

اثربخشی برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر

افسر خلیلی صدرآباد^۱، فرامرز سهرابی^۲، اسماعیل سعدی پور^۳، علی دلاور^۴، زهرا
خوشنویسان^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر بود. این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم دبیرستان‌های دولتی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ و نمونه پژوهش شامل ۳۶ دانش‌آموز دارای رفتار پرخطر بود؛ بدین صورت که آزمودنی‌ها پس از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رفتارهای پرخطر و تاب‌آوری استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون t تحلیل گردیدند. نتایج نشان داد که آموزش برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، تاب‌آوری را افزایش و رفتارهای پرخطر نوجوانان را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در افزایش تاب‌آوری و کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان دختر دارای رفتار پرخطر مؤثر می‌باشد.

۱. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران، این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

Khalilimail5@yahoo.com

۲. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران، (نویسنده مسئول)

asmar567@yahoo.com

۳. دانشیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ebiabangard@yahoo.com

۴. استاد روان‌شناسی تربیتی و سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،

delavarali@yahoo.com، ایران،

۵. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران، Khoshnvisan25@gmail.com

واژگان کلیدی: ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی، آموزه‌های اسلامی، تاب‌آوری، رفتارهای پرخطر، نوجوان

مقدمه

نوجوانی^۱ دوره‌ای مهم و حیاتی است که با تغییرات جسمی، عاطفی، ذهنی و تکاملی همراه بوده و فرد را برای ورود به مرحله بزرگسالی آماده می‌کند (یارچسکی و ماهون^۲، ۲۰۰۲). از آن جا که نوجوانی زمان تجربه کردن و انتخاب‌های شخصی بوده، جوانان و نوجوانان در برابر مصرف مواد و رفتارهای پرخطر، بسیار آسیب‌پذیر هستند (راترام بروس^۳ و همکاران، ۲۰۰۲) و احتمال خطر برای شروع مصرف دارو و مواد مخدر وجود دارد (استنفیلد و کیرستین^۴، ۲۰۰۵). تحقیقات متعدد همواره در پی کشف عواملی بودند که بتوانند در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب‌دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند (غباری بناب، ۱۳۸۶). یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود، تاب‌آوری است. به‌طور کلی تاب‌آوری یک مفهوم امیدبخش است که در پژوهش‌های انجام شده از آن به عنوان مؤلفه پیشگیرانه در زمینه آسیب‌های اجتماعی از جمله خشونت (دیگل^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و رفتارهای پرخطر (باکتر، مزاکاپا و بردسلی^۶، ۲۰۰۳؛ کومو، سارچیاپون، گیانانتونیو، مانسینی و روی^۷، ۲۰۰۸) یاد شده است و شامل حوزه‌های جسمانی، عقلانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی می‌شود (ذال و همکاران، ۱۳۹۰).

برخی افراد با وجود تجربه اتفاقات استرس‌آمیز بسیار در زندگی، سلامت روان پایین و آسیب روانی خاصی ندارند و حتی گاهی در این شرایط سخت شکوفا می‌شوند. این افراد، تاب‌آور نامیده می‌شوند. افرادی که در انتهای سطح پایین تاب‌آوری هستند (بر روی پیوستار تاب‌آوری بالا و تاب‌آوری پایین) به مقدار ناچیز خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند؛ این افراد به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند

1. adolescence
2. Yarcheski & Mahon
3. Rotheram-Borus
4. Stansfield & Kirstein
5. Dekel
6. Buckner, Mezzacappa & Beardslee
7. Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy

(سیرت^۱، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر تاب آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت های سخت و تنش زای زندگی کمک می کند (ایزدیان^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)، و کیفیت زندگی را افزایش می دهد (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰). افراد تاب آور، توانایی تنظیم هیجانی پویا و مناسبی دارند و این منجر به سازگاری موفق با اتفاقات مهم زندگی و تجارب آسیب زا می شود. در حالی که افرادی که تاب آوری پایین به طور انعطاف ناپذیری، هیجانات خود را زیاد یا کم تنظیم می کنند (پینکورات^۳، ۲۰۰۹). در این راستا، پژوهش کریمی، خباز، حبیبی و کریمیان (۱۳۹۵)، نشان داد که میزان تاب آوری نوجوانان بزهکار از نوجوانان عادی پایین تر است. البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و می توان گفت توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون^۴، ۲۰۰۳).

