

Research Article

The Effectiveness of Positive Psychology Training with Emphasis on Religious Doctrines on Reducing students' High-risk Behaviors with Suicidal Thoughts

Pari Maleki Gholandoz¹, Bagher sardary²

1. MA in positive psychology, Islamic Azad University of Khoy, Khoy, Iran

2. Assistant Professor, Department of Educational Science and Psychology, Islamic Azad University, Khoy, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of positive psychology training with an emphasis on religious doctrines on reducing high-risk behaviors of students with suicidal thought in high school in Khalkhal. This study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test-follow-up design with an experimental and control group. The research sample was 30 students from the second-grade girls' high schools in Khalkhal who were selected by multi-stage purposful sampling and randomly assigned in two experimental and control groups. Beck Suicide Thought Scale and Iranian Adolescents' Risk Scale were used to measuring variables. The experimental group received positive psychology with a focus on religious doctrines for ten sessions, while the control group received no training. Data were analyzed by repeated-measures analysis of variance. The results showed that the intervention has a positive effect on reducing high-risk behaviors and this effect continued in the follow-up. Generally, it can be said that positive psychology, with emphasis on religious doctrines with a strong theoretical and research background, is an appropriate strategy. It reduces students' high-risk behaviors with suicidal thoughts and can be used as a useful intervention to reduce this type of disorder.

Keywords: Positive psychology, religious doctriens, risky behaviors, suicidal thoughts, high school students

اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی

پری ملکی گلندوز^۱، باقر سرداری^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی خوی، خوی، ایران

Maleky.pari@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران

sardary1152bagher@gmail.com

چکیده

پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با یک گروه آزمایش و کنترل بود. نمونه پژوهش، تعداد ۳۰ دانش‌آموز از مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند چندمرحله‌ای، انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. از مقیاس افکار خودکشی بک و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی برای سنجش متغیرها استفاده شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی قرار گرفتند و در این مدت، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان دادند مداخله ارائه‌شده در کاهش رفتارهای پرخطر اثر مثبت دارد و این اثر در مرحله پیگیری هم تداوم دارد. در مجموع، روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی با پیشینه نظری و پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی است و می‌توان از آن به‌عنوان شیوه مداخله‌ای مؤثر در کاهش این نوع از اختلالات استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: روانشناسی مثبت‌گرا، آموزه‌های دینی، رفتارهای پرخطر، افکار خودکشی، دانش‌آموزان مقطع

متوسطه دوم

مقدمه

خودکشی^۱ برای افراد، خانواده و جامعه، مصیبت‌بار است و خودکشی جوانان، یکی از تأسف‌بارترین رخدادهایی است که می‌باید توجه تمامی دست‌اندرکاران را به حل مشکلاتی برانگیزد که زندگی آنان را تا بدین حد تحمل‌ناپذیر می‌کند. خودکشی، یکی از دلایل اصلی مرگ‌ومیر در ایالات متحده است که نرخ آن طی دو دهه گذشته به میزان چشمگیری افزایش یافته است (دیلون، وان و ورهس و البوگن، ۲۰۱۹). نتایج گزارش‌ها در سرتاسر جهان هم حاکی از شیوع بالای خودکشی است؛ برای نمونه، ۲۱ درصد از دانش‌آموزان ژاپنی دارای افکار خودکشی بوده‌اند (اوتسوکا و آنامیزو، ۲۰۱۹). سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی، شاهد ۱/۵۳۰/۰۰۰ مورد مرگ ناشی از خودکشی باشیم (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). در ایران طبق تازه‌ترین تحقیقات انجام‌شده، پدیده خودکشی به‌عنوان ناهنجاری اجتماعی و روانشناختی شیوع دارد. نتایج پژوهش‌ها میزان خودکشی را در ایران، ۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند که از این بین نوجوانان حدود ۱۰ درصد از آمار خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (حشمتی جدا، خاکپور، کوثری، محمدی و زنونیان، ۱۳۹۸).

پژوهش‌های مربوط به خودکشی دو پدیده مهم را بررسی می‌کنند که شامل افکار خودکشی^۲ و اقدام به خودکشی^۳ است (مورتیر، آتورباچ، آخین و سویچرس، ۲۰۱۸). افکار خودکشی طیفی از اندیشه‌های مبهم درباره امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد (نم، ویلکاکس، هیلمایر و دویلدر، ۲۰۱۸). افکار خودکشی دامنه‌ای از یک آرزوی مبهم برای مردن تا افکار خودکشی فعال با قصد و برنامه قبلی را در بر می‌گیرد (مرکز منابع پیشگیری از خودکشی، ۲۰۱۵). لوپز - گونی، فرنادرز

- مونتالو، آرتگا و هارو (۲۰۱۹) هم نشان دادند از بین افراد دارای افکار خودکشی، ۳۹/۶ درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند. این مفهوم با واکنش‌های نامتعارف مانند مصرف مواد مخدر، فرار از منزل و درگیری با دیگران رابطه نزدیکی دارد (هورگان، کلی، گودوین و بهن، ۲۰۱۸). افکار خودکشی با خطر مصرف بیش از حد رابطه مثبت دارد (کلند و همکاران، ۲۰۲۰). سلرز، مک روی و اوبرین (۲۰۱۹) هم معتقدند مداخلات برای جوانان باید بر رابطه بین استفاده از الکل و افکار خودکشی تمرکز کنند. لی، لی و هان (۲۰۱۹) در بررسی نشان دادند جنسیت، خواب، مصرف مواد، استرس و خلق‌وخوی افسرده عوامل مؤثر در افکار خودکشی‌اند. با توجه به شواهد فوق، ارتباط نزدیکی بین افکار خودکشی و رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد، فرار از خانه، بی‌خوابی، درگیری با دیگران و اقدام به خودکشی وجود دارد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد یکی از ویژگی‌های افراد دارای افکار خودکشی همراه‌بودن با رفتارهای پرخطر است.

از دیدگاه متخصصان بهداشتی و مسائل اجتماعی، رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین مشکلات تهدیدکننده برای سلامت جسمانی، روانشناختی و اجتماعی فرد و جامعه به‌شمار می‌رود (اکس‌ترند و همکاران، ۲۰۱۷). رفتارهای پرخطر رفتارهای بالقوه مخربی‌اند که افراد به‌طور ارادی یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی مرتکب آن می‌شوند (بوستانی، ۱۳۹۱). رفتارهای پرخطر، طیفی از رفتارهایی را در بر می‌گیرد که نه تنها برای فرد درگیر در این رفتار و افراد مهم زندگی وی زیان‌های جدی به بار می‌آورد، باعث صدمات غیرعمدی به سایر اعضای جامعه نیز می‌شود. گریز از مدرسه، روابط جنسی نامشروع و زود هنگام، بی‌نظمی‌های غذایی، رانندگی پرخطر، تخطی از قانون نظیر تخریب اموال، سرقت، خشونت یا استفاده از سیگار، الکل و مواد نیز رفتارهای

1. suicide
2. suicidal thoughts
3. suicide reattempt

4. risky behaviors

ویژگی‌های آن به کار رفته و این غفلت در پژوهش‌های داخلی مشهود است. در این زمینه، تیسمن، بریلوسکیا و مارگراف (۲۰۱۹) معتقدند سلامت روانی مثبت‌گرا و مکانیزم‌هایی که اثر مثبت این نوع رویکرد درمانی را بر افکار خودکشی و اقدام بر خودکشی می‌گذارند، تا حد زیادی ناشناخته‌اند. روانشناسی مثبت‌نگر در عمل به دنبال آن است که به افراد کمک کند توانمندی‌ها و شایستگی‌های خود را پرورش دهند تا به سلامت روانی دست یابند (ریو، ۲۰۰۵، و ۲۰۰۵/۱۳۹۷).

یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد به کار رفته در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر برای ارتقای بهزیستی، رضایت از زندگی، شادکامی و سلامت روان، برنامه روانشناسی مثبت‌گرای^۳ رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) است. سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) فرم اولیه این برنامه را ارائه کردند؛ این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به‌عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه: ۱- هیجان‌های مثبت (لذت زندگی بخش)، ۲- مجذوب‌شدن (زندگی جذاب) و ۳- معنا (زندگی با معنی) مربوط به شادکامی در نظریه سلیگمن (۲۰۰۲) را اساس برنامه‌ای درمانی - آموزشی قرار داده‌اند. رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) معتقدند دنبال کردن لذت، جذابیت و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد. این نوع مداخله با وجود عمر کوتاه خود، کاربست‌های متنوعی در حیطه عمل، به‌ویژه در عرصه درمان و به پژوهش‌های متعددی منتهی شده است. این رویکرد براساس مفاهیم سلیگمن (۲۰۰۲) از شادکامی و بهزیستی و فرضیه پترسون (۲۰۰۶) بنا شده است و بر تمرکز روی نقاط قوت به جای نقاط ضعف تأکید می‌کند. روانشناسی مثبت‌گرا با افزایش معنا در زندگی

پرخطر در نظر گرفته می‌شوند (بسکین و سامرز، ۲۰۰۶) خودکشی نیز مثالی از رفتار پرخطر است (ووتا و مینون، ۲۰۰۴). براساس یافته‌های رشید (۱۳۹۵) کشیدن قلیان (۵/۵۲٪)، تجربه کشیدن سیگار (۲/۳۵٪)، تجربه رابطه جنسی با میل خود (۴/۳۰٪)، کتک‌کاری در بیرون از خانه (۱/۲۸٪) و تجربه مصرف الکل (۴/۲۷٪) به ترتیب همه‌گیرترین رفتارهای پرخطرند. همچنین، تجربه مصرف کراک و هرویین هر یک با ۱/۵٪، تجربه مصرف کوکائین با ۲٪، تجربه مصرف متادون با ۲/۹٪ و تجربه مصرف تریاک با ۳/۳٪ به ترتیب از کمترین میزان شیوع رفتارهای پرخطر در میان دانش‌آموزان دبیرستانی برخوردارند؛ به دلیل اینکه افراد دارای افکار خودکشی، بیشتر از سایر افراد در معرض رفتارهای پرخطرند و عوارض اینگونه رفتارها به دلیل ویژگی‌های روانشناختی خاص این افراد بیشتر است و تمایل به خطرپذیری و پیامدهای مضر وابسته به آن، تهدیدی جدی بر سلامت چنین افرادی به‌شمار می‌رود. همچنین، طیف گسترده‌ای از رفتارهای خودکشی وجود دارد که از سطح تنش و خطر شامل افکار، اشارات جزئی، تهدید و طرح شخص برای مرگ خود است (موننگمری، کی و مونسن، ۲۰۰۲، و ۲۰۰۲/۱۳۸۹)؛ بنابراین، انجام مداخلات برای تغییر رفتار در آنان احساس می‌شود.

مداخلات مختلفی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ارتقای سلامت روانی طراحی شده‌اند. در حال حاضر بیش از ۳۰ نظریه روانشناختی تغییر رفتار وجود دارد (استیسی، جیمز، چاپمن، کورنیا و لوبانز، ۲۰۰۹) و این مسئله، انتخاب مناسب‌ترین آنها را هنگام طراحی مداخلات سخت می‌کند. با وجود این، یکی از مدل‌هایی که امروزه به درک بهتر عوامل مؤثر بر تغییر رفتار کمک شایانی کرده است، رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا^۱ است. این رویکرد با وجود تأثیر زیادش در تغییر رفتار، کمتر در حوزه افکار خودکشی و

2. positive mental health (PMH)
3. Positive Psychotherapy
4. positive emotion
5. the pleasant life
6. engagement
7. the engaged life
8. meaning
9. the meaningful life

1. positive psychology

معاصر روند ادغام روانشناسی با دین در حال گسترش است و روانشناسی مبتنی بر آموزه‌های دینی با هدف ایجاد هماهنگی و تعادل در فرد از طریق رابطه ذهن و روح انجام می‌شود. نمونه‌هایی از این رویکردهای ادغام‌سازی معنویت و دین عبارت‌اند از: مدل درمان شناختی رفتاری - مذهبی در درمان اختلال افسردگی (کول و پارگامنت، ۱۹۹۹)، برنامه روان‌درمانی دینی برای افسردگی و اضطراب (هافمن، پاپاس، چاتکوف و کرنز، ۲۰۰۷)، برنامه مداخله روان‌درمانی معنوی با عنوان «زندگی خود را از نو بساز» (پاکرت و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج پژوهشی مربوط به اثربخشی مدل‌های مذکور، برتری آن را بر مدل‌های سکولار نشان داده است که به زمینه و آموزه‌های معنوی توجه ندارند (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶). در این رابطه، نتایج مطالعات فردریش - کلینگر (۲۰۲۰) نشان می‌دهند نتایج مثبت درمانی از نظر آماری در گروه‌های مذهبی به‌طور چشمگیری بالاتر از سایر گروه‌ها است. این نتایج نشان می‌دهند اهمیت و شدت دینداری فرد در پاسخ به این سؤال نقش مهمی دارد که آیا دینداری منبعی برای بهبود نتیجه درمانی است.

از دیدگاه روانشناسی مثبت‌گرا نیز که ارزش زیادی برای فرهنگ قائل‌اند، انسان محصول و ساخته فرهنگ خویش است و باید مشکلات وی با توجه به فرهنگش درک و پیگیری شود؛ بنابراین، در روانشناسی علاوه بر شرایط بیولوژیکی باید به اعتقادهای فرهنگی توجه ویژه‌ای مبذول شود (سومرز - فلاگمن و سومرز - فلاگمن، ۲۰۰۴). این مسئله برای افراد دارای افکار خودکشی مستثنی نیست؛ به طوری که می‌توان با رویکرد دینی و معنوی به مشکلات و اختلالات این گروه از افراد نگرست و به درمان و اصلاح آنان پرداخت و نتیجه‌ای مطلوب در کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش سازگاری روانشناختی آنان گرفت.

از نظر دین مبین اسلام، از زیباترین و کارسازترین نعمات خداوند بر انسان نعمت شادبودن، مهر و محبت و عشق‌ورزیدن است. فرهنگی غنی اسلام به

مراجعان به تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد (رشید، ۲۰۰۸). مداخلات روانشناسی مثبت شامل روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی به منظور ترویج احساسات مثبت، رفتارهای مثبت، شناخت و ادراک مثبت، با ارتقای بهزیستی افراد و کاهش علائم افسردگی است (سین و لیومرسکی، ۲۰۰۹). با این وصف، هدف برنامه آموزشی مثبت‌نگر، ارتقای میزان رضایت از زندگی، شادکامی، بهزیستی و سلامت روان افراد و مطابق با استعاره گابل و هاید (۲۰۰۵)، رساندن و ارتقای آنان از صفر به مثبت هشت است. پژوهش‌های انجام‌شده درباره برنامه روانشناسی مثبت‌نگر، اثربخشی این برنامه را در کاهش میزان مصرف مواد مخدر و سیگار (اختر، ۲۰۰۹؛ نقل از رشید و سلینگمن، ۲۰۱۳؛ کالر و همکاران، ۲۰۱۴) و کاهش افسردگی (اصلانی، احمددوست و بهمنی، ۱۳۹۴؛ خدابخش، خسروی و شاهنگیان، ۱۳۹۴؛ ژانچ، گو، ژانچ، لی و بین، ۲۰۱۵؛ عبودی و عابدی، ۱۳۹۸؛ عماد و هادیان فرد، ۱۳۹۶؛ نصیری تاکامی، نجفی، طالع‌پسند و مکوند حسینی، ۱۳۹۸) و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان (جنود، محمدی شیرمحله، حسین‌زاده تقوایی و پیوندی، ۱۳۹۹) نشان داده‌اند.

