

 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0> 10.22034/ravanshenasi.2024.5000529 20.1001.1.20081782.1403.17.4.4.8

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

Shahram Vahedi / Professor, Department of Educational Psychology, University of Tabriz
vahedi117@yahoo.com

 **Amir Yekanizad** / PhD Student in Educational Psychology, University of Tabriz
yekaniamir@gmail.com

Nadiéh Arjomandi / PhD Student in Educational Psychology, University of Sistan and Baluchestan
nadiyaarjmandi293@gmail.com

Somaye Alizadeh / PhD Student in Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz
somayehaalizadeh7@gmail.com

Received: 2024/04/05 - **Accepted:** 2024/06/10

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with an Islamic approach on dysfunctional attitudes and coping styles of students. The research was quasi-experimental with pre-test and post-test design and included an experimental group and a control group with a follow-up period (4 months). The statistical population included all second-year male high school students (5936) in Khoy city in the academic year 1402-1403. The statistical sample included 40 students selected by multi-stage cluster random sampling and divided into two experimental and control groups (20 people in each group). The data collection instruments were Weissman and Beck's Dysfunctional Attitudes Scale (1978) and the Coping Strategies Questionnaire of Lazarus and Folkman (1988). The intervention program of cognitive-behavioral therapy (CBT) with an Islamic approach was taught to the experimental group for 10 sessions of 90 minutes each. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that cognitive-behavioral therapy (CBT) with an Islamic approach was effective on the components of dysfunctional attitudes and components of coping styles ($P < 0.01$). The effectiveness was also maintained at the 4-month follow-up. The results of this study confirm the usefulness and impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) with an Islamic approach on students' dysfunctional attitudes and coping styles.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, Islamic approach, coping styles, dysfunctional attitudes.



اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT)

با رویکرد اسلامی بر نگرش ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان

vahedi117@yahoo.com

yekaniamir@gmail.com

nadiyaarjmandi293@gmail.com

somayehaalizadeh7@gmail.com

شهرام واحدی / استاد گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تبریز

امیر یکانی‌زاد / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تبریز

نادیه ارجمندی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه سیستان و بلوچستان

سمیه عالی‌زاده / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۷ - پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر نگرش ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه با دورهٔ پیگیری (۴ ماهه) بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دورهٔ دوم متوسطهٔ شهر خوی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ که تعداد آنها ۵۹۳۶ بود. نمونهٔ آماری تعداد ۴۰ نفر از جامعهٔ مذکور بودند که به‌شیوهٔ تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر در هر گروه) انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و یک (۱۹۷۸) و پرسش‌نامهٔ راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) بود. برنامهٔ مداخله‌ای درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی به گروه آزمایش مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شده. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های نگرش ناکارآمد و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مؤثر بود ($P < 0.01$). همچنین اثربخشی در مرحلهٔ پیگیری ۴ ماهه تداوم داشت. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، سودمندی و تأثیر درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر نگرش ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان را تأیید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، رویکرد اسلامی، سبک‌های مقابله‌ای، نگرش ناکارآمد.

مقدمه

تعلیم و تربیت پایه و اساس تحول در آموزش و پرورش است و دانش‌آموزان در این تحول نقشی اساسی دارند. احساسات و نگرش‌های دانش‌آموزان بر عملکرد آنها در مدرسه تأثیر می‌گذارد و توانایی آنها را در یادگیری و پیشرفت تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (جان و انور، ۲۰۱۸). از جمله مواردی که می‌تواند تحت تأثیر احساسات منفی در دانش‌آموزان بروز کند و توانایی آنها را در مدرسه تحت تأثیر قرار دهد، داشتن نگرش‌های ناکارآمد (Inefficient Attitude) است (قاسمی، ۲۰۲۱). منظور از نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهای هستند که افراد را مستعد افسردگی یا به‌طور کلی آشفتگی روانی می‌کند (بک و دیگران، ۱۹۹۱، ص ۱۵۷). این باورها افراد را آماده می‌کنند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تفسیر کنند (اوزاوا و دیگران، ۲۰۲۰). این نگرش‌ها باعث می‌شوند فرد موقعیت‌ها را به اشتباه تفسیر کند و حتی اتفاقات مثبت را به‌عنوان نشانه‌های منفی ببیند (لیو و دیگران، ۲۰۲۰)، و نگرش‌های ناکارآمد فرد را به این باور می‌رسانند که مشکلاتش هیچ‌گاه تمام نمی‌شوند و هیچ راه‌حلی برای آنها وجود ندارد (شیری و دیگران، ۱۳۹۵). نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی سخت‌گیرانه و غیرقابل انعطاف هستند که فرد برای قضاوت درباره‌ی خود و دیگران استفاده می‌کند و به دلیل مقاومت در برابر تغییرات و فقدان انعطاف‌پذیری، ناکارآمد تلقی می‌شوند (جهاندار لاشکی و دیگران، ۲۰۲۰). بک معتقد است که ریشه‌ی بسیاری از مشکلات انسان در سوءتفاهم‌ها، خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی نهفته است. به عقیده‌ی او، تفاوت در نحوه‌ی نگرش افراد به دنیا و تفسیر آنها از رویدادها و رفتارها، نقشی اساسی در بروز اختلافات بین‌فردی ایفا می‌کند (بک و دیگران، ۱۹۹۱). با توجه به نظریه‌ی نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود، وایزمن و بک بیان می‌کنند بازنمایی ذهنی ناکارآمد و ساختارهای شناختی منفی زمانی به وجود می‌آیند که یک اتفاق منفی طرح‌واره‌های ناکارآمد را در ذهن ما فعال کند. طرح‌واره‌های منفی به این دلیل ادامه پیدا می‌کنند که افراد از منطق‌های نادرست استفاده می‌کنند (وایزمن و بک، ۱۹۷۸).

