

# اثر بخشی روان درمانی مثبت گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر بهبود سازگاری روان شناختی دانش آموزان دارای افکار خودکشی

پری ملکی گلندوز\* دکتر باقر سرداری\*\*

چکیده

ورود به دوران نوجوانی به عنوان یکی از بحرانی ترین دوره‌های رشد، عوامل استرس‌زای مختلفی را به همراه دارد. عدم سازگاری با این شرایط می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری آسیب‌هایی چون افکار خودکشی باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر بهبود سازگاری روان‌شناختی دانش آموزان دارای افکار خودکشی مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان مدارس دختر مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که از بین آنها ۳۰ نفر برای دو گروه آزمایش و کنترل به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شد. از مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) و سیاهه سازگاری بل (BAL, 1961) برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوارینانس تک متغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر بهبود سازگاری روان‌شناختی اثر مثبت دارد ( $P < 0/01$ ). در مجموع می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی با پیشینه نظری و پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در بهبود سازگاری روان‌شناختی دانش آموزان دارای افکار خودکشی است و می‌توان از آن به عنوان یک شیوه مداخله‌ای مؤثر در درمان این نوع از اختلالات روانی استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** روان درمانی مثبت‌گرا، آموزه‌های دینی، سازگاری روان‌شناختی، افکار خودکشی

## مقدمه

خودکشی برای افراد، خانواده و جامعه مصیبت بار است و خودکشی جوانان، یکی از تأسف بارترین رخدادهایی است که می‌بایست توجه تمامی دست‌اندرکاران را به حل مشکلاتی که زندگی آنان را تا بدین حد غیرقابل تحمل می‌کند، برانگیزد. خودکشی یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده است که نرخ آن طی دو دهه گذشته به میزان قابل توجهی افزایش یافته است (Dillon, Van Voorhees & Elbogen, 2019). اوتسوکو و آنامیزو هم‌گزارش کردند که ۲۱ درصد از دانشجویان ژاپنی افکار خودکشی را در طول زندگی خود به همراه دارند (Otsuka & Anamizu, 2019). سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی، شاهد ۱/۵۳۰/۰۰۰ مورد مرگ ناشی از خودکشی باشیم (WHO, 2002). پژوهش‌های مربوط به خودکشی دو پدیده مهم را بررسی می‌کند که شامل افکار خودکشی<sup>۱</sup> و اقدام به خودکشی<sup>۲</sup> است (Mortier, Auerbach, Alonso, Axinn, Cuijpers & et al, 2018). افکار خودکشی طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد (Nam, Wilcox, Hilimire & Devylder, 2018). در واقع، افکار خودکشی مفهومی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد (Arun, Garg & Chavan, 2017). افکار خودکشی می‌تواند دامنه‌ای از یک آرزوی مبهم برای مردن تا افکار خودکشی فعال با قصد و برنامه قبلی را در بر گیرد (SPRC, 2015<sup>۳</sup>). لویز - گونی، فرنادرز - مونتالو، آرتگا و هارو هم‌نشان دادند که از بین کسانی که افکار خودکشی داشته‌اند، ۳۹/۶ درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند (López- Goñi, Fernández- Montalvo, Arteaga & Haro, 2019). طبق تازه‌ترین تحقیقات انجام شده در ایران، اقدام به خودکشی در دانشجویان از ۱/۸ تا ۳/۵ درصد و افکار خودکشی از ۶/۲ درصد تا ۴۲/۷ درصد متغیر بوده است (باختر و رضائیان، ۱۳۹۵).

یکی از مسائل مهم در خودکشی، نقش حضور همزمان انواع اختلالات روانی است که از این میان می‌توان به اختلالات روان رنجوی و شخصیتی و سایر اختلالات روانی یاد کرد (Hawton & Goldacre, Seagroatt, 1993؛ Davinson & Neale, 1998) از دیدگاه روان‌پویایی، خودکشی به‌عنوان یک ملاک و نشانه بیماری روانی تلقی می‌شود (امیری و

1. Suicidal Thoughts
2. Suicide Reattempt
3. Suicide Prevention Resource Center

صادقیان‌سورکی، ۱۳۹۵) و در حال حاضر، تخمین زده شده است که بیش از ۳۰ درصد افرادی که به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، دچار اختلال شخصیت هستند (Oldham, 2006).

یکی از ویژگی‌های شخصیتی که نقش عمده‌ای در بقای انسان و سلامت روانی او دارد، «سازگاری»<sup>۱</sup> است که کی از معیارهای سلامت روان به حساب می‌آید (ریاحی نسب، ۱۳۹۱). هنگامی که دانش‌آموزان نمی‌توانند به‌طور موفقیت‌آمیز بر بحران‌ها و چالش‌های زندگی غلبه نمایند، پریشانی‌های روان‌شناختی را تجربه خواهند نمود و درگیر اختلال‌های قابل ملاحظه عاطفی، اجتماعی و شناختی می‌شوند (Garber, Keili & Martin, 2002)؛ به نقل از امیری و صادقیان‌سورکی، ۱۳۹۵) که می‌تواند افکار خودکشی را در دانش‌آموزان پی‌ریزی نماید. سازگاری روان‌شناختی<sup>۲</sup> به معنی رضایت از زندگی و نبود علائم بیماری روانی است (موسوی نسب و تقوی، ۱۳۸۵) و به‌عنوان فرآیند انطباق، مقابله و مدیریت مشکلات، چالش‌ها و مطالبات زندگی روزمره تعریف شده است (Simons, Kalichman & Santrock, 1994). به نظر می‌رسد سازگاری روان‌شناختی در افراد دارای افکار خودکشی به دلیل وجود اختلالات شخصیتی، پایین باشد. هر چند شواهد پژوهشی در این زمینه کم است اما نتایج بسیاری از مطالعات گویای فراوانی انواع اختلالات روانی در افراد دارای افکار خودکشی است (برای نمونه: Brailovskaia, Forkmann, Glaesmer & et al, 2019؛ Liu, Qin, Liu, Yuan, Gu & et al, 2018 و خورشیدپناه، ۱۳۹۵؛ ولیخانی و فیروزشاهی، ۱۳۹۴؛ زارع، ناظر و صیادی، ۱۳۸۹). برای این افراد انگیزه خودکشی همان‌رهایی از احساس فشار، خلاص شدن از محیطی که به فرد فشار می‌آورد و نمی‌تواند سازگار گردد، راهی برای نشان دادن نومیدی به دیگران، تلاش برای جلب حمایت دیگران می‌باشد (حبیبی و باقریان سرارودی، ۱۳۹۲)؛ از این نظر افکار خودکشی را می‌توان به عدم توفیق در سازگاری با محیط زندگی نسبت داد. در این راستا نتایج پژوهش امیری و صادقیان‌سورکی (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که افکار خودکشی در دانش‌آموزان ناسازگار بیشتر از دانش‌آموزان عادی است. برجی، فرشادینا، خرمی و قهاری (۱۳۹۸) هم نشان دادند که کاهش طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه، نمره افکار خودکشی کاهش می‌یابد. بنابراین با توجه ارتباط ناسازگاری و افکار خودکشی، انجام