تقریباً همه صاحب‌نظران با این گفته موافق‌اند که متغیرهای فرهنگی در تشخیص و درمان مشکلات خلقی، مهم تلقی می‌شوند (ری و اس، ۲۰۰۱؛ به نقل از کجباف، حسینی، قمرانی و رزازیان، ۱۳۹۶). این موضوع ارتباط مستقیمی با آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات روانشناختی دارد (دی سوزا، ۲۰۰۴). گام بعدی در مطالعات روبه‌رشد حیطه معنویت‌گرایی، دین و علوم رفتاری، موضوع لزوم ادغام‌سازی آموزه‌های دینی اصیل و باورها و اعتقادات بومی مربوط به سلامتی در راهبردهای روانشناسی بود (پروپست، اوستروم، واتکینز، دین و مشبورن، ۱۹۹۲). بر اساس این، مدل‌های مختلف روانشناسی و آموزه‌های دینی در فرهنگ‌های مختلف و مذاهب گوناگون به وجود آمده‌اند. آکو آکواش (۲۰۱۷) معتقد است در دوران

موضوع خوشی، خرسندی و شادمانی توجه خاص داشته است. اسلام بهره‌گیری از شادی، لذت از زندگی و رضایتمندی از آن را طی آموزه‌های سهل و آسان آموزش می‌دهد؛ تا جایی که حتی تبسم به چهره دیگران را پاداش می‌دهد و عملی دارای ثواب می‌شمارد و به این ترتیب به شادی عمق می‌بخشد و آن را درونی و پایدار می‌کند تا تشنگی انسان را نسبت به این مقوله پاسخگو باشد. نیز از شادی‌ها و لذت‌های زودگذر و کاذب به شدت جلوگیری کرده و معتقد است اینگونه شادی‌ها، تنها بخش بسیار کوچک و سهم ناچیزی از شادی‌های واقعی است (خدایی، ۱۳۹۰). بررسی آیات قرآن کریم نیز نشان می‌دهد بیشتر تأکیدها بر خوبی‌ها، درستی‌ها و نقاط قوت افراد است و به ضعف و کژی کمتر توجه می‌شود. قرآن کریم با هدف کاهش فشار وارده بر انسان در رویارویی با مصایب و حوادث، شیوه‌ها و عملکردهایی را آموزش می‌دهد تا او توانایی دستیابی به نتایج مطلوب از جمله آرامش و شادی را بیابد. توجه به شیوه‌هایی مانند توکل به خدا (مائده/ ۱۱؛ انفال/ ۶۱)، صبر و بردباری (بقره/ ۱۵۳؛ اعراف/ ۱۲۸؛ انفال/ ۴۶)، توبه (فرقان/ ۷۰)؛ رضا به مشیت الهی (بقره/ ۲۱۶)، دعا و عبادت (آل عمران/ ۳۸؛ مؤمن/ ۶۰)، عفو و گذشت (حج/ ۶۰؛ نساء/ ۱۴۹؛ نساء/ ۹۹)، سپاس و شکرگزاری (نمل/ ۴۰؛ فاطر/ ۳۰) و نگرش در طبیعت و تفکر در آن (روم/ ۵۰؛ انعام/ ۹۹؛ روم/ ۲۱) چنان راهکارهای عملی در اختیار فرد قرار می‌دهند که حتی با نگاهی اجمالی می‌توان به مؤثر بودن آنها در ایجاد تعادلی روانی پی برد؛ چه برسد به آنکه متخصصان آن را به‌عنوان یک روش درمانی بررسی و اجرا کنند (خدایاری فرد، ۱۳۹۷). در احادیث نیز شواهد فراوانی درباره این موضوع به چشم می‌خورد و پیشوایان دین این موضع را در روایات خود تأکید کرده‌اند؛ برای نمونه، پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «إِنَّ أَحَبَّ الْأَعْمَالِ إِلَى اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ إِدْخَالَ السُّرُورِ عَلَى الْمُؤْمِنِينَ» (کلینی، ۱۳۹۲، ج ۳، ص ۲۸۸)؛ «دوست‌داشتنی‌ترین کارها نزد خدای عزوجل،

شاد کردن مؤمنان است» و در روایتی از حضرت علی (ع) نیز چنین آمده است «حَسَنَ الظَّنِّ مِنْ أَفْضَلِ السَّجَايَا وَأَجْزَلَ الْعَطَايَا» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ج ۳، ص ۳۸۸، ح ۵۳۲۵)؛ «مثبت‌نگری از برترین خوی‌ها و بزرگترین لطف‌هاست». از این روایات چنین بر می‌آید که شادمانی را باید در خود ایجاد کرد و این امر جز از راه مثبت‌اندیشی حاصل نمی‌شود. در آموزه‌های اسلامی که فضای کلی آنها مثبت‌انگاری است، تأکید زیادی بر امید به رحمت بی‌پایان خداوند می‌شود (جوادی آملی، ۱۳۸۹).

گستره‌ای از مداخلات معنوی در پژوهش‌های مختلف به کار رفته و اثربخشی آنها در اختلالات گوناگون به اثبات رسیده است؛ برای نمونه، نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند مداخلات معنوی می‌تواند در حوزه‌های افسردگی، الکلیسم، اضطراب، اختلالات خوردن (هوک و همکاران، ۲۰۱۰)، خشم (وانوی و هوت، ۲۰۰۴) مؤثر واقع شود. تعالیم دینی از طریق منابعی مانند (داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های روانی - اجتماعی و ...) به افراد کمک می‌کند تا با کنترل فشارهای هیجانی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (حسینی، ۱۳۸۷). شواهد زیادی هم وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش‌های مثبت‌گرای مبتنی بر معنویت و آموزه‌های دین اسلام در کاهش اضطراب (رشیدزاده، ۱۳۹۹)، استرس و افسردگی (باقری، اسمعیل چگنی و مه‌نگار، ۱۳۹۴)، کاهش اضطراب مرگ (خدابخشی کولایی، حیدری و زنگنه مطلق؛ ۱۳۹۷) و کاهش مشکلات رفتاری (امینی، شریعت‌مدار و نعیمی، ۱۳۹۶) مؤثر است.

دوره نوجوانی، یکی از دوره‌های بحرانی زندگی انسان است و برخی از روانشناسان، این دوره را دوره آشوب و استرس توصیف کرده‌اند که اگر در این گذر دشواری‌هایی به وجود آید، سلامت روان نوجوانان به

($n=15$). با توجه به اینکه پژوهش مدنظر روی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی انجام شد، پرسشنامه افکار خودکشی در بین دانش‌آموزان این ۹ مدرسه توزیع شد و پس از محاسبه نمرات افکار خودکشی، ۹۰ نفر از دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی (از بین افرادی که نمره آنها در مقیاس افکار خودکشی بالاتر از صفر بود) انتخاب شدند. سپس پرسشنامه رفتارهای پرخطر در بین این دانش‌آموزان توزیع شد. از بین این تعداد، ۳۰ نفر که در این آزمون نمره یک انحراف بالاتر از میانگین کسب کردند، به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه نهایی، انتخاب و ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل تعیین شدند.