یکی از زمینه‌های مهم کنش‌های شناختی که با باورهای ناکارآمد ارتباط متقابل دارد و نقش اساسی در سازگاری مؤثر افراد با مقتضیات محیطی ایفا می‌کند، سبک‌های مقابله‌ای (Coping Styles) است (که و بارلاس، ۲۰۲۰؛ ییغیت اوغلو و کسکین، ۲۰۱۹). روان‌شناسی سلامت به سبک مقابله در سلامت جسمی و روانی اهمیت زیادی می‌دهد (رودریگز و دیگران، ۲۰۲۳). این موضوع به‌عنوان مهم‌ترین حوزه‌ی مطالعاتی در روان‌شناسی معاصر و یکی از کلیدی‌ترین عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در ارتباط بین استرس و بیماری شناخته شده است (پلکاناکیس و دیگران، ۲۰۲۲). فولکمن و لازاروس (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 و دیگران، 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 و دیگران، 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 و دیگران، ۲۰۲۴).

هیگینز و اندلر بر اساس الگوی فولکمن و لازاروس سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار تقسیم کرده‌اند (هیگینز و اندلر، ۲۰۰۳). سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار به فعالیت‌ها و تفکراتی اشاره دارد که با هدف تغییر دادن یک موقعیت یا کاهش عوامل استرس‌زا انجام می‌شود (حیدری و دیگران، ۲۰۱۷). این سبک دو بخش اصلی دارد: بخش اول، آمادگی، شامل جست‌وجوی 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 و دیگران، ۲۰۲۲). سبک‌های مقابله‌ای هیجانی شامل رفتارها و شناخت‌هایی است که هدف آن تغییر واکنش فرد به عامل استرس‌زا است. راهبردهای آن شامل خودسازی، رویاپردازی و تمرکز بر بعد عاطفی است. در سبک مقابله‌ای اجتنابی، فرد از موضوع استرس‌زا فرار می‌کند و سعی می‌کند با جست‌وجوی حمایت عاطفی و انتقال مسئولیت مقابله به دیگران، از مواجهه با آن موضوع دوری کند (ویسی و دیگران، ۲۰۲۴).

برای درمان احساسات و عواطف منفی و استرس و نگرش‌های ناکارآمد 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 نگرش‌های ناکارآمد مورد استفاده قرار گیرد، آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری است (برونیکس، ۲۰۱۸). رویکرد درمانی شناختی رفتاری (Cognitive behavioral therapy approach) از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و شناختی به وجود آمده است. وجه مشترک این رویکرد بر نقش میانجیگری فرایندهای 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، 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 و دیگران، 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 (سیگوروینس‌دوتیر و دیگران، ۲۰۲۰).

یکی از نقاط ضعف درمان شناختی - رفتاری افت نتایج درمانی است. این نقطه‌ضعف به دلیل فقدان یک پایگاه ایدئولوژیکی و ارزشی در فرهنگ سکولاریستی می‌باشد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵)، و به‌رغم قدرت روش‌های درمانی شناختی، ممکن است منجر به عدم بهبود قابل توجهی در نتایج درمانی شود (انصاری و دیگران، 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 (جان‌بزرگی، ۱۴۰۲، ص ۴۸). منظور از مذهب در این پژوهش، دین اسلام و مبانی 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 به‌طور 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 شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی، علاوه بر روش‌های شناختی درمانی برای تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار منفی به افکار منطقی، در جلسات درمانی به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کرده و توجه و تمرکز خود را به نظام جهان، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی بیشتر کند (کونینگ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی می‌تواند باعث افزایش امید به زندگی شود (شریفی‌نیا و مبارز، ۱۴۰۰). در جلسات روان‌درمانی، این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی تجربه می‌کند، بی‌فایده نیست؛ بلکه بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی همراه است (د آبرو کاستا و موریرا - المیدا، ۲۰۲۲). با ایجاد چنین تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی 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 بیماران به وجود خالق هستی به‌عنوان مهم‌ترین حافظ و تکیه‌گاه، از طریق این روش تقویت می‌شود (عبدالجبار و دیگران، ۲۰۲۰)؛ چراکه مذهب یا به تعبیری عام‌تر دین، مجموعه‌ای از باورها، هنجارها و ارزش‌هاست که به‌عنوان تکیه‌گاه‌های روانی نقشی مؤثر در زندگی انسان ایفا می‌کنند (رشیدزاده و دیگران، ۱۳۹۷). با استناد به آیات قرآنی و منابع دینی یکی از راهکارها در زمینه افکار منفی و نگرش ناکارآمد، ذکر و یاد خدا و پناه بردن به خداست. با ذکر *أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ* در مقابل افکار منفی و مزاحم، از شر شیطان، نفسمان و بدترین افکارمان به خدا پناه می‌بریم. «فَسْتَذْكُرُونَ مَا أَقُولُ لَكُمْ وَأَقُوصُ أَمْرِي إِلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ بَصِيرٌ بِالْعِبَادِ» (غافر: ۴۴)؛ پس به زودی آنچه را به شما می‌گویم به یاد خواهید آورد و کارم را به خدا می‌سپارم، خداست که به [حال] بندگان [خود] بیناست. قرائتی در تفسیر آیه شریفه مذکور بیان می‌کند که: «مبلغ باید به اهداف خود یقین داشته باشد و توکل بر خداوند و تفویض کارها به او، پاسخ سریع الهی را به دنبال دارد» (قرائتی، ۱۳۹۷، ص ۲۶۱). «وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ» (غافر: ۶۰)؛ و خدای شما فرمود که مرا با [خلوص دل] بخوانید تا دعای شما مستجاب کنم. آنان که از (دعا و) عبادت من اعراض و سرکشی کنند، زود با ذلت و خواری در دوزخ شوند. در تفسیر آیه شریفه مربوطه بیان شده است، خداوند همان‌گونه که قادر است، حکیم نیز است (تثقی تهران، ۱۳۸۶، ص ۵۳۴). «فَإِذَا قَرَأْتَ الْقُرْآنَ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ» (نحل: ۹۸)؛ پس چون قرآن می‌خوانی از شیطان مطرود به خدا پناه بر. یکی از محققان در تفسیر آیه شریفه مذکور بیان می‌کند که: «شیطان به سراغ همه می‌آید، اما در همه تأثیرگذار نیست و پناه بردن به خداوند، نشانه ایمان به او و توکل بر اوست» (طیب، ۱۳۸۹، ص ۱۸۶). «وَإِمَّا يَنْزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ» (فصلت: ۳۶)؛ و هرگاه از شیطان تو را وسوسه و تحریکی رسد، به خدا پناه بر که او شنوا و داناست. در تفسیر این آیه شریفه بیان شده داروی وسوسه شیطان، پناهندگی به خدا و توبه است و پناه خواستن از خداوند بی‌پاسخ نمی‌ماند (مکارم شیرازی و دیگران، ۱۳۹۷، ص ۳۴۴). همچنین خداوند متعال در آیه شریفه «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸) می‌فرماید: «آنها که به خدا ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه شوید که تنها یاد خدا آرام‌بخش دل‌هاست». «يَسْتَبْشِرُونَ بِنِعْمَةِ اللَّهِ وَفَضْلِهِ وَأَنَّ اللَّهَ لَا يُضِيعُ أَجْرَ