امروزه مطالعات به دنبال کشف منابع مقاومت در برابر استرس می باشند و از جمله منابع مقاومت می توان به ویژگی های شخصیتی و عزت نفس، نوع رفتار و سرسختی و مهارت های مقابله ای اشاره نمود (ویلیامز^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). بیشتر محققان متفق اند که افراد تاب آور در عوامل مشابهی مشترک اند. برخی از این عوامل عبارتند از: هوش بالاتر، تعلق کمتر به بزهکار و عدم سوء مصرف مواد و بزهکاری (بنت و کوروپوس^۶، ۲۰۰۶)، خودمختاری بالاتر، استقلال، همدلی، تعهد به کار، جدیت، مهارت های حل مسئله خوب و روابط خوب با همسالان (جوکار، ۱۳۸۶). همچنین توانایی ایجاد خودنظم دهی یا خودکنترلی، خودپنداره مثبت، اجتماعی بودن و عزت نفس نیز از جمله عوامل مؤثر بر تاب آوری است (الیگنت و استراف^۷، ۱۹۹۳). اسمیت^۸ (۲۰۰۹)، سازگاری، متحمل بودن، پیشرفت گرایی، قدرت کلامی و عزت نفس را به عنوان عوامل مؤثر در تاب آوری ذکر می کند. قلی پور، مرعشی،

1. Siebert
2. Izadian
3. Pinquart
4. Conner & Davidson
5. Williams
6. Bennett & Cam Kouropoulos
7. Elegant & Strafe
8. Verner & smit

مهرابی‌زاده هنرمند و ارشدی (۱۳۹۴)، نیز به نقش ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری اشاره کرده‌اند.

در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به‌عنوان یک روش و مداخله درمانی چندبعدی پرداخته‌اند. پژوهشگران نیازهایی همچون نیاز به هدف، معنا و امید در زندگی، نیاز به فراتر رفتن از شرایط موجود، نیاز به تحمل فقدان، نیاز به مذهب، نیاز به همراهی و یاری، نیاز به چشم‌انداز مثبت در زندگی را از جمله نیازهای معنوی می‌دانند (ماتز^۱، ۲۰۱۳؛ هرمن^۲، ۲۰۰۱).

در دیدگاه اسلامی، چون ((فَطَرَتَ اللّٰهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللّٰهِ)) (روم، ۳۰)، فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است؛ اگر فرایند درمان به گونه‌ای تدارک شود که بیمار به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک شود، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او احیا می‌شود و سلامتی روانی را به دست می‌آورد. امام صادق (ع) فرموده‌اند: "دَائِكُ مِنْكَ وَ دَوَائِكُ فَيْكُ" (جوادی آملی، ۱۳۹۱)، درد انسان از خود اوست و درمانش نیز در خود اوست.

طرح ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی به‌خصوص با توجه به آیات قرآن کریم، کتاب جامع السعادات نراقی و نظرات دانشمندان اسلامی، به شیوه گروهی و در چهار محور مدیریت دانش و مهارت، اخلاق، علم و مطالعه، و شبکه (تعاون اجتماعی) با توجه به ویژگی‌های معنوی-اسلامی و بومی کشورمان تدوین گردید. این روش بر اساس آراء و نظریات آلپورت^۳ (۱۹۶۷) در مورد ارزش‌های دینی به منزله مهم‌ترین نیروی وحدت بخش در شخصیت انسانی منابع متعددی در دسترس است؛ کاوش گسترده مزلو^۴ در مورد شخص بافضیلت در جامعه سالم (۱۹۷۱)، تأکید مارسل^۵ (۱۹۹۵) بر ارزش‌ها و دیدگاهش درباره رابطه انسان با خداوند به‌عنوان بخش اساسی تجربه کامل انسانی، پژوهش‌های سلینگمن^۶ (۲۰۰۴) درباره نقش باورهای دینی در معنابخشی به زندگی و امید به آینده و ده‌ها

1. Mattes
2. Hermann
3. Allport
4. Maslow
5. Marcel
6. Seligman

پژوهش دیگر (برای نمونه: پارگامنت^۱ و همکاران، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۸؛ پولنر،^۲ ۱۹۸۹؛ پیکوک و پولوما،^۳ ۱۹۹۹؛ دماریا و کاسینو،^۴ ۱۹۸۸) در مورد آثار مثبت باور به وجود خداوند و انجام مناسک دینی، در سلامت روانی و درمان اختلالات هیجانی، با ادغام و یکپارچه سازی اعتقاد به خداوند و برقراری رابطه عمیق عاطفی-هیجانی با او و روش ها و فنون روان درمانی نوین، تدوین شده است و به عنوان شیوه ای علمی و با تأکید و تکیه تام بر مبانی اسلامی و ارزشی و با توجه همه جانبه بر الزامات بوم شناختی و با سبکی آسان و در زمانی کوتاه، زمینه بازتوانی، توان افزایی و تقوای فردی و اجتماعی (واکسیناسیون اجتماعی: "عَلَيْكُمْ أَنْفُسُكُمْ لَا يَصُرُّكُمْ مَنْ ضَلَّ إِذَا اهْتَدَيْتُمْ"، (مائده، ۱۰۵))؛ (بر شما باد توجه به خویشتن خویش که اگر به هدایت برسید، کسی که گمراه شده است نمی تواند به شما ضرری برساند) را به صورت خودانگیزه و خودمدار فراهم آورد.