مداخلات جهت تغییر رفتار و افکار در آنان احساس می‌شود. مداخلات مختلفی برای ارتقای سلامت روانی طراحی شده است. در حال حاضر بیش از ۳۰ نظریه روان‌شناختی تغییر رفتار وجود دارد (Stacey, James, Chapman, Courneya, Lubans, 2009) و این مسئله انتخاب مناسب‌ترین آنها را هنگام طراحی مداخلات سخت می‌کند. با این وجود، یکی از مدل‌هایی که امروزه به درک بهتر عوامل مؤثر بر تغییر رفتار کمک شایانی کرده است، رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۱</sup> است این رویکرد علیرغم تأثیر بالای که در تغییر رفتار دارد اما کمتر در حوزه افکار خودکشی و ویژگی‌های آن مورد استفاده قرار گرفته است و این غفلت در پژوهش‌های داخلی مشهود است. در این زمینه تیسمن، بریلووسکیا و مارگراف معتقدند که سلامت روانی مثبت‌گرا<sup>۲</sup> و مکانیزم‌هایی که اثر مثبت این نوع رویکرد درمانی را بر روی افکار خودکشی و اقدام بر خودکشی می‌گذارند، تا حد زیادی ناشناخته است (Teismann, Brailovskaia & Margraf, 2019). یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد که در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر برای ارتقاء بهزیستی، رضایت از زندگی، شادکامی و سلامت روان تدوین و مورد استفاده قرار گرفته، برنامه درمانی مثبت‌گرا<sup>۳</sup> رشید و سلیگمن<sup>۴</sup> است (Rashid & Seligman, 2013). فرم اولیه این برنامه توسط سلیگمن، رشید و پارکز ارائه شد؛ این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به‌عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه: ۱. هیجان‌های مثبت<sup>۵</sup> (لذت زندگی بخش)، ۲. مجذوب شدن<sup>۶</sup> (زندگی جذاب)<sup>۷</sup> و ۳. معنا<sup>۸</sup> (زندگی با معنی)<sup>۹</sup> مربوط به شادکامی در نظریه سلیگمن (۲۰۰۲) را به‌عنوان اساس برنامه‌ای درمانی - آموزشی قرار داده‌اند (Seligman, Rashid & Parks, 2006). همان‌گونه که اکائو، کاسلاس - گرو، ویوس، فونت و بوراس در پژوهش خود نشان دادند، اساس روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این است که انسان‌ها غالباً تمایل

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

ذاتی به رشد، شکوفایی و شادکامی دارند تا در جستجوی راهی برای گریز از نگرانی، بدبختی و اضطراب باشند (Ochao, Casellas - Grau, Vives, Font, & Borrás, 2017). روان‌درمانی مثبت‌گرا با افزایش معنادر زندگی مراجعان به تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد (Rashid, 2008). پژوهش‌های انجام شده پیرامون برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، اثربخشی این برنامه را در تقویت میزان شادکامی، رضایت از زندگی و کاهش علائم افسردگی؛ ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، خوش‌بینی، شادکامی و رضایت از زندگی (Lam- Seligman & et al, 2006؛ Meyer, Johnson, Parks, Iwanski & Penn, 2012؛ Bolier, Haverman, Westerhof, Kahler, 2014؛ bert, Fincham & Stillman, 2012؛ Brodrick, 2012 - Page & Vella, Sergeant & Mongrain, 2014؛ Riper, Smit, 2013؛ خانجانی، ۱۳۹۶؛ حکیمی، طالع‌پسند، رحیمیان و کرن، ۱۳۹۶)؛ کاهش میزان مصرف مواد مخدر و سیگار (Kahler & et al, 2014)؛ افزایش عواطف و هیجان‌های مثبت (Kahler & et al, 2014؛ Lambert & et al, 2012؛ Lü, Wang & Liu, 2013)؛ کاهش اضطراب (قاسم پور، ۱۳۹۸) و تقویت امید به زندگی (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶؛ جلالیان و صادقی، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند.

تقریباً همه صاحب‌نظران با این گفته موافق هستند که متغیرهای فرهنگی در تشخیص و درمان مشکلات خلقی مهم تلقی می‌شود. در حقیقت غفلت از تفاوت‌های فرهنگی در پژوهش‌های بالینی نه تنها یک سوء مدیریت در سیاست‌گذاری‌های پژوهشی است بلکه می‌تواند به سوء تعبیرهای جدی از یافته‌های پژوهشی منجر شود (کجباف، حسینی، قمرانی و رزازیان، ۱۳۹۶). عقاید و ارزش‌ها در جامعه آماری مختلف متفاوت است و در حقیقت انسان‌هایی که در جامعه آماری مختلف رشد می‌کنند نه تنها درباره اشیاء و پدیده‌ها، متفاوت فکر می‌کنند بلکه به نظر می‌رسد نحوه اندیشیدن آنها نیز متفاوت باشد. این موضوع ارتباط مستقیمی با آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات روان‌شناختی دارد (D'Souza & Rodrigo, 2004). گام بعدی در مطالعات رو به رشد حیطه معنویت‌گرایی، دین و علوم رفتاری موضوع لزوم ادغام سازی آموزه‌های دینی اصیل و باورها و اعتقادات بومی مربوط به سلامتی در راهبردهای روان‌درمانی بود (Propst, Ostrom, Watkins, Dean & Mashburn, 1992). بر این اساس مدل‌های مختلف روان‌درمانی و آموزه‌های دینی در جامعه آماری مختلف و مذاهب گوناگون به وجود آمده

است. آکو آکواش معتقد است در دوران معاصر روند ادغام روان‌درمانی با دین در حال گسترش است و درمان مبتنی بر دینی با هدف ایجاد هماهنگی و تعادل در فرد از طریق رابط ذهن و روح انجام می‌شود (Aku Akwash, 2017). نمونه‌هایی از این رویکردهای ادغام سازی معنویت و دین عبارتند از: مدل درمان شناختی رفتاری - مذهبی در درمان اختلال افسردگی (Cole, 1999)، گروه درمانی مبتنی بر معنویت (Cole, 1999)، برنامه روان‌درمانی دینی برای افسردگی و اضطراب (Hoffman, Papas, Chatkoff & Kerns, 2007)، برنامه مداخله روان‌درمانی معنوی تحت عنوان «زندگی خود را از نو بساز» (Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu, Lomax & et al, 2009)، نتایج پژوهشی مربوط به اثر بخشی مدل‌های مذکور، برتری آن بر مدل‌های سکولار که به زمینه و آموزه‌های معنوی توجه ندارند، را نشان داده است (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶). در این رابطه نتایج مطالعات فردریش - کلینگر نشان می‌دهد که نتایج مثبت درمانی از نظر آماری در گروه‌هایی که مذهبی هستند به‌طور قابل توجهی بالاتر از سایر گروه‌ها است و این نتایج نشان می‌دهد که اهمیت و شدت دین‌داری فرد می‌تواند در پاسخ به این سؤال که آیا دین‌داری منبعی برای بهبود نتیجه درمانی است، نقش مهمی ایفا کند (Friedrich - Killinger, 2020). از دیدگاه روان‌درمانی مثبت‌گرا نیز که ارزش زیادی برای فرهنگ جهت روان درمانی و مشاوره قایلند، انسان محصول و ساخته فرهنگ خویش است و باید مشکلات وی با توجه فرهنگش درک و پی‌گیری شود. بنابراین در درمان‌های روانی علاوه بر شرایط بیولوژیکی بیمار باید به اعتقادهای فرهنگی وی توجه ویژه‌ای مبذول شود (Sommers - Flanagan & Sommers - Flanagan, 2004). در دید این دسته از روان درمانگران، اختلالات، آسیب‌ها و سلامت روانی باید توسط فرهنگی که مراجع در آن زندگی می‌کند تعریف و مشخص گردد (Sue, Bingham, Porché - Burke & Vasquez, 1999). این مسئله برای افراد دارای افکار خودکشی مستثنا نیست؛ به‌طوری 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 شاد بودن، مهر و محبت و عشق ورزیدن است. در منابع دینی و فرهنگی غنی اسلام،

به موضوع خوشی، خرسندی و شادمانی عنایت خاص شده است. تعریف و تمجید از مقوله‌های شادی در چهارچوب کاملاً منطقی و دور از افراط و تفریط و کنترل هیجانات اعم از خشم و غضب، شادی و شادمانی از شاهکارهای آیین محمدی (ص) 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 داده و عملی دارای ثواب می‌شمارد و به این ترتیب به شادی عمق بخشیده و آن را درونی و پایدار می‌نماید تا تشنگی انسان را نسبت به این مقوله پاسخگو باشد. از طرفی نیز از شادی‌ها و لذت‌های زودگذر و کاذب به شدت جلوگیری نموده و معتقد است که این گونه شادی‌ها، تنها بخش بسیار کوچک و سهم ناچیزی از شادی‌های واقعی است (خدایی، ۱۳۹۰).

