Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2023, Vol: 11, No: 1, Pages: 1-13.

Impact of Religious Coping Techniques on the Well-being and Behavior Regulation of Adolescent Girls Struggling with Behavioral Issues

Somayeh Askarian[1], Gholamreza Sanagouye Moharer[2]*, Hossein Jenaabadi[3]

1- PhD student of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran
2- Department of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch Zahedan, Iran
3- Department of Educational Science, Sistan and Balouchestan University, Zahedan, Iran

***Corresponding Author:**
Gholamreza Sanagouye Moharer
Department of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch Zahedan, Iran

Email: r.sanagoo@iauzah.ac.ir

Received: 15 Jan 2023
Revised: 03 Jul 2023
Accepted: 24 Jul 2023

Abstract

Background and Purpose: Adolescence stands out as a critical phase marked by intricate psychological and physiological shifts, often leading to unstable mental states and subsequent behavioral challenges. This study aimed to explore the impact of instruction in religious coping strategies on the overall well-being and regulation of behavioral inhibition and activation systems among adolescent girls struggling with behavioral difficulties.

Materials and Methods: This quasi-experimental study utilized a pre-test and post-test design with a control group. The research encompassed adolescent girls facing behavioral issues who sought guidance from the Counseling Center of the Ministry of Education in District 6 of Mashhad during the academic year of 2019-2020. The sample included 24 students exhibiting behavioral struggles, identified through higher scores on the parent version of the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL). Random selection formed two groups, each consisting of 12 cases. The experimental group partook in an 8-week program focused on religious coping skills. Data collection involved the General Health Questionnaire (GHQ) and the Behavioral Inhibition/Activation Systems Scale (BIS/BAS). Data were analyzed in SPSS software (version 21) using descriptive metrics and univariate analysis of covariance.

Results: The findings revealed significant enhancements induced by religious coping skills training. Significant increases were observed in the overall general health factor (0.88) in the anxiety and social functioning scale (highest increase), as well as the behavioral inhibition/activation systems factor in response to the reward scale(0.80), all at a significance level of $P < 0.001$.

Conclusion: The outcomes underscore the efficacy of religious coping skills in fostering enhanced overall health and augmenting the regulation of behavioral inhibition/activation systems for adolescent girls facing behavioral challenges. Consequently, it is recommended that counselors incorporate religious coping techniques into their strategies when working with adolescents.

Keywords: Adolescent girls with behavioral issues, Behavior regulation, General well-being, Religious coping strategies

▶ **Citation:** Askarian S, Sanagouye Moharer Gh, Jenaabadi H. Impact of Religious Coping Techniques on the Well-being and Behavior Regulation of Adolescent Girls Struggling with Behavioral Issues. Religion and Health, Spring & Summer 2023; 11(1): 1-13 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی اصیل
دوره ۱۱، شماره ۱، سال ۱۴۰۲ صفحه: ۱۳-۱.

تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری

سمیه عسکریان[۱]، غلامرضا ثناگوی محرر[۲*]، حسین جناآبادی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران
۲- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران
۳- گروه آموزش و پرورش، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

* مؤلف مسئول:
غلامرضا ثناگوی محرر
گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران

Email:
r.sanagoo@iauzah.ac.ir

دریافت: ۲۵ دی ۱۴۰۱
اصلاحات: ۱۲ تیر ۱۴۰۲
پذیرش: ۰۲ مرداد ۱۴۰۲

چکیده

سابقه و هدف: دوران نوجوانی به دلیل تغییرات روانی و فیزیولوژیکی از حساس‌ترین دوران‌های رشدی است و این مسئله سبب می‌شود بیشتر نوجوانان وضعیت روان‌شناختی پایداری را تجربه نکنند و معمولاً با مشکلات رفتاری فراوانی رودررو می‌شوند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری در دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری است.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش تمام دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش ناحیه ۶ شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بودند. در این پژوهش ۲۴ نفر از بین دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری که نمره بالاتری در پرسش‌نامه مشکلات رفتاری آخنباخ (CBCL) نسخه والدین کسب نمودن، انتخاب گردیدند و با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش در طول هشت جلسه هفتگی تحت آموزش مهارت‌های مقابله دینی قرار گرفتند. از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش‌نامه سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری (BIS/BAS) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیل کواریانس یک متغیره در نرم افزار spss 21 صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های مقابله دینی موجب افزایش معنادار در عامل سلامت عمومی کلی (۰/۸۸) در مقیاس اضطراب و کارکرد اجتماعی بالاترین افزایش و در عامل سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (۰/۸۰) شده است ($p<$ ۰/۰۰۱).

استنتاج: با توجه به یافته‌های پژوهش، مهارت‌های مقابله دینی به‌منظور افزایش سلامت عمومی و بهبود سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری در دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری مؤثر بوده است بنابراین پیشنهاد می‌شود مشاوران از مهارت‌های مقابله دینی برای فعالیت با نوجوانان استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری، دختران دارای مشکلات رفتاری، آموزش مهارت‌های مقابله دینی

◄ **استناد:** عسکریان، سمیه؛ ثناگوی محرر، غلامرضا؛ جناآبادی، حسین. تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۲؛۱۱(۱): ۱-۱۳ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