الْمُؤْمِنِينَ» (آل عمران: ۱۷۱)؛ دلشادند به نعمت و فضل خدا و اینکه خداوند اجر اهل ایمان را هرگز ضایع نگذارد. «فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَتَجَنَّبَاهُ مِنَ الْعَمِّ وَكَذَلِكَ تُنْجَى الْمُؤْمِنِينَ» (انبیاء: ۸۸)؛ پس ما دعای او را مستجاب کردیم و او را از گرداب غم نجات دادیم و اهل ایمان را هم این گونه نجات می‌دهیم. از این آیات مبارکه مفسران قرآنی و دینی چنین تفسیر کرده‌اند که تنها راه نجات، خواست و اراده الهی است و نجات اهل ایمان، یک سنت و قانون خداوند است (حسینی شاه‌عبدالعظیمی، ۱۳۹۳، ص ۴۳۵).

در حدیثی از رسول اکرم ﷺ آمده است: «لَا حَوْلَ عَنِ مَعْصِيَةِ اللَّهِ إِلَّا بِقُوَّةِ اللَّهِ وَ لَا قُوَّةَ عَلَى طَاعَةِ اللَّهِ إِلَّا بِعَوْنِ اللَّهِ» (مجلسی، ۱۳۹۶، ص ۲۱۳)؛ هیچ بازدارنده‌ای از معصیت خدا نیست، مگر به نیروی خدا و هیچ توانی بر طاعت خدا نیست، مگر به کمک خدا. در روایتی امام باقر (ع) از پیامبر ﷺ نقل کرده است که اگر کسی سه مرتبه بگوید: «بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ لَا حَوْلَ وَ لَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ الْعَلِيِّ الْعَظِيمِ»، خداوند او را از ۹۹ نوع بلا حفظ می‌کند که آسان‌ترین آنها غم و اندوه است (صدوق، ۱۳۸۲، ص ۱۶۲). امام صادق (ع) نیز فرموده‌اند: «عَوْدُ 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 أَخْذَرُ وَ مِنْ شَرِّ مَا أَخَافُ عَلَى نَفْسِي» (مجلسی، ۱۳۹۶، ص ۱۸۴-۱۸۵)؛ 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 انبیا 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 (نیممی و دیگران، ۱۳۹۵).

در تلاش برای شناسایی عوامل بهبوددهنده نگرش‌های ناکارآمد 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 نگرش‌های ناکارآمد داشته باشد (احمدی و دیگران، ۱۴۰۱؛ یداله‌پور و دیگران، ۱۳۹۸؛ باقرپور، ۱۳۹۷؛ گریل و دیگران، ۲۰۲۰). در این زمینه نتایج پژوهش‌های پژوهش و دیگران (۱۴۰۱) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهبی بر کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و مؤلفه‌های آن تأثیر معنادار داشته است. داستانی و دیگران (۱۴۰۱) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهبی به صورت معناداری بیش از درمان شناختی - رفتاری سنتی موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی شدند. مطالعات کویانی و دیگران (۱۳۹۸) نشان‌دهنده مؤثر بودن درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد بود. همچنین نتایج تحقیقات دی آبرو کاستا (۲۰۲۲)، اصغر و همکاران (۲۰۲۱)، خوشبویی و دیگران (۲۰۲۱)، تتو و دیگران (۲۰۲۱) و تلبوره و دیگران (۲۰۱۸) نشان داد درمان شناختی - رفتاری مذهبی بر نگرش‌های ناکارآمد مؤثر است. افزون بر اینکه یافته‌های پژوهش‌های جندقیان بیدگلی و

دیگران (۱۴۰۲)، مشکاک و دیگران (۱۴۰۰)، دهقانی فیروزآبادی (۱۳۹۶)، آکوچکیان و دیگران (۱۳۹۵) و کویانی (۲۰۲۰) حاکی از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، 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. سال‌هاست که نهادهای مختلف به منظور 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. از سویی به لحاظ اهمیت نظری یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به بسط و تعدیل دیدگاه نظری و تجربی متغیرهای مورد نظر کمک کند و به لحاظ اهمیت تجربی یافته‌های حاصل می‌تواند راهنمای عملی فراروی متخصصان، والدین، معلمان و افراد درگیر در حوزه آموزشی باشد. افزون بر این، این یافته‌ها می‌تواند گام‌های عملی مهمی را در دستیابی به آرمان‌های فعالیت‌های شواهد - محور در حوزه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی در بافت ایران زمین بردارد. در فعالیت‌های شواهد - محور بر ادغام فعالیت‌های بالینی با داده‌های علمی به همراه ارزش‌های مراجعان تأکید می‌شود تا یک مداخله از اثرگذاری بیشتری برخوردار باشد. از این‌رو در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان پرداخته است.