گستره‌ای از مداخلات معنوی در پژوهش‌های مختلف به کار رفته و اثربخشی آنها در اختلالات گوناگون به اثبات رسیده است. از جمله این مداخلات می‌توان به دعا<sup>۱</sup>، اندیشه (معنوی) و مدیتیشن<sup>۲</sup>، خواندن نوشته‌های متون مقدس<sup>۳</sup>، بخشودگی و توبه<sup>۴</sup>، عبادات و مناسک<sup>۵</sup>، همراهی و خدمت<sup>۶</sup>، کسب هدایت معنوی<sup>۷</sup> و آموزش‌های اخلاقی<sup>۸</sup> اشاره کرد (Richards & Bergin, 1990). نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده که مداخلات معنوی می‌تواند در حوزه‌های افسردگی، الکلیسم، اضطراب، اختلالات خوردن (Hook, Worthington, Davis, Jennings, Gartner & et al, 2010)، خشم (Vannoy & Hoyt, 2004)، عدم بخشودگی (Hook & et al, 2010؛ Rye & Pargament, 2002) و رضایت زناشویی (Hook & et al, 2010؛ Worthington, 1998) مؤثر واقع شود. پژوهش‌های مختلفی نیز نشان می‌دهد که تعالیم دینی از طریق منابعی مانند (داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های روانی - اجتماعی و...) به افراد کمک

1. Prayer
2. Contemplation and Meditation-
3. Reading Sacred Writing
4. Forgiveness and Repentance
5. Worship & Ritual
6. Fellowship and Service
7. Seeking Spiritual Direction
8. Moral Instruction

می‌کند تا با کنترل فشارهای هیجانی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (حسینی، ۱۳۸۷). رشیدزاده (۱۳۹۹) طی پژوهشی نشان داد که آموزش مبتنی بر معنویت و آموزه‌های دین اسلام بر کاهش اضطراب تحصیلی و نیز افزایش تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان اثرگذار بوده است. مهربان، خلیل زاده، احمدبوکانی و اسمری برده زرد (۱۳۹۸) دریافتند که روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی در کاهش نشخوار فکر مؤثر است نتایج پژوهش رشیدزاده، بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد و میرنسب (۱۳۹۸) حاکی از آن است که آموزش مثبت‌نگری با تکیه بر آموزه‌های دینی در سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری مؤثر است. امینی، قاسملو و شریعتمدار (۱۳۹۸) اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر امید کودکان مثبت ارزیابی کرده‌اند. باقری، اسمعیل چگنی و مه‌نگار (۱۳۹۴) نشان دادند که روان‌درمانی معنوی - مذهبی، بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر است. خدایاری فرد، یونسی، اکبری، فقیهی و به پژوه (۱۳۸۸) نیز نشان دادند که آموزش روان‌درمانی شناختی - رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی منجر به کاهش ناسازگاری روان‌شناختی شده است. نتایج پژوهش مهدی‌پور، بهشتی، شفیع‌آبادی و دلاور (۱۳۹۷) نیز نشان می‌دهد آموزش گروهی روان‌شناسی مثبت‌گرای سلیگمن و رویکرد اسلامی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی بر افزایش شادکامی مؤثر است. خدابخشی کولایی، حیدری و زنگنه‌مطلق (۱۳۹۷) و فولادچنگ و مرحمتی (۱۳۹۶) هم نشان دادند درمان گروهی ترکیبی دعا و روان‌شناسی مثبت می‌تواند در افزایش معناجویی و کاهش اضطراب مرگ مفید باشد. از آنجایی که اضطراب، استرس و افسردگی عامل و شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مانع‌گرایش افراد به خودکشی است؛ بنابراین طبق شواهد فوق احتمال می‌رود روان‌درمانی مثبت‌گرا توأم با رویکرد دینی در کاهش رفتارهای پرخطر و بهبود سازگاری روان‌شناختی افراد دارای افکار خودکشی نیز مؤثر باشد.

پدیده خودکشی به‌عنوان یک ناهنجاری اجتماعی و روان‌شناختی در ایران شیوع دارد و 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 زنونزبان، ۱۳۹۸). 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 بوجود آید سلامت روان نوجوانان به 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 (امیری نژاد، قدسی، جمشیدزاده و محمدیان، ۱۳۹۸). در این بین هر چند آمار دقیقی از خودکشی و فکر خودکشی در بین دانش‌آموزان شهر خلخال وجود ندارد اما 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 را می‌توان به عدم توفیق در سازگاری با محیط زندگی نسبت داد. بنابراین تشخیص زودهنگام افکار خودکشی و بهبود سازگاری این افراد بسیار ضروری است. بنابراین با توجه به مسائل مطرح شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که «روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر بهبود سازگاری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال» اثربخشی دارد؟

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال در سال تحصیلی ۹۹ - ۱۳۹۸ به تعداد ۱۸۰۰ نفر بود. به‌طورکلی، از برخی مطالعات و بررسی‌ها چنین بر می‌آید که حجم نمونه تحقیقات از نوع بررسی روابط علت - معلولی و تجربی وجود حداقل ۱۵ نفر در هر گروه برای مقایسه را کافی می‌داند (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز، ۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر هم به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد ( $n=15$ ). روش نمونه‌گیری در این پژوهش خوشه‌ای چندمرحله‌ای است. با توجه به اینکه پژوهش مورد نظر بر روی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی انجام می‌گیرد پرسش‌نامه

افکار خودکشی در بین کلیه دانش‌آموزان این ۹ مدرسه توزیع و پس از محاسبه نمرات افکار خودکشی، ۹۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای افکار خودکشی بوده (از بین افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس افکار خودکشی بک یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود) و حائز شرایط لازم برای ورود به گروه‌های این تحقیق بودند و در ضمن حاضر به همکاری داوطلبانه بودند انتخاب گردید. سپس پرسش‌نامه‌های سازگاری روان‌شناختی در بین این دانش‌آموزان توزیع گردید. از بین این تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که در این آزمون نمره پایین‌تر از برش پرسش‌نامه به دست آوردند به طور تصادفی به عنوان نمونه نهایی انتخاب و ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل تعیین شدند.

■ **ملاک‌های ورود:** رضایت آگاهانه، کسب نمره ۳۸-۲۰ در مقیاس افکار خودکشی و نمره پایین‌تر از نقطه برش پرسش‌نامه در مقیاس سازگاری روان‌شناختی، 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 و یا روانی.

