

برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی: مقایسه اثربخشی و پایداری اثر آن با ایمن سازی در برابر استرس بر خطرپذیری دانش آموزان

افسر خلیلی صدرآباد^۱

فرامرز سهرابی^۲

اسماعیل سعدی پور^۳

علی دلاور^۴

زهرا خوشنویسان^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱۵

تاریخ وصول: ۹۵/۱/۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی و میزان پایداری اثر برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی با ایمن سازی در برابر استرس بر خطرپذیری دانش آموزان است. روش تحقیق روش تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و گروه آزمایش بود. نمونه‌ی پژوهش ۵۴ دانش‌آموز دارای رفتار پرخطر بود که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری مقیاس رفتارهای پرخطر زاده‌محمدی و همکاران بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس کاهش معنادار را در میانگین نمره‌های خطرپذیری دو گروه آزمایش، و نتایج آزمون توکی تفاوت معنادار در نتایج دو گروه را نشان داد. همچنین آزمون زوجی نشان داد که اثر آموزش ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به مدت شش ماه پایدار است. این پایداری در برنامه ایمن سازی در برابر استرس ثابت نشد. یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و ایمن سازی در برابر استرس را می‌توان به عنوان گزینه‌هایی برای کاهش خطرپذیری دانش‌آموزان در نظر گرفت؛ لیکن برنامه ایمن سازی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی پایداری اثر بیشتری دارد.

۱. دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه امام رضا (ع) مشهد khalilimai15@yahoo.com

۲. استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) sohrabi@atu.ac.ir

۳. دانشیار روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

۴. استاد روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

۵. استادیار روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه امام رضا (ع)

واژگان کلیدی: ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی، مذهب، ایمن‌سازی در برابر استرس، رفتارهای پرخطر، نوجوان

مقدمه

دوران مدرسه و نوجوانی^۱، یک زمان بحرانی برای شروع مصرف سیگار (مالیا و همیلتون^۲، ۲۰۱۰)، و اختلالات هیجان‌خواهی مزمن و بروز رفتارهای پرخطر است (هربرت^۳، ۲۰۰۵). امروزه شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین دل‌نگرانی‌های بشری تبدیل شده و علی‌رغم فعالیت‌های سه دهه گذشته رفتارهای مخاطره‌آمیز در سطح جهان دارای رشد تصاعدی بوده است (ملکشاهی و مؤمنی نسب، ۱۳۸۶). به عنوان مثال، پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، تنها بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر برسد (اسلاسکی^۴، ۲۰۰۴). اگر پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر را نیز به حساب آوریم، آسیب‌های وارده چند برابر می‌شود. رفتارهای پرخطر^۵، به هر واکنش یا رفتاری دلالت دارد که بالقوه می‌تواند ابعاد سلامت جسمانی، انجام تکالیف بهنجار رشدی، اجرای نقش‌های اجتماعی مورد انتظار، اکتساب مهارت‌های اساسی، دستیابی به احساس کفایت، سلامت و شایستگی و آمادگی مناسب برای دوره‌های بعدی رشد را به خطر اندازد (خوشخوی، ۱۳۹۲). مهم‌ترین رفتارهای پرخطر از حیث فراوانی، نمونه‌واری و ناخوشایندی شامل مصرف الکل، مصرف تنباکو، فعالیت جنسی ناایمن، رانندگی خطرناک، و خشونت بین‌فردی می‌شود (کلوئپ، گونی، کاک و سیم‌سک^۶، ۲۰۰۹ و بویر^۷، ۲۰۰۶). این رفتارها از حیث صدمات و خسارت‌هایی چون وقوع خودکشی، مرگ‌ومیر زود هنگام (کورنلیوس، رینولدس، مارتز، کلارک، کریسکی و تراتر^۸، ۲۰۰۸)، بیماری‌های روانی مانند افسردگی (گلدستن، والتون، کونینگهام، تروبریدج

-
1. Adulscenc
 2. Mallia & Hamilton-West
 3. Herbert
 4. Slusky
 5. risky behavior
 6. Kloep, Guney, Cok & Simsek
 7. Boyer
 8. Cornelius, Reynolds, Martz, Clark, Kirisci & Tarter

و ماریو^۱، (۲۰۰۷)، درگیری و ابتلا به بیماری‌های قلبی (میشائیل و بن‌زور^۲، ۲۰۰۷)، بیماری‌های عفونی خطرناکی مانند ایدز و هپاتیت‌های ویروسی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸) و هزینه‌های زمانی و مالی اقدامات تغییر رفتار (سلیمانی‌نیا، جزایری و محمدخانی، ۱۳۸۴) مورد توجه است، و نگرانی‌های عمده‌ای را برای متولیان بهداشت جامعه در اکثر جوامع ایجاد کرده است (یارچسکی و ماهون^۳، ۲۰۰۲).

