسه با راهبرد مقابله مذهبی بیشتر افزایش داده است؛ اما در مرحله پیگیری تفاوت معنی دار به دست نیامده است ( $p > 0/05$ ) و هر دو گروه به صورت یکسان تاب آوری را افزایش داده‌اند.

### ۴. نتیجه گیری

سواد سلامت مفهومی است که توانایی بیمار در درک اطلاعات و منابع تهیه شده توسط پزشک و متخصصان حرفه سلامت را توصیف می‌کند و شامل طیفی از مهارت‌های پیچیده و ساده است که به افراد اجازه می‌دهد تا در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت داشته باشند و از خود، خانواده و جامعه خود در برابر بیماری‌ها حفاظت کنند (نوبلین و همکاران<sup>۱</sup>: ۱۳). نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که میانگین نمره سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز (۳۴/۳۶) با انحراف معیار (۱۳/۹۹) است که در سطح ناکافی قرار دارد. این یافته با نتایج تحقیقات جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، رضایی اسفهرود و همکاران (۱۳۹۵)، رمضانخانی و همکاران (۱۳۹۴)، دادازبسکی و همکاران (۲۰۱۸)، روبن و همکاران (۲۰۲۱)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) و مانتویل و شولز (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است؛ بنابراین، می‌توان گفت که سطح سواد سلامت بیماران در اهواز بسیار پایین بوده و سواد سلامت ناکافی دارند و این وضعیت چالش بهداشتی را در این شهر دوچندان کرده است. نکته مهم در این همین ارتباط این است که اگر جامعه از سواد سلامت کافی برخوردار نباشد، در مقابله با انواع بیماری‌ها و به خصوص بحران کرونا، بیشتر آسیب‌پذیر خواهد بود.

همچنین نتایج نشان داد که بین سن و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه معکوس می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش سن بیماران نمره سواد سلامت آنان کاهش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، کوردینا و همکاران (۲۰۱۸)، روبن و همکاران (۲۰۱۸)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. از دیگر نتایج به دست آمده در این تحقیق این است که بین میزان تحصیلات و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش میزان تحصیلات بیماران نمره سواد

1- noblin & et al

اتربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، روبن و همکاران (۲۰۱۸)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. فانسکا و همکاران (۲۰۲۰) با مطالعه بیش از چهل کشور اروپایی دریافته‌اند که تحصیلات بیشتر سلامت بهتری را برای افراد در پی خواهد داشت. یک سال تحصیلات بیشتر منجر به کاهش ۶/۸۵ درصدی ناخوشی افراد می‌گردد. همچنین منجر به کاهش ۳/۴ درصدی حملات قلبی و ۷ درصدی آرتروز در بین میان‌سالان می‌گردد؛ به بیان دیگر، اگر سال‌های تحصیل بیشتر گردد، منفعت بسیار زیادی برای سلامتی افراد دارد (فونسکا و همکاران؛ ۲۰۲۰: ۸۳)؛ بنابراین، می‌توان گفت افراد با سواد سلامت کم، معمولاً از بدن خود به‌خوبی مراقبت نمی‌کنند و این که افراد تحصیل کرده به خاطر بیشتر بودن سرانه مطالعه، از سلامت خود مراقبت بیشتری کرده و به رژیم غذایی و انجام ورزش منظم اهمیت می‌دهند و در نتیجه، کمتر دچار دردهای مزمن و انواع بیماری‌ها می‌شوند.

یافته‌های دیگر تحقیق نشان داد که بین میزان درآمد و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش میزان درآمد بیماران، نمره سواد سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند؛ این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی اسفهرود و همکاران (۱۳۹۵)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بار بیماری‌ها برحسب میزان درآمد کشورها متفاوت بوده و بیشترین بار بیماری‌ها مربوط به کشورهای با درآمد پایین می‌باشد (مادرز و همکاران؛ ۲۰۰۸). افراد فاقد توان اقتصادی از یکسو امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و تأمین سلامت خود و خانواده خود را نداشته و سلامتی آن‌ها به مخاطره می‌افتد و از سوی دیگر، اختلال در سلامتی می‌تواند ضمن تحمیل هزینه زیاد، موقعیت شغلی او را متزلزل‌تر کرده و فرد و خانواده را در یک چرخه معیوب گرفتار نماید. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین فرهنگ تغذیه و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. بسترهای فرهنگی در برداشت انسان‌ها از سلامتی‌شان تأثیرگذار بوده و با اندکی مسامحه، می‌توان گفت که ذهنیت انسان‌ها در خصوص

1- Fonseca & et al

2- Mathers & et al



بهداشت و سلامت انعکاسی از بافت فرهنگی شان می‌باشد (لاغوثی، ۱۳۹۹: ۶۳).