تحقیقات نشان می دهد که مداخله های معنوی و دینی مانند حضور مکرر در محافل دینی همچون مسجد و کلیسا و ... به بهزیستی و رضایت درونی بیش تر از زندگی و کاهش اختلالات روانی مرتبط بوده اند (ورثینگتون^۵ و همکاران، ۱۹۹۶). بسیاری از تحقیقات اخیر، از نقش معنوی و مذهبی بودن خانواده در تاب آوری آن خبر می دهند (دوتی^۶، ۲۰۰۳، گریف و لوبسر^۷، ۲۰۰۷؛ پین^۸، ۲۰۱۰؛ بالدوین و جکسون و آکن و کنن^۹، ۲۰۱۱). همچنین کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش خود گزارش دادند که رابطه معنی داری بین جهت گیری مذهبی با میزان تاب آوری و امیدواری در دانشجویان وجود دارد. در پژوهش صیدی و همکاران (۱۳۹۰)، با عنوان رابطه ی بین معنویت خانواده با تاب آوری آن، با واسطه گری کیفیت ارتباط در خانواده، نتیجه گرفته شد که وجود جو معنوی در خانواده ها، به طور مستقیم و همچنین از طریق ارتقاء کیفیت ارتباط موجب تاب آوری و مدیریت مناسب مشکلات در

1. Pargament
2. Pollner
3. Peacock & Polama
4. Demaria & Kassinove
5. Worthington
6. Doty
7. Greeff & Loubser
8. Payne
9. Baldwin, Jackson, Okoh & Cannon

خانواده‌ها می‌شود. اسمیت^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، عنوان نمودند که داشتن معنا و هدف در زندگی برای سازگاری با شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی ضروری می‌باشد. پن^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، عنوان نمودند داشتن معنا و هدف در زندگی یکی از عوامل محافظتی شناخته‌شده در تاب‌آوری افراد است. ناکاشیما و کاندا^۳ (۲۰۰۵)، عنوان داشتند که یکی از عوامل تأثیرگذار در تاب‌آوری افراد، معنویت و ساختن یک روایت معنی‌دار از زندگی و مرگ (معناسازی شخصی) است.

با توجه به این که برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه، فنون انسانی‌نگر و شناختی از یک سو و آموزه‌های اسلامی از سوی دیگر است و با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد که با جست‌وجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که باعث دستیابی به مراحل بالاتر رشد و کمال شود و با توجه به اهمیت و نقش تاب‌آوری در مواجه شدن با مسائل و خطرات زندگی نوجوانان، این پژوهش در پی آن است برای این سؤال اساسی که آیا برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با رفتارهای پرخطر اثربخش است؟ پاسخ علمی فراهم کند.

روش

طرح کلی این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت آن یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر (N=۴۵۵۲)، مقطع دبیرستان شهرستان یزد بود که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ در شهرستان یزد مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌نهایی در این پژوهش ۱۸ نفر برای هر گروه به خاطر استفاده از روش آزمایشی و احتمال افت آزمودنی در نظر گرفته شد که به صورت تصادفی در دو گروه جایابی شدند. روش نمونه‌گیری به دو صورت بود؛ بدین صورت که ابتدا از بین نواحی آموزش و پرورش، به صورت تصادفی یک ناحیه انتخاب شد. سپس در این

-
1. Smith
 2. Pan
 3. Nakashima & Canda

دبیرستان ها پرسشنامه رفتارهای پر خطر اجرا گردید. آنگاه سه دبیرستانی که دانش آموزان آن ها نمره بالای ۹۰ در پرسشنامه رفتارهای پرخطر گرفتند در نظر گرفته شدند. سپس از میان دانش آموزان، ۳۶ نفر به صورت جایزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸) نفر و گروه گواه (۱۵) نفر قرار گرفتند. در این پژوهش قبل از اجرا به آزمونی ها حق آزادی کامل برای شرکت در تحقیق داده شد و در مورد حفاظت از هویت آن ها، دادن اطلاعات کافی در مورد پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن ها اطمینان کافی داده شد. در این پژوهش دانش آموزان از بسیاری جهات هم چون سطح رفتارهای پرخطر، سن، سطح تحصیلات همتا بودند. ابزار اندازه گیری شامل موارد ذیل بود:

برای سنجش خطرپذیری، از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS)، (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) استفاده شد. در این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری نوجوانان در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف به کار گرفته شده است. زاده محمدی و همکاران این طور گزارش کرده اند که: پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه ها در یک مقیاس ۵ گزینه ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) بیان کردند. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازی آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. آزمون KMO برابر با ۰/۹۴۹ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت بخش بود و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بود. همچنین میزان اعتبار LARS و خرده مقیاس های آن در سطح مناسب و مطلوبی بود؛ به طوری که میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸، سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۶، مصرف الکل ۰/۹۰۷، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵۶ و گرایش به جنس مخالف ۰/۸۰۹ به دست آمد (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۰۹ به دست آمد.

مقیاس تاب آوری (CD-RIS): برای سنجش میزان تاب آوری از مقیاس تاب آوری روان شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس ۲۵ گویه ای پنج مؤلفه

شایستگی / استحکام شخصی^۱، اعتماد به غرایز / تحمل عواطف منفی^۲، پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن^۳، کنترل^۴ و معنویت^۵ دارد که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود. گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیر مقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان صفر و حداکثر آن صد است. نتایج مطالعات مقدماتی پایایی و روایی این مقیاس را تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است. پایایی نسخه فارسی CD-RISC با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۵). میزان شاخص آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۱ به دست آمد که در حد قابل قبول و تأیید کننده پایایی پرسش‌نامه می‌باشد.

روش اجرا: کاربرندی پژوهش در این مطالعه عبارت بود از برنامه ایمن‌سازی تربیتی -

اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام. برای این منظور با استفاده از مقیاس رفتارهای پرخطر (زاده محمدی و همکاران)، ۳۶ نفر بر اساس بالاترین نمره‌های اکتسابی از پرسشنامه رفتارهای پرخطر، انتخاب و به‌طریق جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند و از هر دو گروه در یک زمان پیش آزمون مقیاس تاب‌آوری به عمل آمد. پس از آن برنامه "آموزش ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام" در ۱۲ جلسه ۱/۱۵ ساعته به‌صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا در آمد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان این مدت به‌منظور مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت. داده‌های این پژوهش با توجه به ماهیت تحقیق با استفاده از آمار توصیفی

1. personal competence/tenacity
2. trust in one's instinct/tolerance of negative affects
3. positive acceptance of change/secure relationships
4. control
5. spirituality

و آزمون t تجزیه و تحلیل شد. با توجه به عدم احراز پیش فرض همگنی واریانس از تحلیل کوواریانس استفاده نشد.

جلسات آموزش: برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی، برنامه ای است که بر اساس الگویی طراحی شده که خلیلی و همکاران (۱۳۹۳) ارائه دادند.

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی

| |
|---|
| جلسه اول |
| نیایش - اجرای پیش آزمون |
| معرفی شرایط کارگاه و آشنایی با موضوعات مندرج در فرم شماره ۱ مورد استفاده در این دوره و پر کردن فرم عضویت |
| تدوین قوانین کلاس با همکاری شرکت کنندگان در طرح و نصب روی مقوا و نصب |
| تأکید بر کلید واژه اتا (اراده، توکل و تفکر، اقدام) - نیایش پایانی |
| جلسه دوم |
| نیایش - نصب لوح نور در کلاس - خواندن پیمان با خویش |
| موضوع اخلاق: صبر و صداقت (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینه‌ای (استفاده از صندوقچه اطلاعات و دانش افراد گروه در مورد موضوع و تلاش افراد گروه برای تهیه بهترین برنامه برای رسیدن به من بهتر) |
| گروه بندی و وقت دادن برای مطالعه کتاب انسان در قران و بیان مطالب مهم روی تخته - ورزش بومی روزنوشته (تأثیرات مثبت جلسه، نکته های آموزنده در جلسه، برخورد و حرف های الهام بخش و خوب افراد و... بیان و در دفتر چه نوشته می شود. - نیایش پایانی |
| جلسه سوم |
| نیایش - خواندن پیمان عمومی |
| موضوع اخلاق: محبت و خوش خلقی (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینه‌ای (استفاده از صندوقچه اطلاعات و دانش افراد گروه در مورد موضوع) |
| ترازنامه (خود، خلق، خلقت و خدا) ترازنامه، توسط خود شخص تهیه می شود، طبیعتاً هر موقع نکته ای از خسارات و گناهان به یاد شخص می آید بایستی به ترازنامه اضافه شود. |
| ورزش بومی - روزنوشته - نیایش پایانی |
| جلسه چهارم |
| نیایش - موضوع باور: خدا را در همه جا دیدن، خیر و خوب دیدن (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش |
| جلسه پنجم: |