روش پژوهش

روش این پژوهش با توجه به اهداف از نوع کاربردی و بر اساس روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه با دوره پیگیری (۴ ماهه) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر سال دوره دوم متوسطه شهر خوی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به تعداد ۵۹۳۶ نفر بود. بر اساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه اولیه تعیین شدند. برای تعیین حجم نمونه نهایی پژوهش، گال و دیگران (۱۴۰۱) قاعده‌ای را پیشنهاد کردند که بر اساس آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هریک از گروه‌های آزمایشی و گواه پیشنهاد شده است؛ بنابراین از این جامعه نمونه‌های به حجم ۴۰ نفر به‌عنوان 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 کلاس‌ها گروه آزمایش و دیگری گروه گواه را تشکیل دادند. پس از انتخاب نمونه‌ها ابتدا پیش‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد 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، پس از مون نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای گرفته شد. ۴ ماه بعد، آزمون پیگیری در مورد دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان 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 فرایند پژوهش، آنها نیز این مداخلات را 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 اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل موارد ذکرشده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای ذیل استفاده گردید:

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) و برای ارزیابی الگوهای تفکر ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد تدوین و تنظیم شده است. از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم (الف) بک و وایزمن جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایران تهیه و کیفیت روان‌سنجی آن تعیین گردیده است، که با آن میزان باورها و نگرش‌های نادرستی که ممکن است افراد را در معرض خطر افسردگی قرار دهد اندازه‌گیری می‌شود. این مقیاس دارای چهار عامل زیربنایی شامل کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری است، و شامل ۴۰ آیتم هفت درجه‌ای در مقیاس لیکرت (از کاملاً موافقم نمرة ۷ تا کاملاً مخالفم نمرة ۱) است. البته در مورد آیتم‌های ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷ و ۴۰ نمرة گذاری آیتم‌ها برعکس سایر موارد است؛ بنابراین حداقل نمرة آزمودنی ۴۰ و حداکثر آن ۲۸۰ خواهد بود و نمرات بالاتر نشانگر آسیب‌پذیری است. ضریب همبستگی دو فرم موازی این مقیاس از ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ و آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ به‌دست آمده است (وایزمن و بک، ۱۹۷۸). بک (۱۹۹۷) نیز ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۰ را برای خرده‌مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد گزارش کرده است. در پژوهش باتماز و اوزدل (۲۰۱۶) پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) همسانی درونی سؤالات از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. اعتبار صوری و محتوایی پرسش‌نامه نیز توسط اساتید روان‌شناسی دانشگاه تبریز تأیید شد.

پرسش‌نامهٔ راهبردهای مقابله‌ای (CSQ): توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) طراحی شده و شامل ۶۶ ماده است که بر پایهٔ مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این پرسش‌نامه هشت روش مقابله را ارزیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابلهٔ مسئله‌محور شامل جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانهٔ مسئله و ارزیابی مجدد مثبت، و سبک‌های مقابلهٔ هیجان‌محور شامل رویارویی، دوری‌گزینی، خویشتن‌داری و گریز - اجتناب می‌شود. لازاروس (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ را از ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ برای هریک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. خدري و دباغی (۱۳۹۳) پایایی این آزمون را ۰/۸۳ به‌دست آوردند در پژوهش حاضر، به‌منظور تعیین ضریب قابلیت اعتماد پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب حاصله ۰/۸۱ به‌دست آمد. اعتبار صوری و محتوایی پرسش‌نامه نیز توسط اساتید روان‌شناسی دانشگاه تبریز تأیید شد.

برنامهٔ مداخله‌ای

در این پژوهش محتوای جلسات آموزش درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی با پروتکل کوئینگ (۲۰۱۵) تدوین شده است. این محتوا بر پایهٔ 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؛ همچنین مراحمی که در این متون به صورت 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. برنامهٔ مداخله‌ای در قالب ده جلسهٔ 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.

جدول ۱: خلاصهٔ جلسات درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
جلسهٔ اول	ارزیابی و معرفی برنامه	اجرای پیش‌آزمون، معرفی خود و معارفه افراد نمونهٔ 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 بذكر الله تطمئن القلوب» (رعد: ۲۸)، نقش انس با آیات قرآن در کاهش افکار منفی و ناکارآمد و ارائهٔ تکالیف تمرین انس با آیات قرآن، حفظ کردن و مرور یک آیه در هر هفته
جلسهٔ دوم	فعال‌سازی رفتاری قدم زدن با ایمان	تبیین نقش رفتارهای مثبت در بهبود خلق، نقش تفریح در ارتقای خلق و تبیین نقش فرد در تغییر زندگی خود بر اساس آیات قرآن، به‌ویژه آیهٔ «إن الله لا یغیر ما بقوم حتی یتوبوا 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 به‌طور روزانه