گرچه درمان‌های استاندارد و شناخته شده در حوزه بهداشت روان و رویکردهای موج سوم ناشی از رفتار درمانی، مورد توجه بسیاری از متخصصان حوزه بهداشت روان‌درمانی قرار گرفته است؛ لیکن از جمله مسائل ضروری و مورد توجه در مشاوره و روان‌درمانی، توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی هر ملت است. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که درمانی که مبتنی بر متغیرهای مذهبی باشد به اندازه رویکردهای استاندارد مؤثر است (مک‌کالاخ، بونو و روت^۴، ۲۰۰۵). بسیاری از متخصصان، بیماران و نیز بسیاری از افراد جامعه، اختلالات مرتبط با درمان‌های دارویی را به عنوان یک موضوع دینی و فرهنگی تصور می‌کنند و مورد نظر قرار می‌دهند (هوگولت و کوانینگ^۵، ۲۰۰۹). محققان همچنین بیان می‌کنند که دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقشی مؤثر در بروز یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسائل بهداشت روانی دارد (یانکر و دهان^۶، ۲۰۱۲؛ برگ، مایر و میلر^۷، ۲۰۱۱؛ راسیک، بلیک، کاتز و سارین^۸، ۲۰۰۹ و واچن^۹، ۲۰۰۸).

در دیدگاه اسلامی، چون فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است^{۱۰}، اگر فرایند درمان به گونه‌ای تدارک شود که بیمار به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک شود،

1. Goldestin, Walton, Cunningham, Trowbridge, & Mario
2. Michael & Ben-Zu
3. Yarcheski & Mahon
4. McCullough, Bono & Root
5. Huguelet, & Koenig
6. Yonker & DeHaan
7. Burg, Mayers & Miller
8. Rasic, Belik, Elias, Katz & Sareen
9. Vachon & Boyer

۱۰. فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ (روم، ۳۰)

بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او احیا می‌شود و سلامتی روانی را به دست می‌آورد (جوادی آملی، ۱۳۹۱). به غیر پاکی نهاد، انسان موجودی مختار و انتخابگر است؛ یعنی در پرتو قوه عقل پس از بررسی جوانب مختلف فعل، انجام یا ترک آن را برمی‌گزیند^۱. انسان به حکم این که از خرد و اختیار برخوردار است، موجودی مسئول به حساب می‌آید^۲، و در مقابل این مسئولیت پاسخگوست^۳. این مسئولیت‌پذیری زمانی تحقق می‌پذیرد که رسالت و تکلیفی در کار باشد؛ یعنی انسان بتواند کارهایی را با اراده و اختیار بپذیرد و مسئولیت انجام آن را به عهده بگیرد، با اختیار و اراده خود، انجام یا ترک کاری را به عهده بگیرد^۴.

آموزه‌های اسلامی همچنین به اهمیت نقش اخلاق در انسان می‌پردازند. اخلاق جمع خلق می‌باشد و خلق صفتی را گویند که در نفس انسان رسوخ داشته باشد و موجب آن می‌شود که رفتارها متناسب با آن (خلق) و بدون نیاز به تأمل و تفکر از وی صادر شود (ابن مسکویه، ۱۳۷۱). علم اخلاق علمی است که صفات نفسانی خوب و بد و اعمال و رفتار اختیاری متناسب با آن‌ها را معرفی می‌کند و شیوه تحصیل صفات نفسانی خوب و انجام اعمال پسندیده و دوری از صفات نفسانی بد و اعمال ناپسند را نشان می‌دهد (نراقی، بی‌تا، ترجمه فیضی، ۱۳۸۸).

همچنین در معارف دینی بر دانش‌اندوزی تأکید فراوانی شده است. دین مبین اسلام و کلام‌الله مجید برای مطالعه و کتابخوانی و کسب علم ارزش و اعتبار خاصی قائل شده است. اهمیت کتابخوانی در اسلام به قدری است که معجزه پیامبر اکرم (ص) از نوع کتاب است و در این کتاب مقدس هم اولین آیاتی که بر پیامبر (ص) نازل شده با امر به خواندن و الفاظ کتاب، قلم، و علم توأم شده است.