گسترش سلامت عمومی جامعه یکی از مسائل پایه‌ای هر نظامی است. بر مبنای تعاریف ارائه‌شده سلامت عمومی یعنی توانایی کامل جهت ایفای نقش اجتماعی، روانی و جسمی توسط هر فرد در دوره‌های مختلف رشدی. نوجوانی مهم‌ترین دوره رشد انسان است؛ دوره عبور از کودکی به بزرگ‌سالی که با کوشش در مسیر رسیدن به هدف‌های مرتبط با خواسته‌های فرهنگی، خانوادگی و جهش‌های رشد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی مشخص می‌گردد. توجه به شاخص‌های مهم این دوره می‌تواند زمینه‌ساز سلامت عمومی نوجوانان شود. به دلیل ویژگی‌های بلوغ و تلاش برای یافتن هویت، کسب آزادی و استقلال عمل، بیشتر نوجوانان وضعیت روان‌شناختی پایداری را تجربه نمی‌کنند (۱). اگر فرصتی به نوجوانان برای کسب مهارت روبه‌رو شدن با این شرایط داده نشود در مواجهه با مسائل و نگرانی‌های این دوره سنی نمی‌توانند عملکرد مناسبی داشته باشند و درنتیجه مشکلات رفتاری زیادی را در محیط‌های اجتماعی نشان خواهند داد (۲). مشکلات رفتاری با اختلاف و تعارض بین خواسته‌ها و انتظارات فرد و گروه اجتماعی با اطرافیانش تعریف می‌گردد. مشکلات بیرونی بیشتر به‌صورت پرخاشگری و قانون‌شکنی نمایان می‌شود و مشکلات فردی درونی شده (که همراه با رنج و درد احساس می‌شوند) همچون افسردگی و اضطراب هستند (۳). گستردگیِ مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در پژوهش‌های کشورهای مختلف نشان می‌دهد که تقریباً از هر پنج کودک و نوجوان، یک نفر در مقطعی از زندگی‌اش (صرف‌نظر از محل و چگونگی روند زندگی) به یک مشکل رفتاری/هیجانی مبتلا می‌شود (۴). پژوهش‌های حوزه سلامت نوجوانان نشان می‌دهند، مشکلات رفتاری و هیجانیِ زودآغاز، پیامدهای مهمی را در حوزه سلامت عمومی به بار می‌آورد و روند طبیعی کسب مهارت‌های متناسب با سن را دچار اختلال می‌کند(۵). همچنین مشکلاتِ بین‌فردی نوجوان با خانواده و دوستان، شکست تحصیلی و انواع بزهکاری اجتماعی را سبب می‌شود (۶).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های انجام‌شده از نقش مهم عوامل مغزی_رفتاری (Brain-behavior systems) در بروز و تکامل اختلالات روان‌شناختی حکایت می‌کند. Gray در نظریه‌ی حساسیت به تقویت خود از شخصیت یک الگوی زیستی ارائه می‌دهد. به اعتقاد او این سیستم‌های مغزی-رفتاری اساس تفاوت‌های فردی انسان‌ها هستند و فعالیت هریک از آن‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت، مانند زود انگیختگی، اضطراب و ترس می‌انجامد که شامل سه سیستم است:

سیستم فعال‌سازرفتاری (Behavioral Activator System =BAS)که به محرک‌های شرطی پاداش و نبودن تنبیه پاسخ می‌دهد.

سیستم بازداری رفتاری (BIS= Behavioral Inhibition System)که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و محرک‌های جدید و ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد.

سیستم جنگ‌وگریز (FFS=War and getaway system)که به محرک‌های آزاردهنده حساس است.

این سیستم‌ها بااینکه مستقل از یکدیگر فعالیت می‌کنند، باهم تعامل دارند (۷). نتایج پژوهشی که به نقش سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتار در استفاده بی‌رویه از تلفن همراه توسط نوجوانان پرداخته، نشان می‌دهد که توجه به اقدامات آموزشی و تربیتی در راستای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و درمان‌های مبتنی بر سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتار، به عنوان تلاش پیشگیرانه و بنیادین جهت کاهش رفتارهای آسیب‌زا می‌تواند مطرح گردد (۸). همچنین در پژوهشی دیگر نقش پیش‌بینی کننده سیستم بازداری/فعال‌سازی رفتار در اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین سیستم بازداری رفتار و دو بُعد آسیب پرهیزی و نوجویی وخودراهبری با نشانه های اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (۹).

حوزه روان‌شناسی سلامت، در سال‌های اخیر توجه فراوانی به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد جامعه داشته است و دستورالعمل‌های آموزشی مختلفی طراحی شده است. از بین مدل‌های مهارت‌آموزی مطرح‌شده

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

برای بهبود سلامت عمومی و فعال‌سازی بازداری رفتاری و کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان می‌توان به مهارت‌های مقابله‌ای (Coping skills) اشاره کرد (۱۰).Lazarus و Folkmanمقابله را مجموعه‌ای تلاش فکری و رفتاری پایدار برای به سرانجام رسیدن خواسته‌های درونی و بیرونی می‌دانند (۱۱). مقابله با فشار روانی، یکی از زمینه‌های مهم پژوهشی در روان‌شناسی دین، سلامت عمومی و بهتر زیستن است. مقابله دینی مدلی است که با استفاده از روش‌های شناختی و رفتاری که پایه دینی دارند در رویارویی با موقعیت‌های فشارزای روزمره عمل می‌کنند (۱۲). Pargament براین باور است که دستورالعمل‌های مقابله دینیِ مفیدتر، می‌توانند دین را مرتبط با سلامت روان‌شناختی تفسیر نمایند. این مسیر پایدار و چندبُعدی که با آن دین به زندگی مردم ارتباط پیدا می‌کند، اجازه خواهد داد تا افراد با تنش‌های روانی خود روبه‌رو شوند (۱۳).

در پژوهش‌های فراوان، راهبردهای مقابله دینی جهت سلامت عمومی، کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی و سازگاری با شرایط، مورد توجه قرارگرفته است (۱۳ ، ۱۴) که به اثربخشی آموزش‌های مقابله دینی بر سلامتِروان پرداخته و اثر مثبت این مداخله را در کاهش اثرات منفی بحران‌ها و بهبود شاخص‌های بهزیستی ذهنی تأکید می‌کند (۱۵ ، ۱۶). همچنین نتایج پژوهشی که با هدف بررسی مقابله مذهبی به‌عنوان واسطه ارتباط بین رویدادهای استرس‌زا زندگی و سازگاری روانی در یک نمونه سراسری از نوجوانان انجام شد، نشان داد که تجربه‌های استرس‌زای اصلی زندگی به‌طور قوی با خطر بیشترشدن افسردگی، اضطراب و کاهش رفاه مرتبط است و مقابله‌های مذهبی در پاسخ به استرس‌های اصلی زندگی با کاهش پریشانی روانی و بهزیستی بالاتر همراه است (۱۷). در پژوهش دیگری که با هدف بررسی مداخلات آموزشی با مضامین معنوی و مذهبی در دانشجویان پزشکی و اثرش در مواجهه با بیماران انجام شد، مشخص گردید آموزشِ شیوه‌ی روبروشدن با بیماران با تأکید بر مضامین مذهبی، هم بر شکل‌گیری ارتباط پایدارتر تأثیر دارد و هم می‌تواند همراهی بیشتر بیماران با دستورات دارویی را به همراه داشته باشد (۱۸).