| |
|--|
| نیایش - موضوع باور: توانستن و تغییر در تغییر (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه ششم: |
| نیایش - موضوع زمان: بیشترین استفاده از زمان و مهم‌ترین کار (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه هفتم: |
| نیایش - موضوع زمان: نظم و استفاده از زمان دیگران (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه هشتم: |
| نیایش - موضوع رابطه: سودمند بودن و غربالگری رابطه‌ها (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه نهم: |
| نیایش - موضوع رابطه: ارتقاء رابطه‌ها و توسعه یافتن (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه دهم: |
| نیایش - موضوع مسئولیت اجتماعی: ترویج معروف و وفای به عهد (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه یازدهم: |
| نیایش - موضوع مسئولیت اجتماعی: دانش‌طلبی و سخت‌کوشی (چیستی، چرایی و چگونگی)، پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر |
| نشست آینده‌ای - مطالعه کتاب - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روز نوشت - نیایش جلسه دوازدهم: |
| نیایش - نشست آینده‌ای در مورد موضوعات مطرح شده در جلسات و مرور روز نوشت خواندن پیمان با خویش - اجرای پس‌آزمون - نیایش |

یافته‌ها

جدول ۲ یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون از مقیاس تاب‌آوری و رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | آزمایش | | کنترل | |
|----------------|-----------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون | ۴۷/۲۸ | ۶/۷۷ | ۶/۶۸ |
| | پس‌آزمون | ۶۷/۶۷ | ۹/۹۴ | ۶/۶۵ |
| رفتارهای پرخطر | پیش‌آزمون | ۱۰۱/۸۹ | ۱۰/۲۶ | ۹/۳۸ |
| | پس‌آزمون | ۸۶/۹۴ | ۶/۱۶ | ۹/۵۴ |

همان‌طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون تاب‌آوری تفاوت چندانی ندارند (۴۷/۲۸ در مقابل ۴۶/۸۳). بین نمرات میانگین در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تاب‌آوری در هر یک از گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد (۶۷/۶۷ در مقابل ۴۷/۴۴) که این تفاوت نشان‌دهنده تأثیر برنامه تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر تاب‌آوری دانش‌آموزان می‌باشد.

همچنین در جدول (۲) ملاحظه می‌شود که میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون رفتارهای پرخطر تفاوت چندانی ندارند (۱۰۱/۸۹ در مقابل ۱۰۲/۶۱). بین نمرات میانگین در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون رفتارهای پرخطر در هر یک از گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد (۸۶/۹۴ در مقابل ۱۰۲/۵۶) که این تفاوت نشان‌دهنده تأثیر برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان می‌باشد. برای مقایسه نمرات میانگین تفاوت تاب‌آوری و رفتارهای پرخطر، نتیجه آزمون t در جدول (۳) آمده است. بر اساس نتایج این جدول، میزان t در مؤلفه تاب‌آوری با درجه آزادی ۳۴ بیانگر آن است که تفاوت پس‌آزمون دو گروه در سطح $P < 0/01$ معنادار است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است. همچنین میزان t در مؤلفه رفتارهای پرخطر با درجه آزادی ۳۴ بیانگر آن است که تفاوت پس‌آزمون دو گروه در سطح $P < 0/01$ معنادار است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است.

جدول ۳. آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات تفاوت دو گروه در تاب‌آوری