محتوای برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با توجه به نگاه دین اسلام به فطرت پاک، قدرت اختیار و تفکر، مسئولیت‌پذیری، اخلاق و علم و آگاهی انسان تدوین شده است.

۱. إِنَّا هَدَيْنَا السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا (انسان، ۳)

۲. أَيْحَسِبُ الْإِنْسَانُ أَنْ يُتْرَكَ سُدى (قیامت، ۳۶)

۳. وَلَا تَرَوْا وَازِرَةً وِرْزٍ آخِرَى (زمر، ۷)

۴. وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا (اسراء، ۳۶)

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که دین‌داری سالم و بالغانه با رفتارهای ضد اخلاقی مانند سوء‌مصرف مواد (میخالاک^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ سینها^۲ و همکاران ۲۰۰۷)، رفتارهای جنسی خارج از چارچوب ازدواج (دویسر^۳ و همکاران، ۲۰۰۷، بدرفتاری خانگی (ماهونی^۴ و همکاران، ۲۰۰۱)، تبعیض و تعصبات نامقبول (روات و فرانکلین^۵، ۲۰۰۴) ارتباط منفی دارد. فلتچرا و کومار^۶ (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دینداری ذاتی در دوران بلوغ دارای مهم‌ترین اثرات در کاهش وابستگی به استفاده و سوء استفاده از مواد مخدر است. همچنین تورانو، شاون، ویتمن، هامپسون، رابرتز و دانیل^۷ (۲۰۱۲)، در پژوهش خود بیان کردند که باورهای مذهبی سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس افراد را به همراه دارد و از جمله عواملی که ممکن است در پیشگیری از اختلالات روانی و مشکلات ناشی از آن نقش مؤثری داشته باشد، داشتن باورها و اعتقادات مذهبی است. افشانی، امانی و میرمنگره (۱۳۹۳)، در پژوهشی با عنوان دینداری و رفتارهای پرخطر به این نتیجه رسیدند که با افزایش دینداری رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. همچنین رحمتی و همکاران (۱۳۹۰)، در یک مطالعه کیفی بیان کردند که مذهب متغیری است که روی رفتارهای پرخطر تأثیر می‌گذارد و مذهبی بودن مانع رفتارهای پرخطر می‌شود و بنابراین به عنوان مانع عفونت ایدز محسوب شده و می‌تواند حمایت‌ها یا راهکارهایی برای انتخاب رفتار سالم ارائه نماید.

از جمله راهبردهای موثر دیگر به منظور پیشگیری و انجام مداخلات، شیوه ایمن‌سازی روانی است. برنامه ایمن‌سازی روانی، از برنامه‌های درمانی است که بر اساس نظریه‌های شناختی - رفتاری طرح‌ریزی شده است و اولین بار مایکن باوم آن را مطرح کرده است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (سادوک،

-
1. Michalak
 2. Sinha
 3. De Visser
 4. Mahoney
 5. Rowalt & Franklin
 6. Fletchera & Kumarb
 7. Turiano, Shawn, Whiteman, Hampson, Roberts & Daniel

سادوک^۱، ۲۰۰۳). با مرور محقق بر پژوهش‌های انجام شده، تعداد پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی ایمن‌سازی در برابر استرس بر رفتارهای پرخطر اندک بود. نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۴) این نکته را نشان داد که آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس تأثیر معنی‌داری در کاهش استرس ادراک شده و تقویت نگرش منفی به مصرف مواد داشت. تحقیقات شیهی و هوران^۲ (۲۰۰۴)؛ قدم‌پور، سبزیان و بیرانوند (۱۳۹۲)؛ و نریمانی، حسن‌زاده و ابوالقاسمی (۱۳۹۱) و سهرابی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که کاربرد ایمن‌سازی در مقابل استرس باعث کاهش سطح استرس و اضطراب گردیده است. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس همچنین باعث کاهش فرسودگی شغلی و افزایش تاب‌آوری (مهرآبادی و صفاری‌نیا، ۱۳۸۸) و افزایش سازگاری (پورهمایون و فرحبخش، ۱۳۸۸) شده است.