## ابزار جمع‌آوری اطلاعات

مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI<sup>۱</sup>): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ گویه است که در سال ۱۹۹۱ توسط بک و استر<sup>۲</sup> ساخته شده است. این مقیاس به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. در این مقیاس هر گویه دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسش‌نامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر گویه صفر تا ۲ می‌باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵- ۰ عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹- ۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸- ۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ (همسانی

درونی) و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب بین  $0/89$  تا  $0/96$  و  $0/83$  بوده است (Beck & Steer, 1991). همسانی درونی این آزمون  $0/89$  و پایایی بین آزماینده<sup>۱</sup> آن  $0/83$  می‌باشد (Danitz, 2001). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی، معادل  $r=0/69$  در سطح خطای کمتر از  $0/01$  به دست آمده است (Ducher & Dalery, 2004). این مقیاس در ایران توسط انیسی، فتحی آشتیانی، سلطانی نژاد و امیری (۱۳۸۵) اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ  $0/95$  و روایی همزمان آن با مقیاس افسردگی پرسش‌نامه سلامت عمومی  $0/76$  گزارش شده است. بشرپور و صمدی‌فرد (۱۳۹۷) پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ  $0/81$  برآورد کرده‌اند.

**سیاهه سازگاری بل (۱۹۶۱) (BAL<sup>۲</sup>):** پرسش‌نامه سازگاری در سال ۱۹۶۱ توسط پروفسور بل تدوین شد. وی در زمینه سازگاری دو پرسش‌نامه ارائه کرده است که کی مربوط به دانش‌آموزان و دانشجویان و دیگری برای بزرگسالان. این پرسش‌نامه به عنوان کمک به مشاوره با بزرگسالانی که مسایل شخصی خود را در موارد مندرج در آزمون مطرح می‌کنند موفقیت آمیز بوده است و در مورد هر دو جنس زن و مرد کاربرد دارد. در این پژوهش از پرسش‌نامه دانش‌آموزان و دانشجویان استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۶۰ سؤال بوده که هر سؤال از سه گزینه «بلی»، «خیر» و «نمی‌دانم» تشکیل شده است. نمره کل به دست آمده را می‌توان جهت نشان دادن موقعیت عمومی سازگاری به کاربرد (Bell, 1961). پایایی کل سیاهه توسط بل  $0/94$  برآورد شده است (Bell, 1961). این پرسش‌نامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل  $0/89$  به دست آمد (به نقل از نیکنام، غباری‌بناب و حسن‌زاده، ۱۳۹۶).

### ابزار مداخله: بسته روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر آموزه‌های دینی

این بسته ترکیبی از دستورالعمل سلیگمن، آستین، پارک و پترسون (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005) و آموزه‌های دینی بر اساس کتاب اصول

1. interrater reliability
2. Bell Adjustmebt Inventory

و مهارت‌های شادکامی مبتنی بر قرآن و روایات (اخوت و فیاض، ۱۳۹۸) و کتاب الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا (پسندیده، ۱۳۹۵) می‌باشد. در دستورالعمل سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) برنامه مثبت‌نگر دارای سه مؤلفه:

۱. هیجان‌های مثبت (لذت زندگی بخش)، ۲. مجذوب شدن (زندگی جذاب) و ۳. معنا (زندگی با معنی) برای شادکامی می‌باشد. از طرفی دیگر، ساختار احساس شادکامی در این دو اثر از دو جزء اساسی «رضامندی» از تقدیر و «نشاط» تشکیل می‌شوند. رضامندی 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 و همکاران (Seligman & et al, 2005) با آموزه‌هایی همچون شکر، صبر، یاد خدا، توکل، اطاعت از فرامین خداوند و اجتناب از انجام معصیت برای دستیابی به شادکامی واقعی ارائه گردید. پس از اتمام تدوین بسته درمانی، جهت 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» درجه بندی گردید. ضریب توافقی لاوشه<sup>۱</sup> (CVR<sup>۲</sup>) 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 درمانی دریافت نکرد. خلاصه بسته روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر آموزه‌های دینی و شرح جلسات بدین قرارند:

■ **جلسه اول:** آماده‌سازی و تعیین هدف و انجام پیش‌آزمون: معارفه، آشنایی اعضا با دوره درمانی و مقررات جلسه، ارائه توضیحات در مورد اهداف و تکمیل پرسش‌نامه‌های سازگاری روان‌شناختی.

■ **جلسه دوم:** شناسایی توانمندی‌ها و ایجاد هیجان مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی با ذکر نعمت‌ها و لذت بردن از زمان حال و وقایع خوب: صحبت

1. Lawshe  
2. Content Validity Ratio

درباره نحوه استفاده از نقاط قوت در زندگی روزانه، درخواست یادداشت سه نعمت خداوند و سه رویداد مثبت در زندگی و بیان دلایل آن شب قبل از خواب.

■ **جلسه سوم:** تکنیک سپاسگزاری به منظور ارتقای افکار، احساسات و رفتارهای مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی: بحث و گفتگو در مورد فواید سپاسگزاری از خدا و بندگان خدا، و درخواست نوشتن نامه سپاسگزاری به فردی که اقدام مثبتی انجام داده است.

■ **جلسه 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.

■ **جلسه پنجم:** سبک پاسخ‌دهی و بهبود روابط مبتنی بر آموزه‌های دینی: بحث و گفتگو در مورد 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.

■ **جلسه ششم:** افزایش امید، شادکامی و مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های دینی: توصیه در مورد اهمیت و توصیه‌های خداوند در مورد زندگی دنیوی و پرهیز از آسیب رساندن به خود، شاد بودن به رحمت‌های خداوند، ارائه الگوهایی که امید، شادکامی و مثبت‌نگری به زندگیشان غنا بخشیده، بحث گروهی در مورد این نمونه‌ها و نوشتن نمونه ای از موارد مشابه.

■ **جلسه هفتم:** هدف و هدف‌گذاری مبتنی بر آموزه‌های دینی: تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان 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 مورد نظر.

■ **جلسه هشتم:** چهارچوب دمی مجدد زندگی و معنادهی به زندگی مبتنی بر آموزه‌های دینی: توضیح درخصوص تلاش و کوشش، توکل و دعا و ذکر خدا در جهت معنادهی به زندگی درخواست نوشتن متنی درخصوص معنای زندگی و خواندن آن در جلسه بعد.

■ **جلسه نهم:** افزایش هیجان‌های مثبت مبتنی بر آموزه‌های دینی و مروری بر مطالب جلسات قبل: گفتگو دربارهٔ مثبت‌اندیشی در اسلام و روش‌های آن و انتخاب یک تمرین مورد علاقه از تمرین‌های ارائه شده در جلسات قبل و بحث در آن زمینه.

■ **جلسه دهم:** جمع‌بندی و پس‌آزمون: جمع‌بندی جلسات، صحبت در مورد تخلیه احساسات و فراخوانی آنها، دادن هدیه و تکمیل پرسش‌نامه‌های سازگاری روان‌شناختی (پس‌آزمون).

**روش اجرا و تحلیل:** بعد از انتخاب گروه نهایی، دستورالعمل تهیه شده توسط محقق و با همکاری یکی از اساتید روان‌شناسی و روحانی مدرسه اجرا گردید. ابتدا 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 به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسش‌نامه محرمانه است و نتایج به صورت گروهی و بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان تحلیل می‌شوند. در این پژوهش شرکت‌کنندگان دو گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه سازگاری روان‌شناختی را تکمیل و سپس تنها برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه دو ساعته و هفته‌ای یک جلسه مداخله ارائه شد. بعد از اتمام جلسات، مجدد هر دو گروه پرسش‌نامه سازگاری روان‌شناختی را در مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره در برنامه SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیر پژوهش را در بین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سازگاری روان‌شناختی در بین گروه‌ها

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
سازگاری روان‌شناختی	کنترل	پیش‌آزمون	۷۶/۵۳	۶/۲
		پس‌آزمون	۷۶/۴۶	۸/۴۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۷/۹۳	۶/۵۴
		پس‌آزمون	۹۰/۳۳	۸/۰۲

مطابق با اطلاعات من‌درج در جدول (۱)، برای نمرات سازگاری روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون برای گروه آزمایش تغییرات زیاد و برای گروه کنترل تغییرات جزئی مشاهده می‌شود.