| گروه | میانگین | تفاوت | درجه | سطح |
|--------|---------|---------|-------|----------|
| پس | پس | دو | آزادی | معناداری |
| آزمون | آزمون | میانگین | t | |
| آزمایش | ۶۷/۶۷ | ۲۰/۲۲ | ۷/۱۷۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| کنترل | ۴۷/۴۴ | | | |
| آزمایش | ۸۶/۹۴ | -۱۵/۶۱ | -۵/۸۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| کنترل | ۱۰۲/۵۵ | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر تاب‌آوری دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر بود که نتایج نشان داد این کاربندی توانسته است به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر موجب افزایش تاب‌آوری گردد. این پژوهش در نوع خود اولین تحقیق انجام شده در این حوزه است و لذا هیچ پژوهش داخلی یا خارجی مشابهی برای مقایسه نتایج آن یافت نشد. اما نتیجه حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات اسمیت و همکاران (۲۰۰۹)، پن و همکاران (۲۰۰۸)، ناکاشیما و کاندا (۲۰۰۵)، ورثینگتون^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، کرمی و همکاران (۱۳۹۱) و صیدی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد. در تبیین نتایج حاصل می‌توان اظهار داشت به دلیل این که نوجوانان در معرض خطر، بیشتر با دوستان خود همراهی می‌کنند و به دلیل اینکه تحت تأثیر گروه‌ها قرار دارند؛ لذا جلسات گروهی تجارب موفقیت‌آمیزتری برای آن‌ها به همراه داشت و این بخش از الگو با پژوهش براون^۲ و دامیکو^۳ (۲۰۰۲) همسو است. آن‌ها گزارش کردند هنگامی که نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد در مورد انتخاب روش درمانی مورد سؤال قرار گرفتند، ۰/۸۰ درمان‌های گروهی را بر درمان‌های فردی مؤثرتر دانستند و بیشتر پذیرفتند. اجرای مداخله در گروه، باعث شد تا دانش‌آموزان با تشکیل گروه دوستی و مطرح نمودن موضوعات مختلف در گروه و استفاده از تجربیات و نظرات همدیگر و اجرای نیایش گروهی و ورزش گروهی از موج مثبت گروه استفاده کرده و خود را در برابر آسیب‌های اجتماعی واکنش‌ناپذیر کنند. عدم آموزش مستقیم از مقاومت افراد در گروه می‌کاهد و این خود از اثرات مثبت

1. Worthington
2. Brown
3. Damico

قرار گرفتن در گروه است. به نظر می رسد، تحلیل اطلاعات و تجربه های افراد در گروه و واکنش اعضا در برابر صندوقچه اطلاعات افراد و نشست های آینه ای باعث افزایش عزت نفس و حس یکپارچگی و هدفمندی در زندگی افراد در گروه شده و این خود افزایش تاب آوری و کاهش رفتارهای پرخطر را در پی داشته است. با این نگاه می توان با جلسات ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی با تغییر معانی زندگی، سطح سلامت آن ها را تغییر داد؛ چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است. افراد از این طریق از محدوده خویشتن، زیست شناختی و روان شناختی فراتر می روند، صاحب ارزش های خاصی می شوند، معنای زندگی خویش را در می یابند و با تعالی نفس می توانند، خویشتن حقیقی خود را دریابند. موضوعی که از شکل های گروهی درمان بیشتر اتفاق می افتد؛ چون در طی گروه درمانی، انسان ها به زندگی که سفر طولانی خود کاوی است متعهد می شوند (کوری، ۱۹۹۰).

توجه به ظرفیت و توانایی انسان برای انجام رفتارهای خوب و خوب بودن و موجودیت مثبت انسان، باعث شد تا دانش آموزان با بعد مثبت وجودی اش آشنا شده و برای به ظهور رساندن آن تلاش کند. در این مداخله، برنامه های نیایش، لوح نور و مطالعه و بحث در مورد کتب دینی انگیزه دانش آموزان را در اعتلای موجودیت الهی خود افزایش داد. همچنین در بعد مباحث اخلاقی، مطالعه کتاب های مفید همچون انسان در قرآن، و... در مرحله بعد بحث و گفتگو در مورد مطالب کتاب به صورت گروهی، باعث مدیریت دانش و تعمیق آگاهی های دانش آموزان شد. افرادی که از نیایش ها، نشست های آینه ای و ترازنامه، برای تغییر چرخه های خودشان از من کنونی به من برتر استفاده کرده اند، بیشترین بهره را از برنامه های درمانی گرفته اند. این بخش از الگو نیز با پژوهش کرمی (۱۳۹۱) همسوست.

یکی از کارکردهای باورهای معنوی و معنویت، کمک به افراد زمان مواجهه با شرایط بحرانی است. ایمان و معنویت از عوامل مؤثر بر سازگاری برای کاهش شرایط تنش زا به شمار می روند و توانایی بیشتر برای چیره شدن بر شرایط دشوار و ناخواسته محیطی به همراه دارد. باور معنوی و دینی فرد، بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها اثر می گذارد و فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می کند (فلاح، ۲۰۱۰). مباحث دینی و اخلاقی، با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مراسم و مناسک جمعی (نیایش گروهی، مباحث گروهی اخلاق، لوح نور و...) می تواند زمینه های

لازم برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی و به دنبال آن حمایت اجتماعی را فراهم آورد. دین، علاوه بر کارکردهای دیگر، فراهم آورنده معنا در برابر جهانی است که پیوسته به بی‌معنایی گرایش دارد. دین با توجیهی که از رنج و سختی و حوادث می‌کند، یکی از نیازهای ژرف و عام بشر را برآورده می‌سازد. نیاز به این که اتفاقات و حوادث جنبه تصادفی ندارند؛ بلکه جزئی از یک الگوی معنی‌دار و نظم عادلانه می‌باشند؛ بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود اثر دینداری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش رفتارهای پرخطر، این نظریه را تأیید می‌کند که محتوای زاهدانه آموزه‌های دینی در خصوص اخلاق و صبر و کنترل خواهش‌های نفسانی و پرهیز از محرمت‌ها و... باعث می‌شود که افراد دیندار با کنترل بهتر نفسیات خود از گرایش به رفتارهای پرخطر خودداری کنند.