مروری بر پژوهش‌های صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که کار جدی و مجزایی که آموزه‌های اسلامی را به صورت علمی و همه‌جانبه، به صورت فردی و اجتماعی و یا تلفیق اصول علمی و اسلامی به صورت مهارت‌های زندگی تدوین کند صورت نگرفته است. با توجه به این که برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد اسلامی یکی از روش‌های کل‌نگر و تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به ویژه، فنون انسانی‌نگر و شناختی از یک‌سو و آموزه‌های اسلامی از سوی دیگر است، و به ابعاد مختلف انسان در پیشگیری و درمان اختلالات روانی می‌پردازد، می‌توان این خلأ مطالعاتی را برطرف نمود. در این پژوهش برای اولین بار تأثیر برنامه ایمن‌سازی روانی در مقایسه با تأثیر برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مورد بررسی قرار گرفت. از طرف دیگر اجرای این دو برنامه ایمن‌سازی بر گروه هدف خاص یعنی دختران با رفتارهای پرخطر نیز خلأ مطالعاتی در این مورد را برطرف می‌نماید. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی و پایداری اثر برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با ایمن‌سازی در برابر استرس بر خطرپذیری دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان یزد بود.

-
1. Sadock & Sadock
 2. Sheehy & Horan

روش پژوهش

در این پژوهش از دو روش آزمایشی و کیفی استفاده شد. در بخش آزمایشی از طرح تحقیق بین گروهی استفاده شد. طرح تحقیق شامل پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود؛ بدین صورت که آزمودنی‌ها پس از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و کسب نمره ۹۰ و بالاتر در پرسشنامه رفتارهای پرخطر، به صورت تصادفی به سه گروه هر گروه به تصادف در معرض یک کاربندی آزمایشی قرار گرفتند. در این تحقیق دو متغیر مستقل برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و ایمن‌سازی در برابر استرس ارائه شد.

جامعه آماری این پژوهش در بخش کیفی، قرآن کریم و متون اسلامی جامع السعادات نراقی و نظرات دیگر دانشمندان اسلامی و متون علمی بود.

تدوین برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، قسمت کیفی پژوهش را تشکیل داد. به منظور تدوین این برنامه، برای یافتن موضوعات مورد نظر برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و تهیه فهرست اولیه، ابتدا با مراجعه به قرآن کریم و کتاب جامع السعادات نراقی، موضوعات مهم مورد نظر دین مورد بررسی قرار گرفت و سپس فهرست کاملی از ویژگی‌ها و خصوصیات اخلاقی انسان تهیه گردید. سپس با همکاری ۲۰ نفر از متخصصان تعلیم و تربیت اسلامی، فهرست اولیه طبقه‌بندی شده و به صورت فهرست کوتاه‌تر آماده شد. و در پایان ساختار جلسات بر اساس مقوله‌های اخلاق، مسئولیت‌پذیری، علم و مطالعه و تعاون قرار گرفت. این مقوله‌ها بر اساس مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (۱۹۹۴) در برنامه قرار گرفتند. با توجه به بعد اجتماعی بودن انسان و توجه برنامه ایمن‌سازی به بعد اجتماعی و روابط بین فردی، در تدوین برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، از رویکرد نظری یالوم (۱۹۹۰) در حوزه روان‌درمانگری گروهی بهره برده شد.

خلاصه شرح جلسات برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (بر اساس مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (۱۹۹۴))

۱- مرحله پیش از تأمل:

گام اول- تبیین جایگاه کرامت انسان در اسلام (کرامت ذاتی و اکتسابی)

گام دوم- غفلت و عوامل مؤثر بر غفلت (کمی مراقبت و هشیاری، ایمان ضعیف، کمی یاد خدا)

گام سوم- افزایش هوشیاری نسبت به علایم و نشانه‌های غفلت (نابینایی درونی و سهو و لهو و نسیان)

۲- مرحله تأمل:

الف) پیش از تغییر:

گام چهارم- شناخت موانع تغییر (فراموش کردن هدف از زندگی، عدم جستجوی کرامت اکتسابی)

گام پنجم- محدودکننده‌های هشیاری (توجه به بیرون از خود و غفلت از نیروی درون)

ب) برانگیختن تغییر:

گام ششم- راه‌های زدودن غفلت و افزایش هشیاری (مداومت بر ذکر، مطالعه، تفکر، مشورت)

۳- مرحله برنامه‌ریزی:

گام هفتم- شناسایی حیطه‌هایی که باید تغییر کند (اخلاق و صفات انسانی)

گام هشتم- تعهد در برنامه عمل انتخابی (بازگشت به خویشتن و مسئولیت‌پذیری، تعیین تکلیف)

۴- مرحله تحکیم:

گام نهم- توجه به مواضع لغزش (اهمال کاری، عادت‌های رفتاری، سخت جلوه دادن تغییر، عدم نظارت)