ملاک‌های ورود: رضایت آگاهانه، کسب نمره بالاتر از صفر در مقیاس افکار خودکشی و نمره یک انحراف بالاتر از میانگین در مقیاس رفتارهای پرخطر، وضعیت جسمی و روانی مطلوب برای شرکت در مطالعه.

ملاک‌های خروج: دریافت سایر مداخله‌های روانشناختی هم‌زمان با اجرای مطالعه، استفاده از داروهای روانپزشکی دست کم ۲ هفته قبل از شروع مداخله، ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا روانی.

ابزار سنجش: مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که بک و استر در سال ۱۹۹۱ ساخت. این مقیاس به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. در این مقیاس، هر سؤال دارای سه گزینه است. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال صفر تا ۲ است. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس، نمره ۵-۰ وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد.

مخاطره می‌افتد (گنجی، ۱۳۹۳). امروزه در جهان میزان فکر به خودکشی نیز در نوجوانان رو به افزایش است و در ایران نیز این پدیده در طی سال‌های اخیر افزایش داشته است (امیری‌نژاد، قدسی، جمشیدزاده و محمدیان، ۱۳۹۸). در این بین، هرچند آمار دقیقی از خودکشی و فکر خودکشی در بین دانش‌آموزان شهر خلخال وجود ندارد، به نظر می‌رسد وضعیت خودکشی در این شهر نیز از قاعده مستثنی نیست. همچنین، بین جنسیت افراد از نظر رفتار خودکشی تفاوت‌هایی زیادی وجود دارد و زنان، افکار و اقدام به خودکشی بیشتری نسبت به مردان تجربه می‌کنند (حشمتی جدا و همکاران، ۱۳۹۸). همچنان که پیش‌تر گفته شد افکار خودکشی می‌تواند به رفتارهای پرخطر منجر شود؛ بنابراین، تشخیص زودهنگام رفتارهای پرخطر و انجام مداخلات در کاهش افکار خودکشی حائز اهمیت است؛ بنابراین، با توجه به مسائل مطرح‌شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال اثربخشی دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ به تعداد ۱۸۰۰ نفر بود. به‌طور کلی، از برخی مطالعات و بررسی‌ها چنین بر می‌آید که حجم نمونه پژوهش‌ها از نوع بررسی روابط علت - معلولی و تجربی، وجود دست کم ۱۵ نفر در هر گروه را برای مقایسه کافی می‌داند (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز ۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر هم‌به‌عنوان گروه کنترل به روش نمونه‌گیری هدفمند چندمرحله‌ای انتخاب شد

آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم‌زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است (بک و استر، ۱۹۹۱). همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین‌آزماینده آن ۰/۸۳ است (دانیتز، ۲۰۰۱). انیسی، فتحی‌آشتیانی، سلطانزاده و امیری (۲۰۰۶) این مقیاس را در ایران روی سربازان ایرانی اعتباریابی کردند. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است. بشرپور و صمدی فرد (۱۳۹۷) پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه محاسبه شد و ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS):^۱ برای سنجش رفتارهای پرخطر از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی استفاده شد که زاده‌محمدی، احمدآبادی، پناغی و حیدری (۱۳۹۰) ساختند. این پرسشنامه با کمک ابزارهای معتبر و مطرح همچون خطرپذیری نوجوانان گالونه، مور، موس و بوید (۲۰۰۰) و مقیاس رفتارهای پرخطر جوانان (YRBSS) و با در نظر گرفتن شرایط محیطی و محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران ساخته شد که با اقتباس از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (CDC) طراحی و تنظیم شد و برینر و همکاران (۲۰۰۴) اعتباریابی کردند. این مقیاس شامل 38 سؤال است و هفت دسته از رفتارهای پرخطر شامل گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف و گرایش به رانندگی خطرناک می‌شود. آزمودنی‌ها مخالفت و موافقت خود را در یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۴) تا کاملاً مخالف (=۰) بیان می‌کنند. حداکثر نمره در این آزمون ۱۵۲ و حداقل نمره در آن

صفر است. زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، محاسبه و ۰/۷۹ به دست آمد. ابزار مداخله بسته آموزشی روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی این بسته ترکیبی از مجموعه فنون شادی اصیل سلیگمن (۲۰۰۲) و آموزه‌های دینی براساس کتاب اصول و مهارت‌های شادکامی مبتنی بر قرآن و روایات (اخوت و فیاض، ۱۳۹۸) و کتاب الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا (پسندیده، ۱۳۹۵) است. در شادی اصیل سلیگمن (۲۰۰۲) برنامه مثبت‌نگر دارای سه مؤلفه: ۱- هیجان‌های مثبت (لذت زندگی بخش)؛ ۲- مجذوب‌شدن (زندگی جذاب) و ۳- معنا (زندگی با معنی) برای شادکامی است. همچنین، ساختار احساس شادکامی در این دو اثر از دو جزء اساسی «رضایتمندی» از تقدیر و «نشاط» تشکیل می‌شوند. رضایتمندی چهار قلمرو دارد: «شکر» در خوشایندها؛ «صبر» در ناخوشایندها؛ «رغبت» به بایدها (طاعت) و «کراهت» از نبایدها (معصیت). همچنین، متناسب با ابعاد انسان، نشاط به دو بخش مادی و معنوی تقسیم می‌شود. در واقع در این بسته درمانی، مؤلفه‌های مثبت‌اندیشی در دستورالعمل سلیگمن (۲۰۰۲) با آموزه‌هایی همچون شکر، صبر، یاد خدا، توکل، اطاعت از فرامین خداوند و اجتناب از انجام معصیت برای دستیابی به شادکامی واقعی ارائه شد. پس از اتمام تدوین، بسته آموزشی برای ارزیابی روایی محتوایی، به ده نفر از استادان و متخصصان حوزه روانشناسی ارائه شد. نظر متخصصان درباره این بسته درمانی براساس مقیاس سه درجه‌ای «ضروری است»، «مفید است، ولی ضروری نیست» و «ضروری نیست» درجه‌بندی شد. ضریب توافقی لاوشه^۵ (CVR) ۰/۸۱ به دست آمد که مناسب است. این بسته درمانی طی ۱۰ جلسه (هر جلسه ۲ ساعته) فقط به گروه آزمایش ارائه شد و در این مدت، گروه کنترل هیچ

1. interrater reliability
2. iranian adolescents risk.taking scale
3. young's risk behaviors scale (YRBSS)
4. Control Disease Center (CDC)

5. lawshe
6. content validity ratio

آموزشی دریافت نکرد. خلاصه پروتکل ترکیبی آموزش روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی و شرح جلسات در جدول (۱) آورده شده است:

جدول ۱. پروتکل ترکیبی آموزش روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی (اقتباس از سلیم‌ن، ۲۰۰۲، اخوت فیاض، ۱۳۹۸؛ پسندیده، ۱۳۹۵)