استدلال دیگر بر تأثیر مداخله آموزش بر تاب‌آوری دانش‌آموزان این است که دانش‌آموزان بعد از قرار گرفتن در معرض مداخله آموزشی، که به صورت گروهی، شاد، استفاده از تجربیات گروه هم‌سن، استفاده از منابع اسلامی صورت گرفت، دریافتند که در واقع، اعتقاد به خدایی که در همه حال در کنار انسان است و در سختی‌ها تنگدستی‌ها دست او را می‌گیرد و یاریگر وی است، باعث امید انسان در زندگی خواهد شد. در شرایطی که آن‌ها با مشکلاتی مثل بیماری یا سختی‌ها مواجه شوند، قاطعانه خواهند ایستاد و از تمام توان خویش استفاده خواهند کرد. چنین افرادی به‌طور یقین از لحاظ سلامت روان در جایگاه مطلوب قرار دارد. استدلال پژوهشگر در تدوین این الگوی نظری و کاربردی آن است که اگر تعالیم الهی و اسلامی، به‌ویژه، مؤلفه‌های اساسی ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال و مدیریت دانش و مهارت‌ها در سایه گروه‌درمانی و توجه به ارزش‌های بومی با یافته‌ها، رویکردها و فنون مختلف روان‌درمانی ادغام شود، کارآمدی و پایداری جلسات پیشگیری و درمان افزایش چشم‌گیری خواهد یافت. در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی را می‌توان به‌عنوان یک الگوی مؤثر در زمینه افزایش تاب‌آوری به کار برد.

مهم‌ترین محدودیت این تحقیق، کمبود پیشینه مطالعاتی در مورد برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و تاب‌آوری در ایران بود؛ از این رو پیشنهاد می‌شود محققان علاوه بر متغیرهای تاب‌آوری، سایر متغیرها را نیز مورد بررسی قرار داده و نسبت به برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان سایر مقاطع و دانشجویان و در

دو گروه دختر و پسر اقدام کنند. اجرای این برنامه در گروه های در معرض خطر و زوجین در معرض طلاق نیز پیشنهاد می گردد. هم چنین پیشنهاد می گردد که آموزش و پرورش این برنامه را در قالب کلاس های مهارت های زندگی یا سبک زندگی برای دانش آموزان در نظر بگیرد. این برنامه می تواند در قالب ضمن خدمت به مشاوران مدارس آموزش داده شود. سپس مشاوران اجرای آن را به صورت عملی در مدارس اجرا کنند.

منابع

- جوادی آملی، عبد الله. (۱۳۹۱). *مفاتیح الحیاه*. قم: اسراء.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روان شناسی معاصر*، دوره دوم، شماره چهارم.
- ذال، بهناز؛ گنجی، مرتضی؛ رمضانی، فریدون و بذلی، زهرا. (۱۳۹۰). اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر افزایش تاب آوری زنان. *اولین همایش ملی دوسالانه آسیب های اجتماعی ایران*، بیرجند.
- رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علی رضا؛ برجعلی، احمد و برماس، حامد. (۱۳۹۰). تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، دوره ۱، شماره ۱، ۱۸۷-۱۷۷.
- زاده محمدی، علی؛ احمد آبادی، زهره و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). اعتبار سنجی و رواسازی مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۳، پاییز ۹۰، ۲۲۵-۲۱۸.
- صیدی، محمد سجاد؛ پورا ابراهیم، تقی؛ باقریان، فاطمه و منصور، لادن. (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده با تاب آوری آن، با واسطه گری کیفیت ارتباط در خانواده. *روش ها و مدل های روان شناختی*، ۲(۵)، ۷۹-۶۳.
- غباری بناب، باقر؛ سلیمی، م؛ سلیمانی، لیلا و نوری مقدم، ثنا. (۱۳۸۶). *هوش معنوی*. اندیشه نوین دینی، ۳(۱۰)، ۱۴۷-۱۲۵.
- قرآن کریم. (۱۳۸۷)، ترجمه حضرت آیت الله مکارم شیرازی، تهران: مرکز طبع و نشر قرآن جمهوری اسلامی ایران.