۵- مرحله پایانی: پیش‌گیری از بازگشت

گام دهم- توجه به اهمیت شبکه تعاون و کارگروهی (حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری به وسیله گروه به منظور تداوم دست‌آوردهای جلسات و پیگیری تصمیمات) در بخش آزمایشی، جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دختر (N=۴۵۵۲)، مقطع دوره دوم دبیرستان بودند که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ در شهرستان یزد مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش دانش‌آموزان از بسیاری جهات همچون سطح رفتارهای پرخطر، سن و سطح تحصیلات هم‌تا بودند.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری دارای دو مرحله بود؛ بدین صورت که ابتدا از بین نواحی آموزش و پرورش، به صورت تصادفی یک ناحیه انتخاب شد. سپس در این دبیرستان‌ها در پایه دوم پرسشنامه رفتارهای پرخطر اجرا گردید. آنگاه سه دبیرستانی که دانش‌آموزان آن‌ها نمره بالای ۹۰ در پرسشنامه رفتارهای پرخطر گرفتند در نظر گرفته شدند. سپس از میان دانش‌آموزان، ۵۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در روش آزمایشی حداقل اندازه نمونه را ۱۵ نفر در نظر می‌گیرند، اما 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 به سه گروه و هر گروه به تصادف در معرض یک کاربندی آزمایشی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات: مقیاس رفتارهای پرخطر

برای سنجش خطرپذیری، از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS)، (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) استفاده شد. در این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری 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. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. آزمون KMO برابر با ۰/۹۴۹ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت‌بخش بود و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بود. همچنین میزان اعتبار LARS و خرده مقیاس‌های 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. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی برابر ۰/۹۱ بود که در سطح مطلوب و رضایت‌بخش بود.

متغیر مستقل در این پژوهش، مداخله‌های آموزشی برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام و ایمن‌سازی در برابر استرس بود که در قالب ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای اجرا شد.

جدول ۱. برنامه جلسات آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی

جلسه اول

نیایش- اجرای پیش‌آزمون - معرفی و معارفه بهبان، بهجویان و بهنگار
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 شرکت‌کنندگان در طرح و نصب روی مقوا و نصب
تأکید بر کلید واژه انا (اراده، توکل و تفکر، اقدام)- نیایش پایانی

جلسه دوم

نیایش- نصب لوح نور در کلاس- خواندن پیمان با خویش
موضوع اخلاق: صبر و شکیبایی (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)
گروه‌بندی و وقت دادن برای مطالعه کتاب یا سی‌دی مناسب موضوع و ارائه مطالب مهم روی تخته - ورزش
بومی
روزنوشت (تأثیرات مثبت جلسه، نکته‌های آموزنده در جلسه، برخورد و حرف‌های الهام‌بخش و خوب افراد
و..... بیان و در دفترچه نوشته می‌شود. - نیایش پایانی

جلسه سوم

نیایش- خواندن پیمان عمومی
موضوع اخلاق: محبت و خوش‌خلقی (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 می‌شود، طبیعتاً هر موقع نکته‌ای از
خسارات و گناهان به یاد شخص می‌آید بایستی به ترازنامه اضافه شود.
ورزش بومی- روزنوشت- نیایش پایانی

جلسه چهارم:

نیایش - موضوع اخلاق: خدا باوری، خیر و خوب دیدن (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و یا تماشای سی‌دی - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه پنجم:

نیایش - موضوع اخلاق: شکرگزاری (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و یا سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه ششم:

نیایش - موضوع اخلاق: نظم و بیشترین استفاده از زمان و مهم‌ترین کار (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه هفتم:

نیایش - موضوع اخلاق: رابطه سودمند با دیگران (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه هشتم:

نیایش - موضوع اخلاق: صداقت و راستگویی (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه نهم

نیایش - موضوع اخلاق: دانش‌طلبی و سخت‌کوشی (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه دهم

نیایش - موضوع اخلاق: احترام (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه یازدهم

نیایش - موضوع اخلاق: فروتنی (چیستی، چرایی و چگونگی)، پرکردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر
نشست آینه‌ای - مطالعه کتاب و سی‌دی - خواندن پیمان با خویش - ورزش بومی - روزنوشت - نیایش

جلسه دوازدهم

نیایش - جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات ایمن‌سازی در برابر استرس مایکناوم

جلسه اول

۱- آشنایی اولیه با دانش‌آموزان و تأکید بر شرکت فعال و حضور به موقع و ۲- اجرای پیش‌آزمون توسط همکار پژوهشگر

جلسه دوم

۱- معرفی و آموزش تکنیک‌های شناسایی احساسات، مانند احساسات شدید خشم، ترس، نفرت و انتقام. ۲-
تمرین عملی تکنیک‌های شناسایی احساسات در گروه و سپس مهارت شناخت احساسات تمرین می‌شود. ۳-
تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه سوم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های تکلیف شده؛ ۲- طرح الگوهای فکری معیوب و تغییر این الگوها؛ ۳- تکلیف جهت شناختن الگوهای فکری معیوب و جایگزینی آن با الگوی فکری مناسب.