جلسه	عنوان جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، آماده‌سازی و تعیین هدف و انجام پیش‌آزمون	معارفه، آشنایی اعضا با دوره درمانی و مقررات جلسه، ارائه توضیحات درباره اهداف
دوم	شناسایی توانمندی‌ها و ایجاد هیجان مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی	ذکر نعمت‌ها و لذت‌بردن از زمان حال و وقایع خوب، صحبت درباره نحوه استفاده از نقاط قوت در زندگی روزانه، درخواست یادداشت ۳ نعمت خداوند و ۳ رویداد مثبت در زندگی و بیان دلایل آن شب قبل از خواب
سوم	تکنیک سپاسگزاری به منظور ارتقای افکار، احساسات و رفتارهای مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی	بحث و گفتگو درباره فواید سپاسگزاری از خدا و بندگان خدا و درخواست نوشتن نامه سپاسگزاری به فردی که اقدام مثبتی انجام داده است
چهارم	تبیین رابطه شادکامی مبتنی بر آموزه‌های دینی و امید با کاهش استرس	آشنا کردن افراد با ویژگی‌ها و آثار امید و ناامیدی از دید قرآن؛ بیان رابطه بین امید شادکامی و اضطراب و تشویق اعضا به بیان تجارب خود در خصوص امید و تحلیل مثبت‌نگرانه تجارب گذشته.
پنجم	سبک پاسخ‌دهی و بهبود روابط مبتنی بر آموزه‌های دینی	بحث و گفتگو درباره پاسخ‌دهی سازنده و فعال و ایجاد تعامل با خدا، خود، سایر افراد و طبیعت و درخواست برقراری رابطه مثبت با اعضای خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها و مدرسه
ششم	افزایش امید، شادکامی و مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های دینی	توصیه درباره اهمیت و توصیه‌های خداوند درباره زندگی دنیوی و پرهیز از آسیب‌رساندن به خود، شادبودن به رحمت‌های خداوند، ارائه الگوهایی که امید، شادکامی و مثبت‌نگری به زندگیشان غنا بخشیده است، بحث گروهی درباره این نمونه‌ها و نوشتن نمونه‌ای از موارد مشابه.
هفتم	هدف و هدف‌گذاری مبتنی بر آموزه‌های دینی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به‌عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری، صبر در برابر مصائب و توکل بر خداوند، نقش خاطرات خوب و بد با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی، نگارش یک نامه قدرشناسی و سپاسگزاری و تقدیم آن به شخص مدنظر
هشتم	چهارچوب‌دهی مجدد زندگی و معنادهی به زندگی مبتنی بر آموزه‌های دینی	توضیح در خصوص تلاش و کوشش، توکل و دعا و ذکر خدا برای معنادهی به زندگی درخواست نوشتن متنی در خصوص معنای زندگی و خواندن آن در جلسه بعد.
نهم	افزایش هیجان‌های مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی و مروری بر مطالب جلسات قبل	گفتگو درباره مثبت‌اندیشی در اسلام و روش‌های آن و انتخاب یک تمرین مورد علاقه از تمرین‌های ارائه‌شده در جلسات قبل و بحث در آن زمینه.
دهم	جمع‌بندی و پس‌آزمون رفتارهای پرخطر (پس‌آزمون).	جمع‌بندی جلسات، صحبت درباره تخلیه احساسات و فراخوانی آنها، دادن هدیه و تکمیل پرسشنامه‌های رفتارهای پرخطر (پس‌آزمون).

پرسشنامه رفتارهای پرخطر را تکمیل کردند و سپس تنها برای گروه آزمایش، ۱۰ جلسه دو ساعته و هفته‌ای یک جلسه آموزش‌های مربوط به روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات، مجدد هر دو گروه پرسشنامه رفتارهای پرخطر را در مرحله پس‌آزمون و نیز پس از گذشت ۲ ماه برای مرحله پیگیری تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در برنامه SPSS انجام شد.

روش اجرا و تحلیل: بعد از انتخاب گروه نهایی، شرکت‌کنندگان در یک جلسه توجیهی شرکت کردند و در این جلسه اهداف پژوهش برای آنها تشریح و سعی شد انگیزه و موافقت لازم آنان برای شرکت در پژوهش جلب شود. همچنین، این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه، محرمانه است و نتایج به‌صورت گروهی و بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان تحلیل می‌شوند. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان دو گروه در مرحله پیش‌آزمون

یافته‌ها

مطابق با نتایج توصیفی، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است؛ اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین، به منظور بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه از تحلیل واریانس تک‌متغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن بررسی شدند. ابتدا از نبود داده‌های پرت تأثیرگذار در متغیر پژوهش، با توجه به شاخص‌های کجی و کشیدگی در جدول، اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (حاکمی از نرمال بودن توزیع داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای رفتارهای پرخطر بوده $(P > 0/05)$ و پیش‌فرض توزیع نرمال داده‌ها برای انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

نتایج آزمون لوین نشان دادند پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در رفتارهای پرخطر برای هر سه مرحله پیش‌آزمون $(F=2/178, P=0/151)$ ، پس‌آزمون $(F=3/226, P=0/083)$ و پیگیری $(F=3/475, P=0/075)$ برقرار است.

نتایج آزمون موجلی به منظور بررسی مفروضه کرویت نمره رفتارهای پرخطر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان دادند آماره موجلی برای اثر زمان $(Machly's W = \sigma^2 = 3/226, P = 0/083)$ و اثر متغیر*زمان $(Machly's W = \sigma^2 = 3/226, P = 0/083)$ معنی‌دار است و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها رعایت نشده است؛ بنابراین، با توجه به معناداری آزمون موجلی و مقدار بیشتر از $0/75$ اسپیلون، از اصلاحیه هوینه - فلدت استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس - کواریانس از آزمون M باکس استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری همگنی ماتریس واریانس - کواریانس متغیر رفتارهای پرخطر برای گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود $(0/340 = M \text{ باکس}, F=1/642, P=0/177)$.

سطح معنی‌داری لامبدای ویکلز کمتر از $0/01$ است؛ بنابراین، دست‌کم از نظر یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بین رفتارهای پرخطر در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج شاخص اعتباری معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیری

نام آزمون	اثر	مقدار F	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری
زمان	۰/۱۲۲	۹۶/۸۳۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویکلز	زمان*گروه	۰/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰

** $P < 0/01$

اثر متغیر (رفتارهای پرخطر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است $(\sigma^2 = 0/635, F=21/547, P=0/000)$ ؛ این بدین معنی است که تفاوت میانگین نمره رفتارهای پرخطر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است و همچنین، $43/5$ درصد از تفاوت

اثر متغیر (رفتارهای پرخطر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است $(\sigma^2 = 0/635, F=48/676, P=0/000)$ ؛ بنابراین، صرف‌نظر از گروه، بین میانگین نمرات رفتارهای پرخطر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه، اثر تعاملی گروه نیز بر متغیر

مشاهده شده در میانگین مراحل زمانی رفتارهای پرخطر
مربوط به تأثیر روانشناسی مثبت گرا با تأکید بر

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای رفتارهای پرخطر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۱۷۵۴/۹۵۶	۲	۸۷۷/۴۷۸	۴۸/۶۷۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳۵	۱
زمان*گروه	۷۷۶/۸۶۷	۲	۳۸۸/۴۳۳	۲۱/۵۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۵	۱
خطا (متغیر)	۱۰۰۹/۵۱۱	۵۶	۱۸/۰۲۷				