جلسه سوم	شناسایی افکار ناکارآمد	شناسایی افکار همراه با تغییرات خلق، شناخت تفکر ناکارآمد و پیامدهای آن، تبیین نقش دیدگاه فرد در خلق او، تبیین تأثیر باورهای فرد در رفتار او، طبقه‌بندی افکار ناکارآمد بر اساس انواع تحریف‌های شناختی، تبیین تعارض این افکار با رضای خدا و ارائه تکالیف تمرکز کردن بر یک آیه قرآن و غرق شدن در معنای آن
جلسه چهارم	شناسایی و چالش با افکار ناکارآمد	تقویت توانایی نظارت‌گری 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 به‌جای 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 معناداری معنوی به فقدان‌ها تسلیم شدن فعال در مقابل امور غیرقابل 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 به‌جای تلاشی 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 و 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 نوع‌دوستانه، 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 به‌خصوص از دیدگاه معنوی، تمرین جست‌وجوی پیامدهای مثبت فقدان‌ها، مرور برخی مشکلات مصائب پیامبران و ائمه اطهار و مؤمنین که چطور در سختی‌ها رشد کردند و ارائه تکالیف تمرین جست‌وجوی 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

یافته‌های پژوهش

نمونه‌های این پژوهش ۴۰ دانش‌آموز پسر بودند و ریزشی در نمونه‌های هیچ‌یک 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 نیز بیشترین فراوانی مربوط به پایه یازدهم با ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) و بعد از آن پایه دوازدهم با ۱۳ نفر (۳۲/۵ 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.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌طلبی	آزمایش	۲۰	۳۹/۰۲	۹/۴۰	۳۱/۹۶	۸/۱۳	۳۲/۲۱	۷/۹۲
	گواه	۲۰	۳۸/۹۳	۱۰/۵۹	۳۸/۲۰	۹/۸۱	۳۸/۹۶	۹/۸۸
نیاز به تأیید دیگران	آزمایش	۲۰	۳۲/۱۰	۸/۴۰	۲۶/۵۲	۵/۶۹	۲۶/۶۰	۴/۹۰
	گواه	۲۰	۳۲/۱۹	۸/۹۶	۳۲/۱۵	۷/۶۷	۳۲/۲۱	۷/۸۳
نیاز به راضی کردن دیگران	آزمایش	۲۰	۳۵/۷۴	۶/۸۹	۳۰/۹۲	۶/۰۷	۳۱/۱۴	۶/۵۵
	گواه	۲۰	۳۵/۸۶	۱۱/۰۵	۳۵/۹۰	۱۰/۶۸	۳۵/۹۱	۱۰/۵۱
آسیب‌پذیری	آزمایش	۲۰	۴۰/۲۰	۱۴/۲۵	۳۷/۱۵	۱۳/۹۳	۳۷/۴۷	۱۴/۰۹
	گواه	۲۰	۴۰/۱۵	۱۲/۴۵	۴۰/۷۸	۱۱/۵۱	۴۰/۲۴	۱۴/۱۶
سبک مقابله مسئله‌محور	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 هیجان‌محور	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

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 نگرش‌های ناکارآمد 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 نگرش‌های ناکارآمد (کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای (مسئله‌محور و هیجان‌محور) دانش‌آموزان 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 نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش و گواه کمال‌طلبی ($F = 2.86/39, P = 0.374$)، نیاز به تأیید دیگران ($F = 2.97/39, P = 0.364$)، نیاز به راضی کردن دیگران ($F = 2.85/39, P = 0.791$) و آسیب‌پذیری ($F = 2.34/39, P = 0.312$) و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش و گواه مسئله‌محور ($F = 1.45/39, P = 0.651$) و هیجان‌محور ($F = 1.76/39, P = 0.340$) نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد، کمال‌طلبی ($F = 0.64/39, P < 0.58$)، نیاز به تأیید دیگران (۴۲)، نیاز به راضی کردن دیگران ($F = 0.69/39, P < 0.71$)، نیاز به تأیید دیگران ($F = 0.83/39, P = 0.37$) و آسیب‌پذیری ($P = 0.67$)، و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور ($F = 0.73/39, P < 0.74$) و هیجان‌محور ($F = 0.75/39, P < 0.73$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام‌باکس برای مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد، کمال‌طلبی ($F = 1.14/39, P < 0.546$)، نیاز به تأیید دیگران ($Box's M = 1.62, F = 1.59, P < 0.546$)، نیاز به راضی کردن دیگران ($F = 1.61, P = 0.446$)، و آسیب‌پذیری ($Box's M = 1.6/92, F = 1.12, P = 0.380$)، و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور ($Box's M = 1.1/55, F = 1.31, P < 0.525$)، و هیجان‌محور ($Box's M = 1.4/81, F = 1.21, P = 0.654$) حاکی از برقراری مفروضه‌های ماتریس کوواریانس‌ها در بین سطوح متغیر مستقل است. نتایج آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد، کمال‌طلبی ($x^2 = 3.42, F = 2.11, P = 0.872$)، نیاز به تأیید دیگران ($w = 0.813, x^2 = 3.53, F = 2.46, P = 0.812$) و آسیب‌پذیری ($w = 0.820$)، نیاز به راضی کردن دیگران ($w = 0.836, F = 2.45, x^2 = 3.53, F = 2.46, P = 0.812$) و آسیب‌پذیری ($w = 0.829, x^2 = 3.37, F = 2.56, P = 0.719$)، و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور ($w = 0.821, F = 1.68, x^2 = 5.80, w = 0.801$) و هیجان‌محور ($F = 1.71, P = 0.801$)، و هیجان‌محور ($w = 0.838, x^2 = 6.68, F = 2.56, P = 0.719$) معنادار نیست و نشان می‌دهد که مفروضه کرویت داده‌ها رعایت شده است. همچنین آزمون‌های لامبدای ویلکز، اثر پیلای، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه نشان داد که حداقل میان یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 21.04$ و $sig = 0.001$)؛ بنابراین می‌توان از نتایج آزمون‌های درون‌گروهی 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 مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
کمال‌طلبی	مراحل مداخله	۲۴۰۴/۲۳	۲	۱۲۰۲/۱۱	۱۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	مراحل × گروه	۱۹۵۱/۹۶	۲	۹۷۵/۹۸	۱۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	گروه	۴۶۲۱/۷۰	۱	۴۶۲۱/۷۰	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶

۰/۶۰	۰/۰۰۱	۱۶/۵۳	۱۰۱۷/۴۳	۲	۲۰۳۴/۸۷	مراحل مداخله	نیاز به تأیید دیگران
۰/۵۷	۰/۰۰۱	۱۲/۲۹	۹۲۶/۶۹	۲	۱۸۵۳/۳۸	مراحل × گروه	
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۷/۴۲	۳۴۹۷/۱۱	۱	۳۴۹۷/۱۱	گروه	
۰/۶۷	۰/۰۰۱	۱۹/۹۸	۹۹۲/۵۲	۲	۱۹۸۵/۰۴	مراحل مداخله	نیاز به راضی کردن دیگران
۰/۶۱	۰/۰۰۱	۱۴/۶۶	۵۱۳/۸۲	۲	۱۰۲۷/۶۴	مراحل × گروه	
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۰/۶۸	۳۶۲۷/۸۲	۱	۳۶۲۷/۸۲	گروه	
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۱۸/۴۴	۱۲۸۴/۴۵	۲	۲۵۶۸/۹۱	مراحل مداخله	آسیب پذیری
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۱۳/۹۱	۱۱۵۲/۱۰	۲	۲۳۰۴/۲۰	مراحل × گروه	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۹/۰۸	۴۷۸۶/۱۲	۱	۴۷۸۶/۱۲	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 × 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	سبک مقابله هیجان محور
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۲۹/۶۲	۲۰۶۳/۵۷	۲	۴۱۲۷/۱۴	مراحل × گروه	
۰/۷۰	۰/۰۰۱	۲۱/۹۰	۱۰۳۷۸/۹۵	۱	۱۰۳۷۸/۹۵	گروه	

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که مداخله درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد، کمال طلبی ($P=0/001, F=11/78$) با اندازه اثر ۰/۵۶، نیاز به تأیید دیگران ($P=0/001, F=7/42$) با اندازه اثر ۰/۵۴، نیاز به راضی کردن دیگران ($P=0/001, F=10/68$) با اندازه اثر ۰/۵۸ و آسیب‌پذیری ($P=0/001, F=9/08$) با اندازه اثر ۰/۴۱ و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور ($P=0/001, F=16/51$) با اندازه اثر ۰/۴۷ و هیجان‌محور ($P=0/001, F=21/90$) با اندازه اثر ۰/۷۰ مؤثر بوده است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

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

شاخص‌های آماری			پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری		
تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
۷/۰۶	۱/۱۸	۰/۰۰۱	۶/۸۱	۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۱۶	۰/۸۷
۵/۵۸	۱/۲۳	۰/۰۰۱	۵/۵۰	۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۳	۱/۰۰
۴/۸۲	۱/۱۸	۰/۰۰۱	۴/۶۰	۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۸۸
۳/۰۵	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۲/۷۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۱۹	۱/۷۶
۹/۰۴	۲/۶۱	۰/۰۰۱	۸/۸۷	۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۱۰	۰/۹۴
۱۳/۶۴	۳/۸۰	۰/۰۰۱	۱۳/۳۳	۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱/۰۱	۰/۷۹

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول (۵) نشان داد، ابعاد نگرش‌های ناکارآمد 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 نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی بر نگرش ناکارآمد 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 بهبود نگرش ناکارآمد دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فروش و دیگران (۱۴۰۱)، داستانی و دیگران (۱۴۰۱)، کاویانی و دیگران (۱۳۹۸)، دی آبرو کاستا (۲۰۲۲)، اصغر و دیگران (۲۰۲۲)، خوشبویی و دیگران (۲۰۲۱)، تتو و دیگران (۲۰۲۱) و تلبوره و دیگران (۲۰۱۸) همسو است. این پژوهشگران نیز در مطالعات خود به نوعی بیان کرده بودند که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر بهبود خودپنداره و مؤلفه‌های آن، افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی و افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثر قابل توجه دارد. 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 به‌طور خاص به اصلاح عقاید و عواطف مذهبی نیز می‌پردازد. درواقع برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتهای به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست؛ ازاین‌رو فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی می‌کند و کمتر دستخوش اضطراب و استرس می‌شود و به‌تبع آن نسبت به آینده امیدوارتر و خوش‌بین‌تر خواهد بود. لذا درمان مبتنی بر شناختی رفتاری مذهبی می‌تواند به افراد در ارزیابی متفاوت رویدادهای منفی کمک کند. به این ترتیب روش درمانی حس کنترل قوی‌تری ایجاد می‌کند و در نتیجه به سازگاری روانی و بهبود نگرش ناکارآمد در افراد کمک می‌کند (کونینگ و دیگران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر تأثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی شاید به این دلیل باشد 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. 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 به‌عنوان یک شیوه مقابله‌ای مؤثر، در رویارویی با رخدادها ناگوار، آرامش و امید را به ارمغان می‌آورد؛ بنابراین ایمان و معنویت، عزت نفس و اعتماد به نفس را در فرد تقویت می‌کند و این امر، نگرش‌های منفی و ناکارآمد را از بین برده و مجموع این عوامل باعث

می شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد (گریل و دیگران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری مذهب محور می تواند 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 حوزه های 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 می دهد و به افراد در ارزیابی متفاوت رویدادهای منفی کمک می کند. این امر به نوبه خود، کیفیت زندگی فرد را در ابعاد مختلف؛ از جمله روابط اجتماعی، سلامت جسمی و روانی و معنویت، بهبود می بخشد (د آبرو کاستا و موریرا - امید، ۲۰۲۲).