جلسه چهارم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده؛ ۲- تمرین عملی مهارت‌های سازگاری شناختی مانند تمرکز بر جنبه‌های مثبت، خودگویی مثبت، آموزش خوش بینی و ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه پنجم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های عنوان شده؛ ۲- معرفی تکنیک‌های آرامش عمیق عضلانی و تنفس عمیق. ۳- تمرین عملی تکنیک‌های آرامش عمیق عضلانی و تنفس عمیق در گروه و ۴- تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه ششم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده، ۲- تمرین عملی تکنیک‌های توقف فکر و ۳- تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه هفتم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده؛ ۲- مواجهه تدریجی و اجرای عملی آن به صورت ترسیم کردن و یا گفتن و نوشتن و ۳- تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه هشتم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده؛ ۲- اجرای مداخلات مربوط به پردازش شناختی مانند کشف افکار و به چالش کشیدن آن و اصلاح شناختی شناخت‌های ناصحیح و ۳- تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه نهم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده و ادامه بحث پردازش شناختی؛ ۲- تکلیف عملی مطالب آموزش داده شده.

جلسه دهم

۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده و ۲- جمع‌بندی از کل جلسات و بررسی بازخورد کل مطالب گفته و تمرین شده و راه‌های عملی ایجاد مهارت‌ها برای همیشه و رسیدن به ثبات رفتاری.

جلسه یازدهم

جمع‌بندی بحث و اجرای پس‌آزمون

متغیر وابسته در پژوهش، پرسشنامه رفتارهای پرخطر بود. میزان تغییرات آن با تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشخص شد. داده‌های این پژوهش با توجه به ماهیت تحقیق، با استفاده از آمار توصیفی و آزمون t و توکی تجزیه و تحلیل شد. به دلیل عدم احراز یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (همگونی شیب رگرسیون)، در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه رفتارهای پرخطر در سه گروه پژوهش قبل و بعد از آموزش

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی		۱۰۱/۸۸	۱۰/۲۶	۸۶/۹۴	۶/۱۶
		۱۰۱/۸۳	۸/۹۶	۹۳/۵۵	۹/۹۸
کنترل		۱۰۲/۶۱	۹/۳۸	۱۰۱/۷۷	۹/۳۴

جدول ۳، آمار توصیفی متغیرها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نتایج حاصل نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش کاهش یافته و در گروه کنترل تفاوتی نداشته است؛ لذا جهت بررسی معناداری در مراحل پس‌آزمون و مقایسه بین معناداری دو گروه نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون توکی

به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۴. نتیجه آزمون نرمال بودن نمرات تاب‌آوری

نتیجه‌گیری	آماره آزمون K-S	سطح معنی‌داری	متغیر
نرمال است	۱/۰۰۳	۰/۲۶۷	پیش آزمون
نرمال است	۱/۱۲	۰/۱۶۳	پس آزمون
نرمال است	۱/۸۶	۰/۰۷۹	پس آزمون - پیش آزمون

با توجه به نتایج جدول ۴، چون مقدار سطح معنی‌داری برای تمام مؤلفه‌ها بزرگتر از مقدار خطا ۰/۰۵ است، در نتیجه نمرات دارای توزیع نرمال هستند؛ پس پیش فرض اول تأیید شد.

جدول ۵. خلاصه اطلاعات آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات میانگین پس آزمون گروه

آزمایش و کنترل

تحلیل کوواریانس		همگنی شیب‌ها		همگنی واریانس	
sig	F	sig	F	sig	لوین
۰/۰۰۱	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱	۹/۱۳۹	۰/۳۷۵	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۵ بیانگر این مطلب است که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ولی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید نشده است. لذا با توجه به عدم تأیید پیش فرض‌های استفاده از روش تحلیل کوواریانس، ناگزیر از روش دوم (آزمون T میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل) و آزمون تعقیبی توکی به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶. خلاصه اطلاعات مقایسه‌ها