برای آزمون اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سازگاری روان‌شناختی از روش تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی به شرح ذیل است.

**توزیع نرمال داده‌ها:** با توجه به نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنف، داده‌ها دارای توزیع نرمال بودند.

**همگنی واریانس‌ها:** آزمون لوین محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست ( $p < 0/05$ ) و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت تعیین همگنی واریانس‌ها

مرحله	متغیر	لوین F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	معنی‌داری
پس‌آزمون	سازگاری روان‌شناختی	۰/۰۹۵	۱	۲۸	۰/۷۶۰

1. homogeneity of variance

**همگنی شیب‌های رگرسیون (محاسبه F همگنی شیب‌های رگرسیون):** جدول زیر نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیونی بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون سازگاری روان‌شناختی) و وابسته (پس‌آزمون سازگاری روان‌شناختی) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد.

**جدول ۳. نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته در سطوح عامل**

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
سازگاری روان‌شناختی	گروه* پیش‌آزمون	۱۹۸/۳۲۷	۲	۹۹/۱۶۳	۱/۵۰۵	۰/۲۴۱	۰/۱۰۴	۰/۲۹۱

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) معنی‌دار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ). بنابراین فرض همگنی رگرسیون در خصوص نمرات سازگاری روان‌شناختی رعایت شده است.

از آن‌جا که مفروضه‌های توزیع نرمال داده‌ها، همگنی واریانس‌های دو گروه و همگنی شیب‌های رگرسیون (جدول ۴) رعایت شده است لذا تحلیل کواریانس تک متغیره اجرا گردید.

**جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون برای سازگاری روان‌شناختی**

متغیر	مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
سازگاری روان‌شناختی	پیش‌آزمون		۷۹/۳۵۶	۱	۷۹/۳۵۶	۱/۱۷۰	۰/۲۸۹	۰/۰۴۲	۰/۱۸۱
	پس‌آزمون	گروه	۱۳۴۸/۸۶۹	۱	۱۳۴۸/۸۶۹	۱۹/۸۸۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۰/۹۹۰
		خطا	۱۸۳۱/۷۱	۲۷	۶۷/۸۴۱				

چنانچه مشاهده می‌شود بین نمرات پس‌آزمون سازگاری روان‌شناختی آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ( $F=19/883$ ,  $P=0/000$ ,  $\eta^2=0/424$ ) گروه آزمایش و کنترل بعد از حذف اثر پیش تغییرات مربوط به سازگاری روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون به واسطه دریافت مداخله تبیین می‌شود. در ادامه آزمون مقایسه زوجی LSD بررسی شد که نتایج در جدول (۵) آورده شده‌اند.

جدول ۵. نتایج آزمون مقایسه زوجی LSD برای میانگین تعدیل شده گروه‌ها  
در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی
						حد بالا      حد پایین
سازگاری روان‌شناختی	کنترل	آزمایش	-۱۳/۴۹۷*	۳/۰۲۷	۰/۰۰۰	-۷/۲۸۶      -۱۹/۷۰۸
	آزمایش	کنترل	۱۳/۴۹۷*	۳/۰۲۷	۰/۰۰۰	۱۹/۷۰۸      ۷/۲۸۶

\* تفاوت میانگین معنادار است در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمره دو گروه در سازگاری روان‌شناختی  $-13/497$  به دست آمده است که این مقادیر از نظر آماری نیز تأیید شده است ( $P<0/01$ ). این مسأله بدین معنی است که نمره سازگاری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. به عبارتی، می‌توان گفت دریافت مداخله به‌طور معنی‌داری موجب افزایش سازگاری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. بنابراین ارائه روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر آموزه‌های دینی در ارتقای سازگاری روان‌شناختی تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر بهبود سازگاری روان‌شناختی و در بین دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مقطع

متوسطه دوره دوم شهر خلخال اثر مثبت دارد و این بدین معنی است که دانش‌آموزانی که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی را دریافت کردند (گروه آزمایش) در مقایسه با دانش‌آموزانی که از این درمان بی‌بهره ماندند (گروه کنترل)، سازگاری روان‌شناختی آنان بهبود پیدا کرده است. بنابراین عضویت در گروه آزمایش و دریافت روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی توانسته است سازگاری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی را به شکل قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. در راستای نتایج به دست آمده، در مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌گرا بر بهبود وضعیت روانی و عملکردی در گروه‌های مختلف پرداخته شده و با توجه به مباحث روان‌شناسی مثبت‌نگر پژوهشگران زیادی به بررسی تأثیر مداخلات این رویکرد بر بعضی از حالت‌های روان‌شناختی مثبت پرداخته‌اند (Mora & et al, 2013-Hernandez, Lopez-Gracida, Enriquez-Gonzalez, Ehrenzweig, Sanchez-Romo) اثر مداخلات روان‌شناختی مثبت در افزایش شادی و بهزیستی روان‌شناختی و افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان (Dawood, 2014)، و در بهبود سلامت روان و پرورش بهزیستی روان، کاهش اضطراب و استرس نوجوانان مؤثر بود. پژوهش ماری، توماس، باربارا و پیرسون (Marie, Thomas, Barbara & Pherson, 2011) نشان داد آموزش روان‌شناسی مثبت بر مبنای یادگیری تیمی (گروهی) موجب تمرین بسیاری از ارزش‌های روان‌شناسی مثبت از جمله: گشودگی، مهربانی، صداقت، همکاری می‌شود. لیوبومرسکی و لایوس در کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناسی (Lyubomirsky & Layous, 2013)، ریترو و ویلز کاهش خلق افسردگی و افزایش حالت‌های مثبت و بهزیستی در نوجوانان (Reiter & Wilz, 2015)؛ بولیر و همکاران در بهزیستی جسمی و روانی و کمک به کاهش نشانگان افسردگی (Bolier & et al, 2013)؛ بانوس و همکاران در افزایش خلق و خوی مثبت (Banos, Etchemendy, Farfallini, Palaciosbd, 2014)؛ کنون، شلدون و لیوبومرسکی افزایش احساسات و خلق مثبت (A Querobd & et al, 2014)، کنون، شلدون و لیوبومرسکی افزایش احساسات و خلق مثبت (Kennon, Sheldon & Lyubomirsky, 2007)، اثربخش یافتند. پیترز و همکاران دستکاری تفکر مثبت را بر عاطفه مثبت و امید (Peters & et al, 2010)، اکنل، اوشیا و گالاگر مداخلات روان‌شناسی مثبت را بر افزایش روابط اجتماعی و رضایت از آن (O'Connell, O'Shea & Gallagher, 2015)؛ آلبرتو و جوینر کاهش نگرش ناکارآمد