* $P < 0/01$

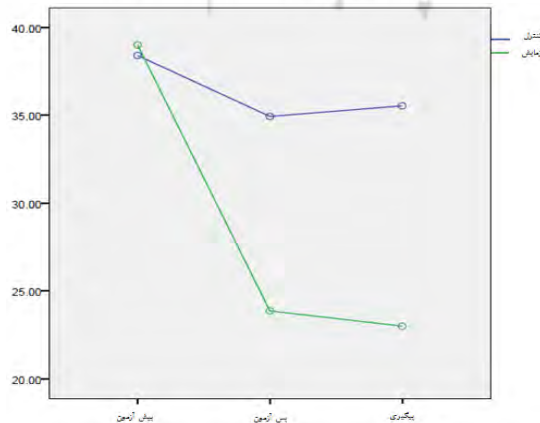
بنابراین، با توجه به معنادار بودن اثر تعاملی زمان، گروه و عامل درون گروهی زمان اندازه گیری، اثر بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی در متغیر رفتارهای پرخطر با استفاده از آزمون مقایسه زوجی LSD بررسی شد که نتایج در جدول (۴) آورده شده اند. چنانچه مشاهده می شود در متغیر رفتارهای پرخطر، بین پیش آزمون و پس آزمون و نیز بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد

این یافته ها نشان می دهند آموزش روانشناسی مثبت گرا با تأکید بر آموزه های دینی به رفتارهای پرخطر گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون منجر شده و در مرحله پیگیری نیز این اثر همچنان حفظ شده است؛ اما اختلاف نمرات درون گروهی گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی دار نیست (جدول ۴). ($P > 0/05$)

جدول ۴. نتایج آزمون مقایسه زوجی LSD و میانگین تعدیل شده گروهها با توجه به عوامل درون گروهی و بین گروهی

گروه	مراحل (درون گروهی)	اختلاف میانگین	معنی داری	پس آزمون		گروه (بین گروهی)	اختلاف میانگین	معنی داری	اختلاف میانگین	معنی داری
				معنی داری	اختلاف میانگین					
کنترل	پیش - پس آزمون	۳/۴۶۷	۰/۰۷۲			آزمایش - کنترل				
	پیش - پیگیری	۲/۸۶۷	۰/۰۵							
آزمایش	پیش - پس آزمون	۱۵/۱۳۳*	۰/۰۰۰							
	پیش - پیگیری	۱۶*	۰/۰۰۰							
	پس - پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۶۱۴							

* $P < 0/05$



شکل ۱. نمودار خطی میانگین رفتارهای پرخطر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری انجام‌شده روی داده‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی اثر مثبت دارد؛ این بدین معنی است که دانش‌آموزانی که مداخله دریافت کردند (گروه آزمایشی)، در مقایسه با دانش‌آموزانی که از این مداخله بی‌بهره ماندند (گروه کنترل)، رفتارهای پرخطر در آنان کاهش پیدا کرده است؛ بنابراین، عضویت در گروه آزمایش و دریافت روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی توانسته است رفتارهای پرخطر و رفتارهایی نظیر گرایش به مصرف مواد، الکل، سیگار، خشونت، رابطه جنسی و تمایل به جنس مخالف در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی را به شکل چشمگیری کاهش داده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. در این راستا، هرچند پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد، نگاهی به تحقیقات به‌عمل‌آمده، گویای تأثیر این نوع آموزش در درمان بسیاری از اختلالات روانی است و این نوع مداخله با وجود عمر کوتاه خود، کاربردهای متنوعی در حیطه عمل، به‌ویژه در عرصه درمان داشته و به پژوهش‌های متعددی منتهی شده است. پژوهش‌های انجام‌شده درباره برنامه روانشناسی مثبت‌نگر، اثربخشی این برنامه را در کاهش میزان مصرف مواد مخدر و سیگار (اختر، ۲۰۰۹؛ نقل از رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳؛ کالر و همکاران، ۲۰۱۴) و کاهش افسردگی (اصلائی و همکاران، ۱۳۹۴؛ خدابخش و همکاران، ۱۳۹۴؛ ژانچ و همکاران، ۲۰۱۵؛ عبودی و

عابدی، ۱۳۹۸؛ عماد و هادیان‌فرد، ۱۳۹۶؛ نصیری تاکامی و همکاران، ۱۳۹۸) و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان (جنود و همکاران، ۱۳۹۹) نشان داده‌اند که از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کنند. همانگونه که اکائو و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند اساس روانشناسی مثبت‌گرا بر این است که انسان‌ها غالباً تمایل ذاتی به رشد، شکوفایی و شادکامی دارند تا در جستجوی راهی برای گریز از نگرانی، بدبختی و اضطراب باشند که به نوعی با نتایج این پژوهش همخوان است. دلایل زیادی در تبیین بیشتر این یافته وجود دارد؛ برای نمونه، روانشناسی مثبت‌گرا با افزایش معنا در زندگی مراجعان به تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد (رشید، ۲۰۰۸). مداخلات روانشناسی مثبت شامل روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی به‌منظور ترویج احساسات مثبت، رفتارهای مثبت، شناخت و ادراک مثبت، با ارتقای بهزیستی افراد و کاهش علایم افسردگی است (سین و لیومرسکی، ۲۰۰۹). توجه روانشناسی مثبت‌نگر به نقاط قوت و پرورش استعدادها (ریو، ۲۰۰۵، و ۲۰۰۵/۱۳۹۷)، تأکید بر افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۴) است؛ بنابراین، این رویکرد افراد را در برابر اختلالات رفتاری نظیر رفتارهای پرخطر محافظت می‌کند. از دیدگاه سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روانشناسی مثبت‌نگر است. در این دیدگاه، با افزایش مستقیم هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا، میزان رضایت از زندگی و سلامت روانشناختی افراد افزایش پیدا می‌کند و به افراد در رشد و کمال شخصی و ارتقای سلامت روان کمک می‌کند. با این وصف، هدف برنامه آموزشی مثبت‌نگر، ارتقای میزان رضایت از زندگی، شادکامی، بهزیستی و سلامت روان افراد و مطابق با استعاره گابل و هاید (۲۰۰۵)،

را با توسل به منبع نامحدودی مانند قدرت خدا افزایش می‌دهد و این احساس سبب افزایش خودکارآمدی و امید در وی می‌شود (سین و لیوبومسکی، ۲۰۰۹). شایان ذکر است توانایی افراد دارای افکار خودکشی در پذیرش مسئولیت در قبال درمان، از ویژگی‌های فردی مانند انگیزه، خودکارآمدی و تاب‌آوری تأثیر می‌گیرد.

شناسایی روش‌های کارآمد برای توسعه چنین ویژگی‌هایی در این گروه از افراد راهبردهای مقابله‌ای آنان را بهبود می‌بخشد. همچنین، افراد برخوردار از ویژگی تاب‌آوری، آسیب‌پذیری کمتری نسبت به شرایط استرس‌زای زندگی دارند و مدیریت استرس و تاب‌آوری به افراد در راستای دستیابی به آرامش و بهزیستی کمک می‌کند. علاوه بر این، افراد برخوردار از ویژگی تاب‌آوری، در رهایی از فشار ناشی از زندگی، توانایی بیشتری دارند و در کنترل هیجانات منفی، انعطاف‌پذیری بیشتری را از خود نشان می‌دهند؛ در نتیجه، این افراد احتمال کمتری دارد که برای تسکین دردها و مقابله با هیجانات منفی به سمت رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد و الکل روی آورند.