پژوهشگران حوزه دین و سلامت با بررسی آیات قرآن کریم و احادیث ائمه (ع) متوجه وجود برنامه و روش مشخص برای مقابله با نگرانی‌ها و فشارهای روانی شده‌اند (۱۹) و مهارت‌های مقابله دینی را در سه حوزه شناختی، عاطفی و رفتاری طبقه‌بندی نموده‌اند. در حوزه‌ی «شناختی» بحث پیرامون تفکر، ایمان و نگرش انسان‌ها به زندگی و روبرو شدن با فشارهای روانی است. در بخش «عاطفی» انسان با ارتباطی که با پروردگار و اولیای دین برقرار می‌کند به مقابله با مشکلات و نگرانی‌ها می‌پردازد و از راهبردهایی مانند گذشت و صبر، توکل، استغفار و توبه، توسل و دعا بهره‌مند می‌گردد. در حوزه «رفتاری» هدف یافتنِ راه‌حل‌هایی قابل انجام در مقابل شرایط سخت است مانند شوخ‌طبعی، صله‌رحم، مهربانی و همیاری به دیگران، حمایت اجتماعی و... (۲۰ ، ۲۱). پژوهش‌های مختلفی راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد اسلامی را به عنوان مداخله موثر برای کنترل وسواس فکری-عملی وقایع روزمره در نوجوانان و جوانان (۲۲)، کاهش استرس‌های مادران (۲۳)، خود تنظیمی هیجانی در زنان خشونت دیده (۲۴) و بهبود شادکامی و کاهش اضطراب دختران نوجوان (۱۹)، مورد بحث قرار دادند.

آموزش‌وپرورش یکی از راه‌های پیشگیرانه را مهارت‌آموزی به دانش‌آموزان می‌داند (۱۹) به‌ویژه دختران نوجوان که به دلیل حساسیت و ظرافت‌های روحی بیشتر در معرض خطر هستند. همچنین به دلیل نقشی که در آینده به عنوان مادر و هدایت‌کنندگی در خانواده بر عهده دارند، بیشتر نیازمند توجه در جهت یادگیری و آموختن مهارت‌های لازم زندگی هستند (۲۵). با توجه به مطالب ارائه‌شده پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری ۶۵

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

دانش‌آموزان دختری بودند که به دلیل مشکلات رفتاری از طرف مدارس در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ به مرکز مشاوره دانش‌آموزی ناحیه ۶ مشهد مراجعه نموده بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود. معیارها و شرایط ورود در این پژوهش عبارت بود از: دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۷ ساله که به دلیل مشکلات رفتاری از مدارس به مرکز مشاوره ناحیه ارجاع داده‌شده بودند، کسب بیشترین نمره در سیاهه مشکلات رفتاری آخنباخ (CBCL) نسخه والدین، تأیید و تشخیص مشاور بالینی بعد از مصاحبه مبنی بر وجود مشکلات رفتاری و تمایل والدین و دختران نوجوان جهت دریافت مداخله مشاوره‌ای. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، همکاری نکردن، انجام ندادن تکالیف و ابتلا به بیماری‌های شدید بود.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مرکز مشاوره دانش‌آموزی ناحیه ۶ مشهد و بیان اهداف و تعهد مبنی بر رعایت اصول رازداری برای شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی از والدین دانش‌آموزان گرفته شد. تعداد ۲۴ نفر از طرف مرکز مشاوره دانش‌آموزی با رعایت شرایط ورود به پژوهشگر معرفی گردیدند که به صورت تصادفی در دو گروه آموزش مقابله دینی (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. پس از جلسه توجیهی با دانش‌آموزان پرسش‌نامه سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری-فعال‌سازی رفتاری در اختیار آن‌ها قرار گرفت. برای حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷۰، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵ مشخص شد و حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ نفر به دست آمد. علاوه بر فرمول کوهن، معیار انتخاب ۱۲ نفر برای هر گروه، پژوهش‌های پیشین و نظر متخصصین نیز بود که برای کارهای آزمایشی تعداد ۱۲ نفر را کافی می‌دانند (۲۶).

برای تهیه بسته آموزش مهارت‌های مقابله دینی، از مباحث و سرفصل پژوهش‌های پارگامنت و همکاران (۱۶،۱۷،۱۸) و آموزش مهارت‌های روانی-معنوی غباری بناب و همکارانش استفاده شد (۲۷). پژوهشگران ابتدا بر اساس مرور پیشینه پژوهشی طرح آموزش مهارت‌ها فرم اولیه را تهیه نمودند سپس برنامه آموزش اولیه را به هشت متخصص ارجاع دادند که متخصصیان اصلاحاتی در آن انجام دادند. با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح مورد محاسبه قرار گرفت. ضریب ۰/۸۳ حاصل شد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص زمان بود همچنین روایی محتوایی طرح آموزش توسط استادان بررسی‌کننده (هشت متخصص) مطلوب عنوان گردید. پروتکل آموزش مهارت‌های مقابله دینی دارای هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که یک‌بار در هفته و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی مقابله دینی در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات آموزش مهارت‌های مقابله دینی

جلسه	محتوای آموزشی	شیوه آموزشی	تکلیف
اول	مهارت خود شناسی	تدبر در خویشتن و پذیرش خود، شناخت ابعاد مختلف وجودی	نوشتن ویژگی‌ها در ابعاد وجودی
دوم	مهارت خویشتن‌داری	مفهوم تقوا، تقویت خودکنترلی و خودتنظیمی در زندگی شخص	نوشتن و تنظیم برنامه شخصی
سوم	مهارت مقابله مذهبی	شناخت حوزه‌های نگرانی و راهبردهای مقابله از نگاه اسلام	تقسیم راهبردهای مورداستفاده در هفته
چهارم	مهارت شکرگزاری	مفهوم شکر و اثرش بر زندگی	تهیه لیست مواردی که نیاز به شکرگزاری دارد
پنجم	مهارت صبر و شکیبایی	مفهوم صبر و تفاوت‌های مفهومی‌اش و جایگاهش بر عملکرد	نوشتن سه مورد عملکرد صبورانه
ششم	مهارت بخشایشگری	مفهوم بخشش و مراحل انجام بخشش	نوشتن مراحل بخشیدن یک نفر در زندگی فردی
هفتم	مهارت حل مسئله معنوی	شناخت مفهوم و مراحل حل مسئله معنوی	نوشتن حل یکی از مسائل زندگی
هشتم	مهارت توکل	مفهوم توکل، تفاوت عملکردی افراد متوکل و مراحل شکل‌گیری این مهارت	مشخص کردن دو موقعیت چالش‌برانگیز زندگی و نقش توکل در آن