(Alberto & Joyner, 2010)؛ کاهش کمرویی نوجوانان براتی سده (۱۳۸۸)؛ افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی، نافرستی، روشن، فتی، حسن‌آبادی، پسندیده و همکاران، ۱۳۹۴) مؤثر یافتند. داوود در بررسی تحلیلی خود در مورد اثرگذاری روان‌شناسی مثبت‌گرا در مدارس به این یافته رسید که کاربرد این رویکرد در مدارس به ارتقا صفات مثبت و بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود (Dawood, 2014). یی‌هو و همکاران در بررسی خود به این نتایج رسیدند که خوش‌بینی ارتباط مثبت با رضایت از جنبه‌های خاص زندگی و ارتباط منفی با مشکلات روان‌شناختی نوجوانان دارد (Yee Ho, Cheung & Cheung, 2010). علاوه بر این، در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر حالات روان‌شناختی مثبت پرداخته شد که نتایج به‌دست آمده گویای آن بودند که این آموزش موجب بهبود و تقویت توکل به خدا، خوش‌بینی، خودکارآمدی، وظیفه‌شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، رضایت از زندگی، زندگی معنادار، خلق مثبت و شادمانی، اجتماعی بودن، عزت‌نفس و احساس ارزشمندی، احساس آرامش، قدردانی و بخشش می‌شود (Bolier & et al, 2013). هر چند در این زمینه پژوهش متناظری وجود ندارد با این وجود، خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) دریافتند آموزش روان‌درمانی شناختی-رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی منجر به کاهش ناسازگاری روان‌شناختی شده است. همچنین مطالعات زیادی نشان داده‌اند که روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی اثر مثبتی در کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری تحصیلی (رشیدزاده، ۱۳۹۹)؛ کاهش نشخوار فکری (مهربان و همکاران، ۱۳۹۸)؛ بهبود سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری (رشیدزاده و همکاران، ۱۳۹۸)، افزایش شادکامی (مهدی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷) و کاهش استرس، اضطراب و افسردگی (باقری و همکاران، ۱۳۹۴) دارد که به نوعی نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که ارائه آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرای دینی به دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی باعث ایجاد خوش‌بینی نسبت به خانواده، جامعه، جسم و تن و مدرسه شده و از طریق علائم سازگاری را در این گروه از دانش‌آموزان بهبود بخشیده است. از سوی دیگر، توجه روان‌شناسی مثبت‌نگر به نگرش و تفکر مثبت، توسعه احساسات مثبت (Sin & Lyubomirsky, 2009)، توجه به نقاط قوت و پرورش استعدادها (Reeve, 2005؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۷)، تأکید

بر افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی است (Rashid & Seligman, 2013). از آنجا که مثبت‌نگری شیوه نوینی در حوزه روان‌شناسی است؛ قرآن و آموزه‌های دینی قبل از این، بهترین شیوه را برای سعادت بشر تبیین نموده است. با توجه به گام‌های درمانی صورت گرفته در این پژوهش، انجام تکنیک‌ها و گام‌های مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های قرآنی، باعث زیبا دیدن مجموعه هستی و حتی زشتی‌ها شده است. این امر نیز باعث استفاده کردن از تمام ظرفیت‌های مثبت ذهنی نشاط انگیز و امیدوارکننده در زندگی، برای تسلیم نشدن در برابر عوامل منفی ساخته ذهن و ناامید نشدن از دشواری‌های ناشی از دوران بلوغ و مشکلات روان‌شناختی همراه آن شده است. در پایان آزمودنی‌ها به این نگرش رسیدند که تصور خوبی از خود داشته باشند، نه آنکه همواره خود را سرزنش کنند و تعادل درونی مثبت خود و آرامش خود را از دست بدهند در حالی که به گفته قرآن این مسائل همه مشیت الهی است. در نتیجه فرد احساس سازگاری بیشتری با محیط زندگی به دست می‌آورد. در آموزه‌های اسلامی که فضای کلی آن‌ها مثبت‌انگاری است تأکید زیادی بر امید به رحمت بی‌پایان خداوند می‌شود (جوادی آملی، ۱۳۸۹)؛ این امر باعث گردید که آزمودنی‌ها با برخورداری از امید بسیار زیاد و دیدن دیگر جنبه‌های مفید زندگیشان، خوش‌بینی خود را به زندگی افزایش دهند و در نتیجه میزان نگرانی و افکار منفی پی‌درپی نظیر افکار خودکشی که به شکل وسواسی از ذهن آن‌ها می‌گذشت، رفع شود. آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام به دانش‌آموزان کمک کرد تا از طریق 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 نموده و چشم‌انداز خوش‌بینانه‌تری به آینده خود داشته باشند (Fahimi & Tarkhan, 2016). در نتیجه این افراد با خوش‌بینی، انتظار کمک و دستگیری در شرایط سخت تحصیلی و زندگی از خدا و از روش‌های مقابله دعا و امید استفاده می‌کنند و رخدادهای در ارتباط با خدا مثبت ارزیابی می‌کنند و به خواست خداوند رضا می‌دهند. پژوهشگران حوزه پیشگیری هم بر این باور هستند که پیشگیری، تأکید بر توانمندسازی است؛ نه اصلاح ضعف‌ها؛ بنابراین، توانمندی انسان از او در برابر بیماری‌های جسمی و روانی محافظت می‌کند. این فرایند در مورد افراد دارای افکار خودکشی از اهمیت خاصی

برخوردار است و می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد؛ زیرا این افراد با یک افکار مزمن و ناتوان‌کننده مواجه هستند که تمام جوانب زندگی آنها را متأثر می‌سازد و مستلزم این می‌باشد که به ابزار و راهبردهای مقابله‌ای مؤثری برای کاهش ناسازگاری‌های احتمالی مجهز گردند. بنابراین نظریه روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی دارای زیربنای قوی است که کی از آن‌ها نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت و بالندگی است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که در بستر فرهنگی جامعه ایرانی، استفاده از روان‌درمانی مثبت‌گرا توأم با آموزه‌های دین اسلام می‌تواند اثربخش‌تر باشد. در این رابطه نتایج مطالعات فردریش - کلینگر (Killinger, 2020 - Friedrich) نشان می‌دهد که نتایج مثبت درمانی از نظر آماری در گروه‌هایی که مذهبی هستند به‌طور قابل توجهی بالاتر از سایر گروه‌ها است و این نتایج نشان می‌دهد که اهمیت و شدت دین‌داری فرد می‌تواند در پاسخ به این سؤال که آیا دین‌داری منبعی برای بهبود نتیجه درمانی است، نقش مهمی ایفا کند.

در مجموع می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی با پیشینه نظری و پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در بهبود سازگاری روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه مداخله‌ای مؤثر در درمان این نوع از دانش‌آموزان استفاده کرد. این یافته‌ها دارای تلویحات کاربردی در زمینه بهبود سازگاری روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی می‌باشند. با بررسی نتایج این مطالعه می‌توان مداخله ارائه شده در این پژوهش را بر روی این گروه از دانش‌آموزان در مدارس اجرا کرد. همچنین به دلیل ماهیت فرهنگ ایرانی - اسلامی حاکم بر جامعه و لزوم بومی سازی مفاهیم روان‌شناسی مثبت‌گرا، به نظر می‌رسد کاربرد روش‌های روان‌درمانی ترکیبی، می‌تواند به افزایش سازگاری روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی کمک شایانی کند. از این رو، به کاربرد این گونه مداخله‌ها به متخصصان بهداشت روان در مدارس توصیه می‌شود. علاوه بر این، با توجه به رویکرد غالب این برنامه در ایجاد هیجان‌های مثبت و افزایش و ارتقاء آگاهی افراد نسبت به توانمندی‌های خود، هم موجب افزایش میزان رضایت از زندگی و خوش‌بینی در افراد می‌شود و هم با افزایش هیجان‌های مثبت و منابع روان‌شناختی افراد از بروز مشکلات مختلف روانی و اجتماعی نظیر ناسازگاری پیشگیری می‌نماید که از آن

می‌توان در مدارس به‌منظور ایمن‌سازی روانی دانش‌آموزان در برابر مشکلات مختلف روانی و اجتماعی استفاده نمود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به‌رو بود. برای نمونه در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه خودگزارشی استفاده شده است و ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد و همچنین کنترل دقیق بعضی از متغیرها مانند وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها، امکانات آموزشی و تربیتی، عدم سنجش وضعیت عاطفی و روانی آزمودنی‌ها به‌هنگام پاسخگویی به سؤالات میسر نبوده است که می‌توانست در نتایج تحقیق مؤثر باشد و جامعه آماری این تحقیق فقط دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر خلخال را در بر گرفته است که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از جامعیت پایینی برخوردار بوده است و باید تعمیم نتایج آن با احتیاط صورت گیرد در این رابطه استفاده از مصاحبه کیفی به‌جای پرسش‌نامه، کنترل برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی و خانوادگی و تکرار پژوهش در سایر سطوح تحصیلی جهت بالا بردن قدرت تعمیم‌پذیری نتایج می‌تواند مفید و مؤثر واقع گردد.