همچنین با توجه به یافته های این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری (CBT) با رویکرد اسلامی دینی باعث تقویت سبک مقابله ای دانش آموزان شده است. این یافته با نتایج پژوهش های جندقیان بیدگی و دیگران (۱۴۰۲)، مشاک و دیگران (۱۴۰۰)، دهقانی فیروزآبادی (۱۳۹۶)، آکوچکیان و دیگران (۱۳۹۵) و کویانی (۲۰۲۰) همسو است. این پژوهشگران نیز در مطالعات خود بیان کرده بودند که درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر سبک های مقابله ای و مؤلفه های آن اثربخش می باشد. در تبیین نتیجه به دست آمده می توان بیان کرد یکی از دغدغه های رایج در بین دانش آموزان، نگرانی نسبت به آینده است. این نگرانی می تواند 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 می دهد و آنها را قادر به مقابله با حوادث زندگی می کند. این رویکرد درمانی به برآورده شدن اهداف و داشتن معنا و احساس تعلق و امید به یاری خدا متکی است که در شرایط مشکل زای زندگی وجود دارد. درمان شناختی - رفتاری مذهب محور مانع از پیش بردن باورهای تخریب کننده در سیستم های شناختی فرد می شود و به افراد کمک می کند متوجه شوند که با دستیابی به هدف و معنا در زندگی و با توکل و اعتماد به خداوند، می توانند در مقابل موقعیت های ناگهانی و غیرقابل پیش بینی آمادگی لازم را داشته باشند و به آنها توانایی می دهد موقعیت های دشوار را تحت کنترل قرار دهند. انجام باورهای مذهبی سیستم های حمایتی بسیاری را برای کمک به مردم معرفی می کند. این موضوع باعث تقویت راهبردهای مقابله ای مؤثر در افراد می شود (کونینگ و دیگران، ۲۰۲۰). همچنین آموزه های دینی، الگوهای رفتاری مناسبی مانند پیامبران و ائمه اطهار علیهم السلام را به دانش آموزان معرفی می کنند. این الگوها می توانند به دانش آموزان در انتخاب مسیر صحیح زندگی و غلبه بر چالش ها کمک کنند. آموزه های دینی، توکل به خداوند و امید به آینده را ترویج می کنند. این آموزه ها به دانش آموزان می آموزند که با تکیه بر خداوند و تلاش و کوشش خود، می توانند 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 مقابله مؤثر با مشکلات خود استفاده می کنند، مؤثرتر خواهد بود. این نوع درمان، تاب آوری در برابر مشکلات پیش رو و استفاده از سبک های مقابله ای حل مسئله را افزایش می دهد و به مراتب استفاده از سبک مقابله ای متمرکز بر هیجان کاهش می یابد (عبدالجباری و دیگران، ۲۰۲۰). افراد با

تکیه بر خالق هستی با مشکلات خود مواجه می‌شوند و این باور را دارند که خدا در تمام سختی‌ها و مشکلات، یاور و پشتیبان آنهاست؛ در نتیجه مشکلات و سختی‌های زندگی خود را می‌پذیرند و سعی می‌کنند به‌طور مؤثر با آن مقابله کنند و از توانایی‌های خود برای بهبود شرایط استفاده نمایند. افرادی که باورهای دینی قوی دارند، در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا بیشتر از سبک مقابله‌ای مسئله‌محور استفاده می‌کنند. این افراد به‌جای اجتناب از مشکل یا تمرکز بر هیجانات منفی، سعی می‌کنند بر حل مشکل تمرکز کنند و با تکیه بر باورهای دینی خود راه‌حلی برای آن پیدا کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است؛ مانند محدود بودن دامنه این مطالعه به پایه تحصیلی و سنی خاص، عدم مطالعه بر روی هر دو جنس و 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. بنابراین پیشنهاد می‌شود وزارت آموزش و پرورش، برنامه‌های آموزشی درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی را در رأس سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود قرار دهد؛ همچنین 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. از سوی 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 نگرش ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان نسل آینده باشیم و آموزش و ترویج این راهبردها باید به‌طور مستمر در طول دوران کودکی و نوجوانی ادامه یابد تا اثربخشی مطلوب آن تحقق یابد.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه علی مشکینی.
- ابراهیمی، امرالله و موسوی، سیدغفور (۱۳۹۲). تهیه و اعتباریابی نسخه ۲۶ گویه‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-۲۶) ساختار عاملی، پایایی وروایی در بیماران سرپایی روان پزشکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۴۱(۵)، ۲۸-۳۰.
- احمدی، مریم و دیگران (۱۴۰۱). تأثیر متغیرهای الگوی چندبعدی معنوی با میانجیگری باورهای ناکارآمد بر اختلال وسواس. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱۶(۳۱)، ۱۵۳-۱۲۹.
- آکوچکیان، شهلا و دیگران (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*، ۱۴(۲)، ۱۶۸-۱۷۲.
- انصاری، حسن و دیگران (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۶۷-۱۹۶.
- باقرپور، معصومه (۱۳۹۷). ارتباط باورها و نگرش‌های دینی و سبک زندگی اسلامی با عملکرد شغلی معلمان مقطع ابتدایی. *علوم تربیتی از دیدگاه اسلام*، ۱۱(۱۶)، ۹۳-۱۱۰.
- تقوی تهرانی، محمد (۱۳۸۶). *تفسیر روان جاوید*. تهران: برهان.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). روان درمانگری چندبعدی معنوی: فعالسازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۲(۳)، ۳۸-۳۹.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۴۰۲). *درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خلاصه برای مشاوری*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جندقیان بیدگلی، محمدامین و دیگران (۱۴۰۲). درمان علائم افسردگی با رویکرد نوین درمان شناختی رفتاری مذهب محور: مطالعه مرور نظام‌مند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۳(۲۲۲)، ۱۷۱-۱۸۴.
- حسینی شاه‌عبدالعظیمی، حسین (۱۳۹۳). *تفسیر اثنی عشری*. تهران: آذریا.
- خدری، بهزاد و دباغی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان سربازان. *پرستار و پزشک در رزم*، ۲(۵)، ۲۰۰-۱۹۵.
- داستانی، محبوبه و دیگران (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 ادراک‌شده، سبک‌های مقابله‌ای و نگرش مذهبی؛ با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱۰۶(۱۸)، ۱۹-۳۶.
- رشیدزاده، عبدالله و دیگران (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.
- شریفی‌نیا، محمد و مبارز، سیدحسن (۱۴۰۰). ساخت بسته آموزش توکل به خدا با تأکید بر قرآن کریم. *پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی با رویکرد اسلامی*، ۱(۲)، ۷-۳۵.
- شیری، طاهره و دیگران (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹)، ۲۰۷-۲۳۶.
- صدوق، محمد بن علی (۱۳۸۲). *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال*. قم: نسیم کوثر.
- طیب، سیدعبدالحسین (۱۳۸۹). *اطیب البیان فی تفسیر القرآن*. قم: سبطين.