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

ابزار پژوهش

سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL) نسخه والدین: برای سنجش میزان مشکلات رفتاری از مقیاس آخنباخ استفاده شد. این مقیاس یک ابزار ۱۱۳ گویه‌ای است که توسط Achenbach and McConaughey (۱۹۷۸) تهیه گردیده است. این پرسش‌نامه مشکلات عاطفی-رفتاری و توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان شش تا ۱۸ سال را از دیدگاه والدین موردسنجش قرار می‌دهد. پاسخ به پرسش‌های این پرسش‌نامه به صورت لیکرت سه گزینه‌ای صفر تا دو است. این مقیاس هشت مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ شکایات جسمانی/ مشکلات اجتماعی/ مشکلات تفکر/ مشکلات توجه (مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی)/ قانون‌شکنی/ پرخاشگری. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس CBCL را ۰/۹۷ گزارش کردند و ضریب پایای به‌دست آمده از روش بازآزمایی ۰/۹۴ بود. این مقیاس در ایران توسط مینایی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. برای دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون- بازآزمون با یک فاصله زمانی پنج تا هشت هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است (۲۸).

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)

پرسش‌نامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. فرم ۲۸ پرسشی پرسش‌نامه سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. پرسش‌های این پرسش‌نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) پایایی را جهت پرسش‌نامه با بررسی بر روی ۸۵۳ نفر انجام دادند. ۰/۹۵ گزارش‌های لازم را ارائه نمودند. نمره‌ی کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار خرده مقیاس به دست می‌آید. محاسبات آماری پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نشان می‌دهد که همبستگی خرده مقیاس‌ها با عامل کلی برای خرده مقیاس شکایت‌های جسمانی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۹۰، ناسازگاری اجتماعی ۰/۷۵ و افسردگی ۰/۶۳ است. تقوی (۱۳۷۳) در ایران پایایی این مقیاس را برمبنای روش‌های آلفای کرونباخ، دونیمه کردن و بازآزمایی تحقیق نمود و ضریب پایایی را به ترتیب این‌گونه به دست آورد ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ و جهت بررسی روایی نیز از راه تحلیل عاملی و روایی هم‌زمان برای رسیدن به نتایج استفاده کرد. شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود که نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است (۲۹).

پرسش‌نامه سیستم‌های مغزی بازداری/فعال‌سازی رفتار (BIS/BAS)

این مقیاس توسط Carver و White (۱۹۹۴) تهیه و تنظیم شده است. این پرسش‌نامه در مجموع ۲۴ پرسش از نوع خود گزارشی دارد و دو سیستم فعال‌سازی رفتار و بازداری رفتار را موردبررسی قرار می‌دهد. سیستم بازداری رفتار BIS هفت لفه دارد که حساسیت سیستم بازداری رفتاری را موردبررسی قرار می‌دهد. خرده مقیاس BAS سیزده مؤلفه دارد که حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و سه زیر مقیاس خاص دارد: ۱) سائق که شامل ۴ آیتم است. ۲) پاسخ‌دهی به پاداش که بر روی پاسخ‌های مثبت نسبت به وقوع پاداش یا پیش‌بینی آن تمرکز دارد. در حالی که سائق، تمایل فرد را به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب اندازه‌گیری می‌کند. ۳) زیر مقیاس جستجوی سرگرمی، شامل آیتم‌هایی است که گرایش فرد برای پاداش جدید و میل به رسیدن و دستیابی به رویدادهای پاداش دهنده آنی را در برمی‌گیرد. چهار آیتم اضافی به عنوان آیتم‌های پوششی در مقیاس آورده شده‌اند

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

که نقشی در ارزیابی ندارند. پرسش‌های این مقیاس به صورت پنج درجه‌ای و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره یک نشان دهنده آن است که آن ماده فرد را خیلی خوب توصیف می‌کند و نمره پنج نشان می‌دهد که آن ماده فرد را توصیف نمی‌کند. کارور و وایت (۱۹۹۴) ضرایب آلفای را ه برای مقیاس BIS ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های پاسخ به پاداش ۰/۷۳، سائق ۰/۷۶ و جستجوی لذت ۰/۷۱ گزارش نمودند. در ایران موذن، آزادفلاح و صادقی (۱۳۸۸) ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۳ و ثبات درونی سه زیر مقیاس سائق، پاسخ‌دهی به پاداش و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۶۶ بدست آوردند و در مطالعه عطری فرد (۱۳۸۳) نیز، ثبات درونی خرده مقیاس BIS ۰/۴۷ و ثبات درونی BAS و خرده مقیاس‌های پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۳، ۰/۶۰ و ۰/۱۸ محاسبه شد. عبدالهی (۱۳۸۵) اعتبار روش بازآزمایی برای مقیاس BAS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BIS ۰/۸۱ گزارش کرده است. پرسش‌نامه دارای ۲۴ عبارت است و هر پرسش بر اساس یک مقیاس لیکرت به ترتیب از یک تا چهار، نمره‌گذاری می‌شود. بدین صورت که به گزینه کاملاً مخالفم، نمره یک، به «تا حدی مخالفم» نمره ۲، به گزینه «تا حدی موافقم» نمره۳ و به «کاملاً موافقم» نمره ۴ تعلق می‌گیرد. (۳۰).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی این پژوهش به شرح زیر است:

از لحاظ ترتیبِ تولد: ۳۲ درصد فرزند اول، ۲۳ درصد فرزند وسط، ۲۰ درصد فرزند آخر و ۲۵ درصد تک‌فرزند هستند.

از نظر اشتغال والدین ۹۵ درصد پدران شاغل و ۳۵ درصد مادران ایشان شاغلند.

سطح تحصیلات پدران ۵۱ درصد و مادران ۳۸ درصد بیشتر از کارشناسی است.

میانگین و انحراف معیار سن دو گروه آموزش مقابله دینی و گروه گواه به ترتیب ۱۵/۵۳، ۴/۲۳، ۱۵/۸۴، ۴/۱۵ است که نشانگر همگن بودن دو گروه است.

اطلاعات جمعیت‌شناسی بین گروه‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نمی‌گردد.