## تشکر و قدردانی

از مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی مرکز خوی به‌خاطر حمایت معنوی و همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

- اخوت، احمدرضا و فیاض، فاطمه. (۱۳۹۸). *اصول و مهارت‌های شادکامی مبتنی بر قرآن و روایات*، تهران، انتشارات قرآن و اهل بین نبوت علیهم السلام، مدرسه دانشجویی قرآن و عترت دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی؛ دلیر، مجتبی و صادقی، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان، *روانشناسی سلامت*، ۶(۴)، ۱۹۵-۱۸۰.
- امیری‌نژاد، علی؛ قدسی، میثم؛ جمشیدزاده، فرخ‌لقا و محمدیان، فتح‌اله. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت کنترل خلق منفی بر افکار خودکشی، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر ایلام، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۷(۶)، ۹۵-۸۸.
- امیری، هومان و صادقیان‌سورکی، آسره. (۱۳۹۵). مقایسه افکار خودکشی و هوش معنوی دانش‌آموزان ناسازگار و عادی شهر لردگان، دومین همایش ملی روان‌شناسی مدرسه، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، ۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۵.
- امینی، آرزو؛ قاسملو، مریم و شریعتمدار، آسیا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر امید کودکان، *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۴(۴)، ۳۶-۷.
- انیسی، جعفر؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ سلطانی‌نژاد، عبدالله؛ امیری، ماندانا. (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. *مجله طب نظامی*، ۲۸(۲)، ۱۱۸-۱۱۳.
- باختر، مرضیه و رضائیان، محسن. (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*؛ ۱۵(۱۱)، ۱۰۶۱-۱۰۷۶.
- باقری، مرضیه؛ اسمعیل چگینی، مهری و مہنگار، فرشاد. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی معنوی مذهبی، بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معناتد شهر ایلام، *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۳(۱)، ۲۴-۱۹.
- براتی سده، فرید. (۱۳۸۸). اثر بخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام. *پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی*، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی طباطبایی تهران.
- برجی، میترا؛ فرشادانی، الهه؛ خرمی، زهرا و قهاری، شهربانو. (۱۳۹۸). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس معناداری زندگی و طرح واره‌های ناسازگارانه اولیه در دانشجویان، *مجله سلامت اجتماعی*، ۶(۲)، ۲۰۷-۱۹۶.
- بشرپور، سجاد و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۷). افکار خودکشی در دانش‌آموزان پسر: نقش خودپنداره، عزت‌نفس و سلامت اجتماعی، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۱، ۱۶-۱.
- پسندیده، عباس. (۱۳۹۵). *الگوی اسلامی شادکامی*، قم، انتشارات دارالحديث.
- جلالیان، امیرمحمد و صادقی، احسان. (۱۳۹۸). بررسی روش‌های تقویت امید به زندگی در نوجوانان بر اساس نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر، پنجمین همایش ملی تازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان.
- جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۹). *تفسیر موضوعی قرآن کریم*، قم: اسراء.
- حبیبی، مجتبی و باقریان سرارودی، رضا. (۱۳۹۲). پیامدهای روان‌شناختی درد مزمن: با تأکید بر افکار خودکشی گرا و مداخلات روان‌شناختی، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۳۱۹-۳۰۶.
- حسینی، ابوالقاسم. (۱۳۸۷). *اصول بهداشت روانی: بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه ریزی در مکتب اسلام*، تهران، انتشارات به نشر (انتشارات آستان قدس رضوی).
- حشمتی جدا، آرزو؛ خاکپور، ساحل؛ کوثری، زهرا، محمدی، مجید و زنوزیان، سعیده. (۱۳۹۸). شیوع خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۴۳-۳۵.
- حکیمی، ثریا؛ طالع‌پسند، سیاوش؛ رحیمیان، اسحاق و کرن، مارگارت ل. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی، بهزیستی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در دروس ریاضیات و علوم تجربی، *فصل‌نامه مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۲۸، ۸۲-۴۹.
- خانجانی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی، خوشبینی و عواطف مثبت در دانشجویان *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲۷)، ۱۵۹-۱۳۷.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ حیدری، فاطمه و زنگنه‌مطلق، فیروزه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی ترکیبی دعا و

روان‌شناسی مثبت‌گرا بر معناجویی و اضطراب مرگ در سالمندان زن معلول جسمی حرکتی، پژوهش در دین و سلامت، ۴(۲)، ۲۸ - ۱۶

خدایاری‌فرد، محمد؛ یونس، سیدجلال؛ اکبری، سعید؛ فقیهی، علی‌نقی و به‌پژوه، احمد. (۱۳۸۸). اثر بخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان‌شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر، پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۳(۲)، صص ۶۷ - ۵۵

خدایی، زبیده. (۱۳۹۰). *خدا یا چگونه شاد باشم؟* قم، انتشارات قلم زنان، چاپ هشتم  
رشیدزاده، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش برنامه مبتنی بر معنویت و آموزه‌های اسلامی بر اضطراب و تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان، مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۱(۵)، ۳۴ - ۷

رشیدزاده، عبدالله؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و میرنسب، میرنسب. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تکیه بر آموزه‌های دینی در سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم، فصل‌نامه زن و مطالعات خانواده، ۱۲(۴۳)، ۸۳ - ۵۹

ریاحی نسب، صفورا. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های تحصیلی شغلی بر سازگاری اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه آموزش و پرورش کوهپایه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان  
ریو، جان مارشال. (۲۰۰۵). *انگیزش و هیجان*، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۷)، تهران، نشر ویرایش

زارع، حسین؛ ناظر، محمد و صیادی، احمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع)، رفسنجان در سال ۱۳۸۶، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۹(۳)، ۲۳۲ - ۲۲۱

فولادچنگ، محبوبه، مرحمتی، زهرا. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی از نظر اسلام و روان‌شناسی بر بهزیستی روان‌شناختی، مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۲(۲)، ۹۱ - ۱۱۲

قاسم‌پور، رویا. (۱۳۹۸). رابطه اثر بخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر ارتقا خودپنداره مثبت ریاضی و کاهش اضطراب ریاضی دانش‌آموزان دختر نوجوان مقطع متوسطه دوم رشته علوم تجربی شهرستان پارسیان استان هرمزگان، پنجمین همایش ملی تازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان

کجباف، محمدباقر؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر و رزازیان، نازنین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی، روان‌شناسی بالینی، ۹(۱)، ۳۸ - ۲۱

گنجی، حمزه. (۱۳۹۳). *بهداشت روان*، تهران: ارسباران، چاپ پانزدهم  
مهدی‌پور، ربابه؛ بهشتی، سعید؛ شفیق‌آبادی، عبدالله و دلاور، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی روان‌شناسی مثبت‌گرای سلگمن و رویکرد اسلامی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی بر افزایش شادکامی زنان شاغل متأهل، پژوهش‌های مشاوره، ۷(۶۶)، ۵۷ - ۳۲

مهربان، شفیق؛ خلیل‌زاده، نورالله؛ احمدبوکانی، سلیمان و اسمری برده زرد، یوسف. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی، بر نشخوار فکری زنان ناباور، مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۲)، ۶ - ۱

موسوی نسب، سیدمحمد و تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۵). خوش‌بینی بدبینی و راهبردهای کنار آمدن: پیش‌بینی سازگاری روان‌شناختی در نوجوانان، فصل‌نامه‌اندیشه و رفتار، ۱۲(۴)، ۳۸۹ - ۳۸۰

نادری، عزت‌الله و سیف‌نراقی، مریم. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی، تهران: ارسباران.

نوفستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی، مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه، پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۱(۱)، ۱۸ - ۱

نیکنام، کریم؛ غباری‌بناب، باقر و حسن‌زاده، سعید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش حل مسئله خلاقانه بر رضایت از زندگی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر تیزهوش، نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۴(۸)، ۱۱۹ - ۱۰۵

ولیعانی، احمد و فیروزشاهی، علی. (۱۳۹۴). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس مؤلفه‌های شخصیت مرزی و اسکیزوتایپی در دانشجویان علوم پزشکی، *مجله‌اندیشه و رفتار (مجله روان‌شناسی بالینی)*، ۱۰(۳۷)، ۶۶ - ۵۷

یعقوبی، حسن و خورشید پناه، فرزاد. (۱۳۹۵). ویژگی‌های شخصیتی افراد اقدام‌کننده به خودکشی، کنفرانس ملی دانش و فناوری روان‌شناسی، علوم تربیتی و جامع روان‌شناسی ایران، تهران، مؤسسه برگزارکننده همایش‌های توسعه محور دانش و فناوری سام ایرانیان

Aku Akwash, F. B. (2017). Psychotherapy and Religion, *International Journal For Psychotherapy In Africa*, 2(1), 94-115

Alberto, J. & Joyner, B. (2010). Hope, optimism, and self care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, 2(14):212- 217.

Arun P, Garg R & Chavan B.S. (2017). Stress and suicidal ideation among adolescents having academic difficulty, *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 64-70

Banos, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., Palaciosbd, A. G., Querobd, S., & Botella, C.(2014). EARTH of Well Being System: A pilot study of an Information and Communication Technology based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 9(6):482- 488. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.927906>

Beck, A. T., and Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bell, H.M. (1961). *The Adjustment Inventory, Consulting Psychologist* , INC. Palo Alto, California

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13:119. doi:10.1186/1471 2458 13- 119.

Brailovskaia, J., Forkmann, T., Glaesmer, H., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Juckel, G and Teismann, T. (2019). Positive mental health moderates the association between suicide ideation and suicide attempts, *Journal of Affective Disorders*, 245, 246 - 249

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 & Rodrigo A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australian Psychiatry*; 12(2), 148 - 152.

Danitz, M. (2001). *Suicide an unnecessary death*. London. UK

Davidson, G. C., & Neale, J. M. (1998). *Abnormal psychology*. John Wiley. New York, NY.

Dawood, R. (2014). Positive psychology and child mental health; a premature application in school based psychological intervention?. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 113, 44 - 53.

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, *J Psychiatr Res.*, 20;122:17- 21. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.12.011

Ducher, J. L., & Dalery, J. (2004). Concurrent validation of suicidal risk assessment Scale with the Beck's Suicidal Ideation Scale. *Encephale*, 30, 249- 254.

- Fahimi, N., & Tarkhan, M. (2016). Effectiveness of Group Therapy with a Positive Oriented Approach on Rumination, Illness Perception and Depression in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)*.:1510 -24
- Friedrich Killinger, S. (2020). Centrality of Religiosity as a Resource for Therapy Outcome?, *Journal of Religions*, 11(4), 1 - 16
- Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric care. *Lancet*, 342: 283 - 286.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta analysis of 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.
- 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.
- Kennon, M., Sheldon, K. M., Lyubomirsky, S. (2007). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73 - 82. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760500510676>.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition and Emotion*, 26, 602 - 614.
- Liu, B., Qin, P., Liu, Y., Yuan, L., Gu, L., & Jia, C. (2018). Mental disorders and suicide attempt in rural China. *Psychiatry Research*, 261, 190 - 196
- 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
- Lü, W., Wang, Z., & Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: The effect of positive psychotherapy. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 213 - 217.
- Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well – being? *Current Directions in psychological Science*, 22(1), 57 - 62.
- Marie, D. Thomas, Barbara, J., Pherson, Mc. (2011). Teaching positive psychology using team based learning. *The Journal of Positive Psychology*: Dedicated to furthering research and promoting good practice, 6 (6), 487 - 491.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A. C., Iwanski, C. & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *Journal of Positive Psychology*, 7, 239 - 248.
- Mortier, P., Auerbach, R.P., Alonso, J., Axinn, W.G., Cuijpers, P. & et al. (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.
- O'Connell, B. H., O'Shea, D., Gallagher, S. (2015). Enhancing social relationships through positive psychology activities: a randomised controlled trial. *The Journal of Positive*

- Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 11(2), 149 - 162. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1037860>.
- Ochoa, C., Casellas Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28 - 37
- Oldham, J.M.(2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (1), 20 - 26
- Otsuka, H., & Anamizu, S. (2019). Japanese university students' difficulty in living and its association with suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 43, 50 - 52.
- Page, K., & Vella Brodrick, D. (2012). The working for wellness program: RCT of an employee well being intervention. *Journal of Happiness Studies*, 1 - 25.
- 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. *Journal of Psychiatric Practice®*, 15(2), 103 - 112.
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., & Linton S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies?. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 5 (3), 204 - 211
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., & Linton S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies?. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 5 (3), 204 - 211. <http://dx.doi.org/10.1080/17439761003790963>.
- 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. Westpoint: Praeger publication: 187 - 217
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25 - 40.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press
- Reiter, Ch., Wilz, G. (2015). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 11(1), 99 - 108. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1025423>.
- Richards P, Bergin A. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. 3rd ed. Washington: American psychological association; 1990: 201- 29
- Romo Gonzalez, T., Ehrenzweig, Y., Sanchez Gracida, O. D., Enriquez Hernandez, C. B., Lopez Mora G., Martinez, A. J., & Larralde, C. (2013). Promotion AF in dividual happiness and well being AF student by appositve education intervention. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5 (2), 79 - 102.
- Rye, M. S., & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart?. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 419 - 441.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774 - 788

- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychology*, 60(5), 410 - 421.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). *An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 157 - 165.
- Simons, J., Kalichman, S. & Santrock, J. (1994). *Human Adjustment*. Madison: Brown & Benchmark
- 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 Wiley, New Jersey.
- Stacey FG, James EL, Chapman K, Courneya KS, Lubans DR. (2009). Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. *Clin Nurse*, 23(3), 161- 70
- Sue, D. W., Bingham, R. P., Porché Burke, L., & Vasquez, M. (1999). The diversification of psychology: A multicultural revolution. *American Psychologist*, 54(12), 1061.
- Suicide Prevention Resource Center [SPRC] (2015). Glossary. Retrieved Sep 15, 2014 from: <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*, 19, 165 - 169, Available online: [www.elsevier.es/ijchp](http://www.elsevier.es/ijchp)
- Vannoy S, Hoyt W. (2004). Evaluation of an anger therapy intervention for incarcerated adult males. *J Offender Rehabi*; 39: 39 - 57.
- WHO.(2002). *World Health report on violence and health*. Geneva
- Worthington, J. (1998). An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 59 - 76.
- Yee Ho, M., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting subjective well being. *Personality and Individual Difference*, 48, 658 - 663.