- قلی‌پور، زهرا؛ مرعشی، سیدعلی؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و ارشدی، نسرین. (۱۳۹۴).
تاب‌آوری به عنوان میانجی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و شادکامی. *فصلنامه
روان‌شناسی تربیتی*، ۱۲ (۳۹)، ۱۳۵-۱۵۵.
- کریمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی و علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری مذهبی با
میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی. *فرهنگ در دانشگاه
اسلامی*، ۲ (۳)، ۲۴۳-۲۵۶.
- کریمی، یوسف؛ خباز، محمود؛ حبیبی، یوسف و کریمیان، نادر. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری
و حمایت اجتماعی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان عادی شهر تهران. *فصلنامه
روان‌شناسی تربیتی*، ۱۲ (۴۰)، ۱-۱۵.
- محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیرحسین؛ جوکار، بهرام پور و شهباز، عباس.
(۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد.
پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱ (۲-۳)، ۲۰۳-۲۲۴.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and
prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 423-443.
- Baldwin, D. R., Jackson III, D., Okoh, I., & Cannon, R. L. (2011). Resiliency
and optimism: An African American senior citizen's perspective.
Journal of Black Psychology, 37(1), 24-41.
- Bennett, C., & Kam bouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects
of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and
individual differences*, 41(2), 341-352.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics
of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory
processes. *Development and psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience
scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression
and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A.
(2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma
of prisoners with substance abuse and addiction. *The American journal
of drug and alcohol abuse*, 34(3), 339-345.
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress
disorder and family relations: Current knowledge and future directions.
Aggression and Violent Behavior, 15(4), 303-309.
- Demaria, T., & Kassinove, H. (1988). Predicting guilt from irrational beliefs,
religious affiliation and religiosity. *Journal of rational-emotive and
cognitive-behavior therapy*, 6(4), 259-272.

- Doty, T. R. (2003). *Resiliency and Religion/Spirituality: A Factor in Families Coping with Multiple Crises*. Doctoral dissertation, Southern Christian University, Alabama.
- Elegant, B. R. and Strafe, L. A. (1993). "Resilience as process". *Journal of Development psychopathology*, 5, pp: 517-528.
- Greeff, A. P., & Loubser, K. (2008). Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking families in South Africa. *Journal of Religion and Health*, 47(3), 288-301.
- Hermann, C. P. (2001), Spiritual needs of dying patients- A Qualitative Study, *Oncology Nursing Forum*, 28 (1), 67-72.
- Izadian, N., Amiri, M., ghorban Jahromi, R., & Hamidi, S. H. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1615-1619.
- Marcel, G. (1995). *Te Philosophy of Existentialism* (Manya Harari, Trans.). *New York: Citadel. (Original work published 1949)*.
- Maslow, A. H. (1971). The farther reaches of human nature.
- Mattes, R. (2005). Spiritual need one: Spiritual development: The aging process: A journey of lifelong spiritual formation. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 17(3-4), 55-72.
- Nakashima, M., & Canda, E. R. (2005). Positive dying and resiliency in later life: a qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 19(1), 109-125.
- Pan, J. Y., Wong, D. F. K., Chan, C. L. W., & Joubert, L. (2008). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: A resilience framework and a cross-cultural comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(6), 505-514.
- Pargament, K. L., & Olson, H. (1992). God help me (2). *Journal of Scientific Study of Religion*, 31(4), 504-513.
- Payne, P. B. (2010). *Spiritual beliefs in early family experiences and couples' co-creation of spiritual beliefs during the early years of marriage*. The University of Arizona.
- Peacock, J. R., & Poloma, M. M. (1999). Religiosity and life satisfaction across the life course. *Social Indicators Research*, 48(3), 319-343.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30(1), 53-60.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of health and social behavior*, 92-104.
- Rotheram-Borus, M. J., Miller, S., Koopman, C., Haignere, C., & Selfringe, C. (2002). *Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions*. New York: HIV Centre for Clinical and Behavioral studies.
- Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Siebert, A. (2007). How to develop resiliency strengths. Available: www.resiliencycenter.com.

- Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The journal of pain, 10*(5), 493-500.
- Stansfield, K. H., & Kirstein, C. L. (2005). Neurochemical effects of cocaine in adolescence compared to adulthood. *Developmental Brain Research, 159*(2), 119-125.
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of general internal medicine, 26*(11), 1265-1271.
- Worthington E. L. J. R., Kurusu T. A., McCullough, M. E., Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and research on religion and Psychotherapeutic processes and outcome: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin, 119*, 448-87.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (2002). Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. *Nursing research, 51*(4), 229-236.