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت عمومی پیش آزمون گروه مقابله دینی به ترتیب برابر با ۳۶/۶۷ و ۱۰/۵ و در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۴ و ۳/۵۸ است. گروه آموزشی کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته اما میانگین گروه گواه مقداری افزایش یافته است. در گروه گواه نمره کل در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۳۲ و ۹/۴۷ و در مرحله پس‌آزمون ۳۳/۱۳ و ۸/۳۶ است. در نشانگان سلامت عمومی مقیاس جسمانی و مقیاس اضطراب در گروه آزمایش به ترتیب ۷/۴- و ۷/۶- کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی نیز به ترتیب ۳/۷- و ۴/۴۷- کاهش را نشان می‌دهد. همچنین میانگین و انحراف معیار در سیستم بازداری رفتار (BIS) میانگین گروه آموزش (۰/۸۷ و ۳/۶۶) افزایش را نشان می‌دهد در گروه گواه اندکی کاهش نشان می‌دهد. در سائق (BAS-DR) ۰/۲۷ و جستجوی سرگرمی (BAS-FS) ۱/۳۳، میانگین گروه آموزش افزایش نشان می‌دهد و در پاسخ به پاداش (BAS-PR)، میانگین گروه آموزش ۲/۸- کاهش یافته است.

به دلیل نیاز به استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای آزمون فرضیه‌ها بررسی پیش‌فرض‌های اساسی استفاده از آزمون‌های پارامتریک لازم بود. تمامی متغیرهای مورداستفاده در سطح مقیاس فاصله‌ای بودند. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد. شاخص Z تک نمونه‌ای برای متغیرهای نشانگان جسمانی (۰/۱۷) و جستجوی سرگرمی (۰/۱) معنادار شده است و این متغیرها توزیع نرمال ندارند. در دیگر متغیرها، شاخص Z در خط پایه معنادار نشده است بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات در خط پایه وجود دارد همچنین، تحلیل واریانس یک‌راهه تنها برای نشانگان اضطراب (۱۲/۲)، کارکرد اجتماعی (۷/۱) و جستجوی سرگرمی (۳/۶۸) معنادار شده است یعنی در این متغیرها بین میانگین پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری فعال‌سازی رفتاری گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون، پس‌آزمون

مقیاس		گروه	پیش آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون و پیش آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانگان سلامت عمومی	جسمانی	آزمایش	۹/۵	۴/۴	۱/۲۱	۱/۶	-۷/۴	۴/۸
		گواه	۸/۲	۴	۸/۹	۲/۸	۰/۷	۱/۴
	اضطراب	آزمایش	۱۰/۵	۳/۲	۲/۹	۱/۲۲	-۷/۶	۲/۶
		گواه	۷/۳	۳/۴	۸/۵	۲/۶	۱/۱	۱/۶
	کارکرد اجتماعی	آزمایش	۸/۰۷	۲/۹	۴/۳۳	۱/۹	-۳/۷	۴/۳۲
		گواه	۸/۴	۳/۱۶	۸/۵	۲/۷	۰/۱۳	۱/۰۶
	افسردگی	آزمایش	۷/۴۷	۳/۰۴	۳	۲	-۴/۴۷	۴/۲۹
		گواه	۷/۹۳	۲/۹	۷/۲۷	۳/۲	-۰/۶۷	۲/۶
سیستم های بازداری- فعال‌سازی رفتاری	سیستم بازداری رفتار	آزمایش	۲۰/۶	۲/۴	۲۱/۴۷	۲/۰۷	۰/۸۷	۳/۶۶
		گواه	۲۰/۶۷	۲/۹	۲۰/۲۷	۲/۲۵	-۰/۴	۱/۶
	سیستم فعال‌ساز رفتار - سائق	آزمایش	۱۲/۰۷	۲/۴۹	۱۱/۸	۱/۴۷	۰/۲۷	۳/۷۷
		گواه	۱۱/۸	۱/۴۷	۱۱/۶۷	۱/۶۸	-۰/۱۳	۲/۳۶
	سیستم فعال‌ساز رفتار – پاسخ‌دهی به پاداش	آزمایش	۱۸/۰۷	۱/۵	۱۵/۲۷	۲/۵	-۲/۸	۱/۷
		گواه	۱۸/۴	۱/۸	۱۸/۱۳	۲/۸۸	-۰/۲۷	۱/۲۲
	سیستم فعال‌ساز رفتار - جستجوی سرگرمی	آزمایش	۱۲/۲۷	۲/۹۸	۱۳/۶	۱/۵	۱/۳۳	۳/۸۷
		گواه	۱۴/۶	۴/۲	۱۳/۱	۳/۷۴	-۱/۴۷	۲/۸

در دیگر متغیرها، میانگین گروه‌ها در خط پایه یکسان است و گروه‌ها در خط پایه همتا هستند. شاخص F-لوین نیز در متغیرها معنادار نیست بنابراین واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در خط پایه همگن است. برای بررسی مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یعنی تفاوت نداشتن ماتریس‌های کوواریانس از آزمون M باکس استفاده گردید که با توجه به نتایج شاخص F به ترتیب برای متغیر سلامت عمومی ۱/۷۹ و برای متغیر سیستم‌های بازداری فعال‌سازی رفتاری ۳/۹ است. تفاوت ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه، معنادار نیستند، بنابراین با رعایت فرض تفاوت نداشتن ماتریس‌های کوواریانس متغیرها، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز است.

با توجه به نتایج شاخص‌های معناداری چندمتغیری، معنادار است. این یافته بدین معناست که نیمرخ کلی متغیرهای موارد مطالعه عامل‌های سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۸	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون اثر هتلینگ	۷/۳۲	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۳۲	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
نشانگان سلامت عمومی	پیش آزمون	۳۲۰/۵۷	۱	۳۲۰/۵۷	۱۰/۳۲	۰/۰۰۳	-
	گروه	۳۵۲۷/۷	۱	۳۵۲۷/۷	۱۱۳/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	واریانس خطا	۸۳۸/۷۷	۲۷	۳۱/۰۶			
سیستم های بازداری-فعال‌سازی رفتاری	پیش آزمون	۶۳۰/۵۳	۱	۶۳۰/۵۳	۸/۹۷	۰/۰۰۶	-
	گروه	۲۰۷۳/۰۸	۱	۲۰۷۳/۰۸	۴۵/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	واریانس خطا	۱۸۹۸/۶۷	۲۷	۷۰/۳۲			

تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش مقابله دینی بر سلامت عمومی کل دختران نشان می‌دهد، اثر پیش‌آزمون معنادار است، یعنی اجرای پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون تأثیرگذار بوده است. آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر همه نشانگان سلامت عمومی اثربخش بوده است و موجب بهبود عملکرد شده است. بالاترین اندازه اثر به ترتیب به نشانگان اضطراب ۰/۸۷ (اندازه اثر بزرگ)، جسمانی ۰/۷۸ (اندازه اثر بزرگ)، افسردگی ۰/۳۸ (اندازه اثر متوسط) و اجتماعی ۰/۳۷۶ (اندازه اثر متوسط) تعلق دارد همچنین اثرآموزش بر سیستم های بازداری-فعال سازی رفتاری بالاترین اثر بر سیستم فعال‌ساز رفتاری پاسخ‌دهی به پاداش با اندازه اثر معادل ۰/۶۵۶ (اندازه اثر بزرگ) اثربخش بوده است و موجب بهبود عملکرد شده است اما در سیستم های بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری سائق و جستجوی سرگرمی با یک اندازه اثر کوچک مواجه هستیم.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی و سیستم‌های بازداری فعال‌سازی رفتاری در دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری بود. نتایج نشان داد که برنامه آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سلامت عمومی دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری مؤثر بوده است. ازاین‌رو فرض پژوهش تأیید می‌گردد. این نتایج با پژوهش مرتضایی‌فر و همکاران که به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر شدت نشانگان اضطراب و وسواس فکری-عملی در بُعد کاهش نشانگان اضطراب همسو بوده است (۲۳). در مطالعه دیگری مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری اسلامی را بر سلامت روان و شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بررسی نمودند و به این نتیجه دست یافتند که آموزش این مهارت‌ها منجربه بهبود سلامت روان و کارکردهای اجتماعی می‌شود (۲۱) در همین راستا سلمانیان، محمدی و غباری بناب نیز به بررسی روان‌درمانی معنوی بر نوجوانان دچار رفتار پرخطر و اختلال سلوک پرداختند که نتایج پژوهش ایشان حاکی از بهبود سلامت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر در گروه آزمایش است (۳۱).

Pomerleau و همکاران در پژوهش خود که با هدف بررسی آموزش مقابله مذهبی و معنوی به عنوان واسطه ارتباط بین رویدادهای استرس‌زا زندگی و سلامت روانی در یک نمونه سراسری از نوجوانان انجام دادند نشان می‌دهد که تجربه‌های استرس‌زای اصلی زندگی به‌طور قوی با خطر بیشتر شدن افسردگی، اضطراب و کاهش رفاه مرتبط است و مقابله‌های مذهبی و معنوی در پاسخ به استرس‌های اصلی زندگی با کاهش پریشانی روانی و بهزیستی و سلامت روانی بالاتر همراه است ((۱۸) همچنین Stauner و همکاران (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود که با هدف بررسی تاثیر مقابله‌های مذهبی بر نحوه سازگاری و مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افرادی که در رویدادهای استرس‌زا زندگی خود از مقابله‌های دینی_معنوی استفاده می‌کنند صرف‌نظر از نوع مذهب، سریع‌تر در حوزه پذیرش شرایط و کاهش آسیب‌های ناشی از استرس و حرکت به سمت سلامت روان پیش می‌روند (۱۵).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

بر اساس نتایج مطالعات بیان‌شده می‌توان گفت که عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقابله با پذیرش احساسات و رویدادهای آزاردهنده زندگی باعث تقویت این عواطف رنج‌آور می‌شود. مقابله دینی با آموزش صبر و شکیبایی و خودتنظیمی رفتاری می‌تواند مسیر شفاف و واقعی دیدن تجربیات روزمره و پذیرفتن را فراهم می‌نماید و سبب می‌گردد تا سلامت جسمی و روانی بهبود یابد. این آموزش با تأکید بر مسئولیت فردی و ارتباط مناسب با دیگران در قالب آموزش حل مسئله و بخشایشگری منجربه افزایش آگاهی‌ها و کاهش انعطاف‌ناپذیری و ناسازگاری در روابط درون فردی و بین فردی می‌شود. این آموزش با تأکید ویژه بر ارزش‌هایی مانند بخشش منجربه کاهش علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی ناشی از فشارهای روانی می‌گردد (۲۷). آموزش مقابله دینی شرایطی را ایجاد می‌کند تا سازگاری و انعطاف‌پذیری در مقابل هنجارهای خانواده و اجتماع مسیری برای رشد و موفقیت در آینده قلمداد گردد.

آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر سیستم‌های بازداری فعال‌سازی رفتاری تنها بر سیستم پاسخ‌دهی به پاداش تأثیرگذار است. در بررسی پژوهش‌های این حوزه، پژوهشی که به صورت مستقیم اثر مقابله‌های دینی را بر سیستم‌های مغزی رفتاری بررسی کرده باشد، مشاهده نشد. اما در پژوهش شهابی و همکاران که با هدف مشخص‌شدنِ نقش سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتار و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در استفاده مفرط از تلفن همراه در نوجوانان انجام گرفت نشان داد که توجه به اقدامات آموزشی و تربیتی در راستای بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و درمان‌های مبتنی بر سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتار، به عنوان تلاش پیشگیرانه و بنیادین جهت کاهش رفتارهای آسیب‌زا (مانند استفاده مفرط از تلفن همراه) می‌تواند موردتوجه متخصصان و مربیان کودکان و نوجوانان قرار گیرد (۸) همچنین در پژوهش Chong و همکاران که به بررسی اثر آموزش گروهی بومی-معنوی بر میزان سیستم‌های بازداری-فعال‌سازی رفتاری و نگرش به مصرف مواد در نوجوانانِ در معرضِ خطر پرداختند، مؤثربودن آموزش‌های بومی و معنوی به عنوان عامل بازدارنده رفتاری مشخص گردید (۳۲).