در این پژوهش، با انجام تکنیک‌ها و گام‌های مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های دینی آزمودنی‌ها به این نگرش رسیدند که تصور خوبی از خود داشته باشند، نه آنکه همواره خود را سرزنش کنند و تعادل درونی مثبت و آرامش خود را از دست بدهند؛ در حالی که به گفته قرآن، این مسائل همه مشیت الهی است؛ در نتیجه، فرد احساس همبستگی بیشتری با محیط زندگی می‌کند. از دیدگاه جوادی آملی (۱۳۸۹) نیز در آموزه‌های اسلامی که فضای کلی آنها مثبت‌انگاری است، تأکید زیادی بر امید به رحمت بی‌پایان خداوند می‌شود (جوادی آملی، ۱۳۸۹)؛ این امر باعث شد آزمودنی‌ها با برخوردار از امید بسیار زیاد و دیدن دیگر جنبه‌های مفید زندگی‌شان، خوش‌بینی خود را به زندگی افزایش

رساندن و ارتقای آنان از صفر به مثبت هشت است. بر اساس همین دیدگاه، مهم‌ترین تبیین بر کاهش گرایش به سمت رفتارهای پرخطر (گرایش به مواد، الکل، سیگار، خشونت، رابطه جنسی و...) کسب رضایت از زندگی، شادکامی، بهزیستی و سلامت روان در طی دوران آموزش است.

گستره‌ای از مداخلات معنوی در پژوهش‌های مختلف به کار رفته و اثربخشی آنها در اختلالات گوناگون به اثبات رسیده است؛ برای نمونه، نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان دادند مداخلات معنوی در حوزه‌های افسردگی، الکلیسم، اضطراب، اختلالات خوردن (هوک و همکاران، ۲۰۱۰)، خشم (وانوی و هوت، ۲۰۰۴)، کاهش اضطراب (رشیدزاده، ۱۳۹۹)، استرس و افسردگی (باقری و همکاران، ۱۳۹۴)، کاهش اضطراب مرگ (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۷) و کاهش مشکلات رفتاری (امینی و همکاران، ۱۳۹۶) مؤثرند. در پژوهش حاضر نیز در حوزه رفتارهای پرخطر تأیید شد. پژوهش‌های مختلفی نیز نشان می‌دهند تعالیم دینی از طریق منابعی مانند (داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخوردار از حمایت‌های روانی-اجتماعی و...) به افراد کمک می‌کند تا با کنترل فشارهای هیجانی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (حسینی، ۱۳۸۷). با توجه به اینکه شواهد فوق به نوعی با رفتارهای پرخطر در ارتباط است، از نتایج این پژوهش حمایت می‌کنند. جنبه معنوی مثبت‌نگری اسلامی هم کمک می‌کند تا در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی، انسان بتواند با رفتارها و نگرش‌هایی مانند صبر، دعاکردن، توکل و اعتقاد قلبی به حمایت‌های الهی، تاب‌آوری و ظرفیت تحمل خود را افزایش دهد. علاوه بر این، انسان نیروی محدود خود

دهند و در نتیجه، میزان نگرانی و افکار منفی پی‌درپی نظیر رفتارهای پرخطر که به شکل وسواسی از ذهن آنها می‌گذشت، رفع شود. آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام به دانش‌آموزان کمک کرد تا با اندیشیدن در معانی و مضامین صبر، توکل، امید و شادکامی در آیات و روایات، علاوه بر تقویت خوش‌بینی به الطاف پروردگار و توکل بر او، با شناسایی نقاط قوت و توانمندی‌های خویش، بتوانند امیدواری کسب کنند و چشم‌انداز خوش‌بینانه‌تری به آینده خود داشته باشند؛ در نتیجه، این افراد در شرایط سخت تحصیلی و زندگی با خوش‌بینی، به کمک و دستگیری خداوند امید می‌بندند و با دعا و توکل، رخدادهای پیرامون را مثبت ارزیابی می‌کنند و به مثبت و حکمت خداوند رضا می‌دهند. این فرایند دربارهٔ افراد دارای رفتارهای پرخطر اهمیت خاصی دارد و بسیار کمک‌کننده است؛ زیرا این افراد با افکار مزمن و ناتوان‌کننده مواجه‌اند که تمام جوانب زندگی آنها را متأثر می‌سازد و مستلزم این است که به ابزار و راهبردهای مقابله‌ای مؤثری برای کاهش رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد و الکل و خشونت و ... مجهز شوند؛ بنابراین، نظریهٔ روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی دارای زیربنای قوی است که یکی از آنها نظریهٔ ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت و بالندگی است؛ بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که در بستر فرهنگی جامعهٔ ایرانی، استفاده از روانشناسی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام اثربخش‌تر است. نتایج پژوهش فردریش - کلینگر (۲۰۲۰) نیز بر همین نکته تأکید می‌کند؛ بنابراین، با بررسی نتایج این مطالعه می‌توان مداخلهٔ ارائه‌شده را روی سایر دانش‌آموزان به‌منظور ایمن‌سازی روانی دانش‌آموزان در برابر مشکلات مختلف روانی و اجتماعی به کار بست.

استفاده از پرسشنامهٔ خود‌گزارشی، کنترل‌نکردن دقیق بعضی از متغیرها مانند وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها، امکانات آموزشی و تربیتی، وضعیت عاطفی و روانی آزمودنی‌ها به هنگام پاسخگویی، محدود کردن نمونه به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال با جامعیت پایین و عدم امکان سنجش میزان دینداری از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند که می‌توانست در نتایج تحقیق مؤثر باشد؛ بنابراین، با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد و همچنین، استفاده از مصاحبهٔ کیفی به جای پرسشنامه، کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر و انجام پژوهش در سایر سطوح تحصیلی مفید و مؤثرند.

منابع

- اخوت، ا و فیاض، ف. (۱۳۹۸). اصول و مهارت‌های شادکامی مبتنی بر قرآن و روایات، مدرسه دانشجویی قرآن و عترت دانشگاه تهران.
- اصلائی، ج؛ احمددوست، ح و بهمنی، م. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های افسردگی و بهزیستی ذهنی زندانیان، پژوهش‌نامهٔ روانشناسی مثبت. ۱۱(۴)، ۶۷-۷۶.
- امیری نژاد، ع؛ قدسی، م؛ جمشیدزاده، ف و محمدیان، ف. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت کنترل خلق منفی بر افکار خودکشی، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر ایلام. مجلهٔ علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۷(۶)، ۸۸-۹۵.
- امینی، آ؛ شریعت‌مدار، آ و نعیمی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر مشکلات رفتاری کودکان، فصلنامهٔ فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱(۲۹)، ۳۵-۵۵.