فrehوش، محمد و دیگران (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک در افسردگی و خودپنداره و خادپنداره در مبتلایان به افسردگی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۱)، ۷۳-۸۶.
 قرآتی، محسن (۱۳۹۷). تفسیر نور. تهران: مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن.
 کاویانی، زینب و دیگران (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس شهر تهران. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۴(۵۵)، ۱۵۹-۱۷۵.
 گال، مردیت و دیگران (۱۴۰۱). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ترجمه احمدرضا نصر و دیگران. تهران: سمت.

مجلسی، محمدباقر (۱۳۹۶). *مرآة العقول*. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
 مشاک، رویا و دیگران (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز. *پژوهش پرستاری/ایران*، ۱۶(۳)، ۵۹-۷۳.
 مکارم شیرازی، ناصر و دیگران (۱۳۹۷). *برگزیده تفسیر نمونه*. قم: دارالکتب اسلامیه.
 نیمیی، ابراهیم و دیگران (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تأکید بر آموزه‌های دینی بر تاب‌آوری و رغبت‌های شغلی دانش‌آموزان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۱-۲۶.
 یداله‌پور، محمدهادی و دیگران (۱۳۹۸). مداخله آموزشی مبتنی بر مذهب بر نشانگان افسردگی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز فرهنگی شهر بابل. *پژوهش در دین و سلامت*، ۱۵(۱)، ۶۴-۷۵.

- Abdoljabbari, M., Dastani, M., 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.
- Asghar, H., Gul, S., Masroor, U. (2021). Development of cognitive behaviour therapy with islamic concepts for treatment of depression and Anxiety. *Pakistan Social Sciences Review*, 5 (2), 694-706.
- 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.
- Batmaz, S, Ozdel, K. (2016). psychometric properties of the Revised and Abbreviated form of the Turkish version of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychology & Counseling*, 118(1), 180-198.
- Beck, A.T. Weishar, M. (1997). *Cognitive Therapy in Current Psychology Thrapihes*. New York: Peacock Publishers.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478-483.
- Bruijnks, 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(6), 1143-1150.
- de Abreu Costa, M., Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques. *J Relig Health*, 61(1), 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*, 29 (2), 398-409.
- Ezawa, I. D., Forand, N. R. & Strunk, D. R. (2020). An examination of dysfunctional attitudes and extreme response styles as predictors of relapse in guided internet-based cognitive behavioral therapy for depression. *J Clin Psychol*, 76, 1047-1059.
- 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.
- Ghasemi, F. (2021). A motivational response to the inefficiency of teachers' practices towards students with learned helplessness. *Learning and Motivation*, 73, 101705.
- 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.
- 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(7414), 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(8), 107171.
- Jan, S & Anwar, M. (2018). Emotions management skills and barriers with library staff: A correlational survey of agriculture students. *The Journal of Academic Librarianship*, 44(1), 33-38.
- Jahandar Lashki, S., Hosseini, S. S., & Kakabarayi, K. (2020). Developing a Structural Model to Predict the Attitude towards Infidelity based on Media Consumption and Mediators of Inefficient Attitudes, Marital Conflicts, and Sexual Satisfaction. *Ijpb*, 14(2), 158-184.
- 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.
- Khoshbooi, R., Hassan, S. A., Deylami, N., Muhamad, R., Engku Kamarudin, E. M., Alareqe, N .A. (2021). Effects of Group and Individual Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Sexual Satisfaction among Perimenopausal Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7711.
- 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. (1993). Coping Theory and Research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 243-247.
- Liu, B., Sun, J., Qin, X., Wang, M., Lu, X., Dong, Q. & Li, L. (2020). State-dependent and trait-like characteristics of dysfunctional attitudes in patients with major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 645.
- 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.
- Rodrigues, F., Pedro, M. & Tiago, S. (2023). Testing the Associations between Coping, Mental Health, and Satisfaction with Life in Portuguese Workers. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(7), 1245-1256.
- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smárasón, 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.
- Teo, D. C. L., Duchonova, K., Kariman, S. & Ng, J. (2021). Religion, spirituality, belief systems and suicide. In C. A. Alfonso, P. S. Chandra, & T. G. Schulze (Eds.), *Suicide by self-immolation: Biopsychosocial and transcultural aspects*. (pp. 183–200). Springer Nature Switzerland AG.
- Tulbure, B.T., Andersson, G., Sălăgean, N. Pearce, M. & Koenig, H. (2018). Religious versus Conventional Internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *J Relig Health*, 57 (5), 1634–1648.
- 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.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary analysis. In *Proceedings of the 62nd Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada*.
- 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.