در تبیین اثربخشی آموزش مقابله دینی بر سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت که بر اساس نظر حساسیت به تقویت گری، برای درک بهتر باید سیستم مغزی-رفتاری را به سه قسمت سطح‌بندی کرد: سطح رفتاری درون و برون سیستمی که در واقع مرتبط است با رفتارهایی که این سیستم‌ها باعث تحریک و انجام عملی در فرد می‌گردند، سطح عصب‌شناختی و مغزی شامل مجموعه کنش‌های درون سیستمی مغزی و سطح شناختی که به پردازش اطلاعات دریافتی مشغول است و سطح شناختی که لحظه‌به‌لحظه اتفاقات احتمالی آینده را پیش‌بینی کرده، با رخداد واقعی، مقایسه می‌کند (۳۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد با سطوح متفاوتی از حساسیت سیستم‌های مغزی-رفتاری نسبت به پاداش و تنبیه به دنیا می‌آیند. در واقع سیستم‌های مغزی_رفتاری پایه ژنتیکی در هر فرد دارند اما در طول زندگی تحت تأثیر مؤلفه‌های محیطی و یادگیری نیز قرار می‌گیرند. دین و عوامل مرتبط با دین و معنویت از مؤلفه‌های محیطی در خانواده و در محیط آموزشی و اجتماعی محسوب می‌شود که به‌ویژه در سنین ابتدایی رشد، منجربه شکل‌گیری پایه‌های پاداش‌دهنده و تنبیه‌کننده می‌شود. در واقع پایه‌های ژنتیک در حوزه سیستم‌های مغزی_رفتاری را در فرد توسعه می‌دهد (۳۴).

سیستم های مغزی-رفتاری در سطح شناختی می‌تواند اطلاعات محیطی حالت اکنون جهان پیرامون را درک کند، اطلاعات به‌دست‌آمده را به اطلاعات دیگری که از قبل در ذهن فرد ذخیره شده است پیوند بزند و برای تحلیل وضعیت موجود از اطلاعات و تجربه‌های گذشته (که در حافظه طبقه‌بندی شده‌اند) استفاده کند و بر مبنای اطلاعات دریافتی و ذخیره‌شده، پیش‌بینی‌های متفاوتی از جهان ادراکی ارائه دهد که نیازمند تحلیل شرایط توسط فرد است (۹). باتوجه به اینکه بیشتر اطلاعات حوزه دینی در سنین کودکی برمبنای سیستم پاسخ‌دهی به پاداش به

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

کودک آموزش داده می‌شود اطلاعات شناختی بعدی که در این حوزه بررسی می‌گردد بر پایه اطلاعات اولیه ارزیابی خواهد شد احتمال ارتقای سیستم پاسخ‌دهی به پاداش بیشتر می‌شود.

در آموزش مقابله دینی زمینه‌های آموزشی محیطی در مورد مؤلفه‌هایی چون صبر، بخشش، توکل و شکر در بستر خانواده و محیط آموزشی فراهم می‌شود. علاوه بر این، آموزش مقابله دینی بر پایه‌های از قبل طراحی‌شده بناشده است و می‌تواند منجربه رشد و اصلاح بهتر شود. از این رو، یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری محیطی، پایه‌های دینی پاسخ‌دهی به پاداش است که می‌تواند ارتقای صورت گرفته را در این سیستم مغزی-رفتاری زیستی توجیه کند (۸). در آموزش مقابله دینی انجام‌شده در این پژوهش، تأکید بر مدیریت کردن هیجانات با کمک گرفتن از باورهای دینی و جایگاه ارزشمند آن در قالب پاداش‌های دنیوی و اخروی انجام شده است، که منجر به شکل‌گیری رابطه بین اطلاعات ورودی جدید و تحلیل و مقایسه با اطلاعات دریافتی در گذشته می‌شود. در واقع این روش، ساختاری را که در گذشته تشکیل شده است تکمیل می‌کند. از این مسیر است که آموزش مقابله دینی بر کل سیستم بازداری/فعال‌سازی رفتاری تاثیرگذار است و باعث بهبود می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر ضرورت توجه و تدوین برنامه جامع مهارت‌آموزی را برای نوجوانان، به‌ویژه آنهایی که دارای مشکلات رفتاری هستند، آشکار می‌سازد. بالابردن سطح سلامت عمومی و سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتاری با استفاده از مقابله دینی، از جمله راه‌کارهایی است که می‌تواند به بهبود سلامت روانی اجتماعی و رشد و بالندگی نوجوانان کمک کند. آموزش مهارت‌های مقابله دینی با توجه به مبنای معنوی، فرهنگی و خانوادگی در صورتی‌که به‌طور اصولی به آن پرداخته شود، به عنوان نوعی روش تربیتی، می‌تواند به سیستم‌های مغزی رفتاری (بازداری و فعال‌سازی رفتاری) در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و مشکلات رفتاری در دوره نوجوانی کمک کند.

پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وجود پژوهش‌های محدود سنجش اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله دینی در متغیر سیستم‌های بازداری–فعال‌سازی رفتاری اشاره نمود. پیشنهاد می‌گردد اثربخشی این روش آموزشی بر متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمودنی دیگری نیز بررسی گردد. پیگیری نتایج آموزش مهارت‌های مقابله دینی به منظور حصول اطمینان از ثبات نتایج از جمله مسائلی است که در غنای یافته‌های پژوهش‌های مشابه مؤثر خواهد بود.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان تصویب و با کد ۱۴۶۷۶۲۸ در ایران‌داک ثبت شده است. نویسندگان اعلام می‌دارند این پژوهش به اصول اخلاقی پژوهش دانشگاه مذکور متعهد بوده است و تمامی اصول اخلاقی مرتبط (از جمله محرمانه بودن پرسش‌نامه، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و اختیار خروج از پژوهش) در مدت اجرای آن رعایت شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این تحقیق تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مسئولان و کارکنان آموزش‌وپرورش و مرکز مشاوره ناحیه ۶ مشهد و به‌ویژه از نوجوانان محترم شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