گروه	مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار تفاوت‌ها	سطح معناداری
کنترل	ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی	-۱۴/۱۱	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی در برابر استرس	-۷/۴۴	۱/۷۵	۰/۰۰۱

۰/۰۰۲	۱/۷۵	-۶/۶۷	ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی	ایمن‌سازی در برابر استرس
-------	------	-------	-------------------------------	-----------------------------

نتایج جدول ۶ بیانگر این مطلب است که تفاوت بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار می‌باشد؛ یعنی اینکه هر دو برنامه‌های آموزش ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان داشته است. همچنین نتایج آزمون توکی نشان داد که تفاوت بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش معنادار می‌باشد؛ یعنی اینکه آموزش ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی نسبت به آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، تأثیر بیشتری بر کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان داشت.

جدول ۷. خلاصه اطلاعات آزمون T زوجی، به منظور مقایسه میانگین نمرات دانش‌آموزان آموزش دیده با روش ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در دو حالت بلافاصله پس از آموزش و ۶ ماه بعد از آموزش

مقیاس	گروه‌ها	\bar{X}	S	تفاضل میانگین‌ها	S	T	درجه آزادی	سطح معناداری
رفتار پرخطر	پس از آموزش	۸۶/۹۴	۶/۱۴	۰/۱۶	۰/۳۸	۱/۸۴	۱۷	۰/۰۸
	۶ ماه بعد از آموزش	۸۷/۱۱	۶/۱۶					

بر اساس نتایج آزمون فوق، می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات دانش‌آموزان گروه آزمایش در دو مرحله مذکور تفاوت معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ وجود ندارد؛ یعنی این که اعمال متغیر آزمایش (ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی)، دارای نتایج باثبات در بین دانش‌آموزان به مدت ۶ ماه می‌باشد.

جدول ۸. خلاصه اطلاعات آزمون T زوجی، به منظور مقایسه میانگین نمرات دانش‌آموزان آموزش دیده با روش ایمن‌سازی در برابر استرس در دو حالت بلافاصله پس از آموزش و ۶ ماه بعد از آموزش

مقیاس	گروه‌ها	\bar{X}	S	تفاضل میانگین‌ها	S	T	درجه آزادی	سطح معناداری
	پس از آموزش	۹۳/۵۵	۹/۹۸					
	۶ ماه بعد آموزش	۹۴/۲۲	۹/۹۷	۰/۶۶	۱/۱۳	۲/۴۸	۱۷	۰/۰۲۴

بر اساس نتایج آزمون فوق، می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات دانش‌آموزان گروه آزمایش در دو مرحله مذکور تفاوت معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ وجود دارد؛ یعنی این که اعمال متغیر آزمایش (ایمن‌سازی در برابر استرس)، دارای نتایج مثبت در بین دانش‌آموزان به مدت ۶ ماه نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی و پایداری اثر برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با ایمن‌سازی در برابر استرس بر کاهش خطرپذیری دانش‌آموزان دختر انجام شد.

نتایج مقایسه‌ها فرضیه اول و دوم را تأیید کرد. بنابراین فرض صفر رد شد (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵) و نتیجه گرفته شد که بین میانگین‌های گروه تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و ایمن‌سازی در برابر استرس و کنترل اختلاف معناداری وجود دارد. پس با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین‌های دو گروه، با ۰/۹۵ اطمینان نتیجه گرفته شد که هر دو برنامه آموزشی، موجب کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان شد.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت آموزش غیر مستقیم مفاهیم اخلاقی در قالب تشکل‌های گروهی، و بحث و تبادل نظر در این موارد و پر نمودن فرم‌های تعهد، اثر قابل