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که وضعیت سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های کلان‌شهر اهواز در سطح ناکافی قرار دارد؛ این پایین بودن سطح سواد سلامتی در بیماری‌های مختلف قلب و عروق، مغز و اعصاب، کلیه و بیماری‌های مجاری ادراری، دیابت و سایر بیماری‌ها نمایان است. همچنین رابطه آماری معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مراجعه‌کننده و میزان سطح سواد سلامت وجود داشت؛ بنابراین، لازم است با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شناختی هر گروه از بیماران و با هدف توانمندسازی این افراد در زمینه سواد سلامت، مداخلات متناسب در هر گروه طراحی و اجرا گردد. همچنین نیاز است وسایل ارتباط جمعی، نظیر تلویزیون و مجلات و نیز متخصصان حرفه سلامت با تهیه برنامه‌ها و گزارش‌های متنوع، اطلاعات سلامت متناسب با نیازهای افراد را در جهت افزایش سواد سلامت افراد جامعه فراهم نمایند.

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و راهبردهای مقابله مذهبی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان شهر تهران.....

## منابع

- بهرامی، فرشته؛ سعدی پور، اسماعیل؛ نصراللهی، اکبر (۱۴۰۱). تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی سواد رسانه‌ای و تعیین اثربخشی آن بر کاهش اعتیاد به اینترنت و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان شهر کرج، فصلنامه علمی مطالعات میان فرهنگی، ۱۷، (۵۰): ۴۱-۷۲.
- حسین علیزاده، محبوبه؛ داداشلو، فریبا؛ آتشین جبین، معصومه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی، رویش روان‌شناسی، ۹ (۲): ۱۳۵-۱۴۲.
- حکیمی، ثریا؛ طالع پسند، سیاوش؛ ساجدی، زهرا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی مداخله آموزش مثبت بر بهزیستی (شکوفایی)، ابعاد مختلف توانمندی‌های شخصیتی و خوش بینی دانش‌آموزان، نوآوری‌های آموزشی، ۱۷ (۲): ۱۱۳-۱۲۸.
- داوری، صفورا؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ طالع‌پسند، سیاوش؛ اوزی، محمدرضا (۱۳۹۷). تأثیر مداخله مذهبی - معنوی بر قدرت درونی زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۴ (۵): ۳۱-۴۴.
- رضازاده مقدم، سونه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ حمیدی پور، رحیم؛ ثناگو، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، روان‌پرستاری، ۶ (۳): ۳۲-۳۸.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳: ۲۹۰-۲۹۵.
- عسکریان، سمیه؛ حسن‌زاده سبلویی، محمدحسن؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با رویکرد اسلامی بر سازگاری روان‌شناختی، روان‌شناسی و دین، ۶ (۴): ۲۳-۳۷.
- علی‌گوهری، بهزاد؛ ابوالمعالی حسینی، خدیجه؛ درتاج، فریبرز؛ جمهری، فرهاد (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی بر تعدیل باورهای فراشناخت در فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، فصلنامه طب جانباز، ۱ (۱۲): ۲-۸.
- گندم‌کار، پریشاد؛ نادری، فرح؛ سواری، کریم (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر انعطاف‌پذیری کنشی و سلامت دانش‌آموزان دختر، اندیشه و

رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۸(۲۹): ۵۷-۶۶.

- هنرمندزاده، ریحانه؛ سجادیان، ایلناز (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست، پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۲(۲): ۳۵-۵۰.

- Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol*, 61(4): 461-80.
- Conner, K.M. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Fredrickson, B. (2011). Cultivating positive emotions to optimize health and will being. *Prevention & Treatment*, 2011; 3(1):1-7.
- Hasan, N. (2017). Resilience in Seeking Refuge: Religious Coping Strategies in Muslim Refugees from Syria (Doctoral dissertation).
- Huitt, W. (2011). A holistic view of education and schooling: Guiding students to develop capacities, acquire virtues, and provide service. In Revision of paper presented at the 12th Annual Conference sponsored by the Athens Institute for Education and Research (ATINER), Athens, Greece.
- Marie, D., Thomas, B. J. & Pherson, M.C. (2011). Teaching positive psychology using team-based learning. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 6 (6), 487-491. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2011.634826>
- Reiter, C. & Wilz, G. (2015). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 11(1), 99-108. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1025423>.
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., McCauley, E., Curtis, J. R., Wolfe, J., Baker, K. S., & Yi-Frazier, J. P. (2018). Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer*, 124(19), 3909-3917.
- Slempp, G. R., Chin, T. C., Kern, M. L., Siokou, C., Loton, D., Oades, L. ... & Waters, L. (2017). Positive education in Australia: Practice, measurement, and future directions. In *Social and emotional learning in Australia and the Asia-Pacific* (pp. 101-122). Springer, Singapore.
- Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., & Lui, W. W. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 52(2), 218-224.