References

1. Anici JS, Mirzamani SM , Raeesi F, Niknam M. Investigating the behavioral problems of adolescents. Journal of Behavioral Sciences. 2008; 1(2):163-70 (Persian).
2. Beckstead DJ, Lambert MJ, DuBose AP, Linehan M. Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional and spiritual beliefs. Journal of Addictive Behaviors. 2015; 11(3):84-7.
3. Sajedi Z, Zarabian MK, Sadeghian E. Prevalence Behavior Disorders in 3 to 6 Years' Children in Hamadan City. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2010; 18(1):11-21 (Persian).
4. Nematollahi M, Tahmasebi S. The effectiveness of parents' skills training program on reducing children's behavior problems. Journal of Family Research. 2014; 10(2):159-74 (Persian).
5. Ghasem zade E, Abasiyan H, Mahmodi U. Investigating the behavioral problems of students in schools: components and providing solutions to deal with it. Journal of Applied Studies in Social Sciences and Sociology. 2021; 14(1):35-47 (Persian).
6. Nemati S, Mosleh SQ, Hossein Puri A, Badri Gregari R. Analyzing positive psychological structures in the field of externalizing behavioral problems: the mediating role of perceived social support in relation to the basic psychological needs of adolescent students. Journal of New educational ideas. 2019; 16(3):7-12 (Persian).
7. Boden T, Bonn M, Kashdan T, Alvarez J, Gross JJ. The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in posttraumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2012; 6(2):233-8.
8. Shahabi M, Mamhori L, Sadra F, Imanian Najafabadi S. The role of behavioral inhibition/activation systems and cognitive emotion regulation strategies in excessive use of mobile phones in adolescents. Journal of New Developments in Behavioral Sciences.2017; 3(1):17-28 (Persian).
9. Asghari Sharbiani A, Sobhi Karamalki N, Atadakht A. The role of behavioral inhibition/activation system, cognitive emotion regulation strategies and temperament in predicting social anxiety symptoms of high school students. Journal of School Psychology. 2017; 7(3):24-44 (Persian).
10. Banaee N, Askari M. The effect of teaching skills to deal with mental pressure on the quality of life of housewives. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology. 2013; 14(1):43-52 (Persian).
11. Kakavand A, Parsamanesh F. The effectiveness of teaching coping skills on the anxiety of high school girls. Journal of Behavioral sciences. 2010; 2(5):145-33 (Persian).
12. Amini A, Shariatmadar A, Naimi I. The effectiveness of religion-based spiritual concepts on children's behavioral problems. Journal of Counseling and Psychotherapy Culture. 2016; 8(1):29-34 (Persian).
13. Rajabi M, Saremi AA, Bayazi MH. The relationship between religious coping patterns, mental health and happiness. Journal of Evolutionary Psychology. 2011; 32(8):363-71 (Persian).
14. Wilt JA, Grubbs JB, Exline JJ, Pargament KI. Personality, religious and spiritual struggles and well-being. Journal of Psychology of Religion and Spirituality. 2016; 8(4):341-51.
15. Stauner N, Exline JJ, Pargament KI, Wilt JA, Grubbs JB. Stressful life events and religiousness predict struggles about religion and spirituality. Journal of Psychology of Religion and Spirituality. 2019; 11(3):291-6.
16. Abu Raiya H, Pargament PI, Krause N. Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. Journal Quality of Life Research. 2016; 25(2):1265–74.
17. Abu Raiya H, Pargament KI, Krause N, Ironson G. Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. American Journal of Orthopsychiatry. 2015; 85(6):565.
18. Pomerleau JM, Pargament KI, Krause N, Ironson G, Hill P. Religious and spiritual struggles as a mediator of the link between stressful life events and psychological adjustment in a nationwide sample. Psychology of Religion and Spirituality. 2020; 12(4):451–9.
19. Crydera BT, Lee MM, Workman GM, Krumdick N. Interventions involving spiritual and religious themes in pharmacy student patient encounters during advanced practice rotations. Currents in Pharmacy Teaching and Learning. 2019; 13(11):1445-50.
20. Ghorbani A. Religious coping with life's adversities: Explanation and examination of Pargament's theory of religious coping. Journal of Lifestyle. 2016; 3(4):99-125 (Persian).
21. Mehrabizadeh Honarmand M, Shahroz M, Hammet Benari A, Torabizadeh M. The effectiveness of teaching positivity with an emphasis on Quranic verses on the happiness

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

and social anxiety of secondary school girls in Ahvaz. Journal of Psychology and Religion. 2017; 4(4):27-52 (Persian).
22. Ghbari Bonab B, Faqihi AN, Qasmipour Y. The works of Saleh Rahm from the perspective of Islam and psychology and its educational applications. Journal of Islamic Education. 2011; 5(3):114-81 (Persian).
23. Mortezaei Far S, Hamdiyeh M, Baghdar A, Targhee Jah S. Comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on the intensity of the symptoms of obsessive- compulsive of women with washing compulsive. Journal of Psychological Studies. 2019; 16(4):21-32 (Persian).
24. Javadi Koma A, Rezaian H, Pourshahriari M. The effectiveness of spiritual-religious group therapy on reducing the stress of mothers with mentally retarded children. Journal of Psychology and Religion. 2018; 4(6):67-84 (Persian).
25. Mahdavi Nisiani Z, Asadi A, Askari M, Ghalenoe F. The relationship between religious orientation and spiritual intelligence with emotional self-regulation in women subjected to violence in the family. Journal of Research in Religion and Health. 2018; 2(3):104-14.
26. Delavar, A. Research method in psychology and educational sciences. Editing: Tehran; 2018.
27. Ghobari Bonab B. The set of spiritual skills of students' social care system (NAMAD). Tehran: Vice President of Crime Prevention of the Judiciary; 2014: 2-14.
28. Yousefi A, Khayyam Nakoui Z. The basics of cognitive-behavioral training and its application in improving chronic diseases. Journal of Education in Medical Sciences. 2009; 10(5):792-800 (Persian).
29. Dehghani Ardakani Z, Mostafavi Rad A. Predicting mental health based on the personality characteristics and body image of high school female adults students. Women and Society. 2018; 10(1):364-31 (Persian).
30. Alizadeh A. Hassanzadeh L, Mahmoud Alilou M, Poursharifi H. Prediction of worry based on behavioral activation and inhibition systems, cognitive emotion regulation strategies and intolerance of uncertainty in students Journal of Cognitive Psychology. 2014; 5(3):1-11 (Persian).
31. Salmanian, M, Mohammadi M, Ghobari Bonab B. Spiritual psychotherapy for adolescents with behavioral disorders: design and introduction of a treatment package, a collection of selected works and articles of the 10th congress of pioneers of progress. Tehran: The Center of the Islamic-Iranian Model of Progress; 2015.
32. Chong GN, Mohamed S, Hatim Sulaiman A, Zainal NZ. Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. Journal of Religion and Health. 2017; 56(2):575-90.
33. McFarlane F, Allcott-Watson H, Hadji-Michael M, McAllister E, Stark D, Reilly C, et al. Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. European Journal of Paediatric Neurology. 2019; 23(4):317-28.
34. Balconi M, Angioletti L, De Filippis D, Bossola M. Association between fatigue, motivational measures (BIS/BAS) and semi-structured psychosocial interview in hemodialytic treatment. BMC Psychology. 2019; 7(1):1-1.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]