- انیسی، ج؛ فتحی آشتیانی، ع؛ سلطانی نژاد، ع؛ امیری، م. (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. *مجله طب نظامی*، ۲۱(۲)، ۱۱۳-۱۱۸.
- باقری، م؛ اسمعیل چگنی، م و مہنگار، ف. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی -مذهبی، بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۱(۳)، ۱۹-۲۴.
- بشپور، س و صمدی‌فرد، ح. (۱۳۹۷). افکار خودکشی در دانش‌آموزان پسر: نقش خودپنداره، عزت‌نفس و سلامت اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۳۱، ۱۶-۱.
- بوستانی، د. (۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی و رفتار پرخطر: مطالعه موردی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان، *دوفصلنامه علوم اجتماعی*، ۹(۱)، ۳۱-۱.
- پسندیده، ع. (۱۳۹۵). *الگوی اسلامی شادکامی*. دارالحدیث.
- تمیمی آمدی، ع. (۱۳۶۶). *غررالحکم و دررالکلم*. دفتر تبلیغات اسلامی.
- جنود، پ؛ محمدی شیرمحله، ف؛ محمدخانی، ش؛ حسین‌زاده تقوایی، م؛ پیوندی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۳، ۸۴-۷۴.
- جوادی آملی، ع. (۱۳۸۹). *تفسیر موضوعی قرآن کریم*، اسراء.
- حسینی، ا. (۱۳۸۷). *اصول بهداشت روانی: بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه‌ریزی در مکتب اسلام*. به نشر
- حشمتی جدا، آ؛ خاکپور، س؛ کوثری، ز؛ محمدی، م و زونزیان، س. (۱۳۹۸). شیوع خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۳۵-۴۳.
- خدابخش، ر؛ خسروی، ز؛ شاهنگیان، ش. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلابه سرطان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*. ۱(۱)، ۵۰-۳۵.
- خدابخشی کولایی، آ؛ حیدری، ف و زنگنه مطلق، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی - ترکیبی دعا و روانشناسی مثبت‌گرا بر معناجویی و اضطراب مرگ در سالمندان زن معلول جسمی - حرکتی. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۲)، ۱۶-۲۸.
- خدایاری فرد، م. (۱۳۹۷). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۵(۱)، ۱۴۰-۱۶۴.
- خدایی، ز. (۱۳۹۰). *خدایا چگونه شاد باشم؟* قلم زنان. رشید، خ. (۱۳۹۵). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۷)، ۳۱-۵۵.
- رشیدزاده، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش برنامه مبتنی بر معنویت و آموزه‌های اسلامی بر اضطراب و تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۱۵(۱)، ۷-۳۴.
- ریو، ج. م. (۱۳۹۷). *انگیزش و هیجان*، ترجمه سیدمحمدی. ویرایش. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).
- زاده‌محمدی، ع؛ احمدآبادی، ز؛ پناغی، ل و حیدری، م. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس خطرپذیری جوانان. *مجله روانشناسی*، ۱۵(۲)، ۱۲۹-۱۴۶.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. Psychological Corporation.
- Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., Hawkins, J., & Ross, J. G. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(RR-12), 1-13
- Cleland, CM., Bennett, AS., Elliott, L., Rosenblum, A., Britton, PC & Wolfson-Stofko, B. (2020). Between- and within-person associations between opioid overdose risk depression, suicidal ideation, pain severity, and pain interference. *Drug and Alcohol Dependence*, 206 (47), 302-316.
- Cole, B., & Pargament, K. (1999). Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 395-407.
- D'Souza RF. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australian Psychiatry*; 12(2), 148-152.
- Danitz, M. (2001). *Suicide an unnecessary death*. Oxford University Press.
- Dillon, KH., Van Voorhees, EE & Elbogen EB. (2019). Associations between anger and suicidal ideation and attempts: A prospective study using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 20(122), 17-21
- Eckstrand, K. L., Choukas-Bradley, S., Mohanty, A., Cross, M., Allen, N. B., Silk, J. S., & Forbes, E. E. (2017). Heightened activity in social reward networks is associated with adolescents' risky sexual behaviors. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, 1-9.
- Friedrich-Killinger, S. (2020). Centrality of Religiosity as a Resource for Therapy Outcome?, *Journal of Religions*, 11(4), 1-16
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., & Boyd C. (2000) The Adolescent Risk-Taking Questionnaire. *Journal of Adolescent Research*, 15, 231-250
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of عبودی، آ؛ عابدی، ف. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی روانشناسی مثبت‌نگر بر افسردگی و بهزیستی روانشناختی در معلمان زن طلاق‌گرفته شهر شیراز. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*. ۴ (۳۷)، ۷۳-۸۸
- عماد، ی؛ هادیان فرد، ح. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر افسردگی با تأکید بر مفاهیم اسلامی. *مجله ادیان و عرفان*، ۲ (۵۰)، ۲۶۷-۲۹۲.
- کجباف، م؛ حسینی، ف؛ قمرانی، ا و رزازیان، ن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۹ (۱)، ۳۸-۲۱.
- کلینی، م. (۱۳۹۲). *اصول کافی*، ترجمه م. ب. کمره‌ای. کتابفروشی اسلامیة.
- گنجی، ح. (۱۳۹۳). *بهداشت روان*. ارسباران.
- مونتگمری، م؛ کی، د و مونسن، ا. (۱۳۸۹). *بهداشت روانی و روان‌پزشکی کودک و نوجوان*، ترجمه اسکندری، م، کرمی، ص. ارجمند (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- نادری، ع و سیف نراقی، م. (۱۳۸۶). *روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی*، ارسباران.
- نصیری تاکامی، غ؛ نجفی، م؛ طالع پسند، س؛ مکوند حسین، ش. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*. ۱۸ (۷۰)، ۱۲۹-۱۰۵
- Aku Akwash, F. B. (2017). Psychotherapy and Religion, *International Journal For Psychotherapy In Africa*, 2(1), 94-115
- Baskin-Sommers, A; Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance uses and high-risk behaviors. *Journal of adolescent health*, 38 (5), 609-611.

- Journal of Psychiatric Practice*, 15(2), 103-112.
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. Oxford Press.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94-103
- Rashid T. (2008). *Positive psychology: exploring the best in people*. 3rd ed. Praeger publication
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2014). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Sellers CM, McRoy RG, O'Brien KHM. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination, *Addictive Behaviors*, 93, 39-45.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Sommers-Flanagan, J & Sommers-Flanagan R. (2004). *Counseling and psychotherapy. Theories in context and practice*. John Willy.
- Stacey FG, James EL, Chapman K, Courneya KS, & Lubans DR. (2009). Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. *Clinical Nurse Specialist*, 23(3), 161-170
- Suicide Prevention Resource Center [SPRC] (2015). Glossary.: <http://www.sprc.org/basics/glossary>.
- Teismann, T., Brailovskaia, J & Margraf, J. (2019). Positive mental health, positive affect and suicide ideation, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, psychological interventions for chronic low back pain. *Health psychology*, 26(1), 1-9.
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 46-72.
- Horgan, A., Kelly, P., Goodwin, J. & Behan, L. (2018). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Irish Undergraduate College Students. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 1-10.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E. M., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2014). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. *The Journal of Positive Psychology*, 9, 19-29.
- Lee, Y.J., Lee, S.I. & Han, K. (2019). Influence of parental stress, depressed mood, and suicidal ideation on adolescents' suicidal ideation : The 2008-2013 Korean National Health and Nutrition Examination Survey, *Journal of Affective Disorders*, 246, 571-577.
- López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A, & Haro B. (2019). Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation, *Addictive Behaviors*, 89, 5-9.
- Mortier, P., Auerbach, R.P., Alonso, J., Axinn, W.G & Cuijpers, P. (2018). Suicidal thoughts and behaviors among college students and same-aged peers: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 279-288.
- Nam, B., Wilcox, H.C., Hilimire, M. & DeVlyder, J.E. (2018). Perceived need for care and mental health service utilization among college students with suicidal ideation. *Journal of American College Health*, 31, 1-8.
- Otsuka, H & Anamizu, S. (2019). Japanese university students' difficulty in living and its association with suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 43, 50-52.
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression.

- WHO. (2002). *World Health report on violence and health*. WHO
- Zhang, G. P., Guo, Y. F., Zhang, X., Li, H., & Yin, Y. Z. (2015). Effects of positive psychotherapy on depression and self – efficacy in undergraduate nursing students positive psychotherapy. *Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences*, 1(3), 12-18.
- 19, 165-169, Available online: www.elsevier.es/ijchp.
- Vannoy S, Hoyt W. (2004). Evaluation of an anger therapy intervention for incarcerated adult males. *Journal of Offender Rehabilitation*, 39, 39-57.
- Votta, E., & Manion, I. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 237-243.