توجهی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارد. قرآن کریم در این راستا آیات بسیار روشن و قوی دارد. انسان به حکم این که از خرد و اختیار برخوردار است، موجودی مسئول به حساب می‌آید (قیامت، ۳۶). همین مسئولیت باعث می‌شود تا در صورت ایجاد تغییرات درونی، سرنوشت خود را نیز تغییر دهد (رعد، ۱۱). و از انسانیت خود حفظ و نگهداری کرده (حجرات، ۱۳)، خودکنترلی داشته باشد. کمال و زوال هر فرد ناشی از عللی است که صرفنظر از برخی عوامل بیرونی، عمدتاً ریشه در رفتار خود آنان دارد. به عبارت دیگر افراد از طریق عقاید و رفتار خود سرنوشت خود را رقم می‌زنند. دراپ و همکاران (۲۰۱۱) و سینه‌ها و همکاران (۲۰۰۷)، در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که به اهمیت نقش مذهب در زندگی‌شان پی برده‌اند و در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، از احتمال کمتری جهت ورود به رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و روابط جنسی برخوردارند. شریفی‌نیا (۱۳۸۷)، نیز در پژوهش خود به اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندان اشاره کرده است. همچنین، مذهب به عنوان یک مهارت مقابله‌ای از اثرات مختلف استرس و فشار روانی بر زندگی افراد محافظت می‌کند. باورهای معنوی مذهبی، اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد و با فراهم کردن یک دیدگاه اسنادی سازنده به افراد در یافتن معنا و هدف در زندگی کمک می‌کند. بنا شدن این نظام معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌طلبانه (همانند مصرف مواد مخدر) توسط فرد شود (یانکر، اسنابلراچ، و دهان، ۲۰۱۲). 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 واکسینه کنند. عدم آموزش مستقیم از مقاومت افراد در گروه می‌کاهد و این خود از اثرات مثبت قرار گرفتن در گروه است.

نتیجه‌گیری فرضیه دوم، با پژوهش میر (۲۰۱۰) که گزارش کرده است بین شرکت در طرح‌های آموزشی - گروهی و کاهش نرخ بازگشت به زندان افراد رابطه وجود دارد، همسو است. همچنین اکبری‌پور و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهش خود اعلام کردند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس اثر معنی‌داری روی مؤلفه‌های مختلف سلامت عمومی داشت. فرندشپ^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، کارایی برنامه‌های شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان

1. Friendship

روان‌شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد در دو گروه از مددجویان مردی که دارای دو سال و بیشتر محکومیت بودند مقایسه کردند. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی و گروه کنترل هنگام کنترل سایر متغیرها از نظر وضعیت روان‌شناختی و از نظر میزان محکومیت مجدد تفاوت معناداری داشتند. نتایج این تحقیق همچنین با پژوهش خدایاری (۱۳۸۹)، تحت عنوان اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان‌شناختی زندانیان، که نشان داد اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان‌شناختی زندانیان تأثیر مثبت دارد، همسو است.

روش شناختی به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا تمرکز بر موضوع و عدم تمرکز بر پاسخ‌های خودمحوری را فرا گیرند. مایکن باوم و ترک (۱۹۷۶) بیان می‌کنند که مقابله‌های شناختی در کاهش مؤلفه شناختی اضطراب امتحان مؤثرند، این مقابله‌ها به طور مؤثری به فرد کمک می‌کنند که اشتغالات ذهنی و نگران‌کننده و افکار منفی و نامربوط به تکلیف را کاهش دهد. درمان شناختی- رفتاری بر این فرض قرار دارد که با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به افراد و تجهیز آن‌ها به این مهارت فرد را برای مواجهه با موقعیت‌های پراسترس آماده می‌کند. با استفاده از آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس انگیزش مثبت، مهارت‌های رفتاری، هیجانی و شناختی- اجتماعی تقویت می‌شود و منجر به کاهش تنش و ناآرامی و افزایش مقابله با رویدادهای چالش برانگیز می‌گردد. نظر به این که رفتارهای پرخطر از تمامی مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید، درمان جامع شناختی رفتاری می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد. در مورد دلایل اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش رفتارهای پرخطر می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. تکنیک‌هایی که مؤلفه فیزیولوژی رفتارهای پرخطر را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس عمیق، آرمیدگی پیش‌رونده و آرمیدگی ذهنی است. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای رفتارهای پرخطر به طور مناسب مقابله کنند. تکنیک‌های شناختی به افراد یاد می‌دهند که افکار نادرست خود را شناسایی کنند و برداشت‌های خود را از رویدادهای محیطی تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. تکنیک‌هایی که مؤلفه رفتاری را هدف قرار می‌دهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمن، شناسایی و حذف رفتارهای تکانشی، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر

رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته شده. این تکنیک‌ها رفتارهای پرخطر را به تدریج حذف می‌کنند.

یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی توکی نیز نشان داد که تفاوت بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش دوم (ایمن‌سازی در برابر استرس) معنادار نمی‌باشد (مقدار sig بیشتر از ۰/۰۵). بنابراین نتیجه گرفته شد که رفتارهای پرخطر آزمودنی‌هایی که آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی می‌بینند، نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس می‌بینند، کمتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عرب و نصیری (۱۳۷۸) که نشان دادند که گروه درمانی شناختی-مذهبی و گروه درمانی شناختی، افسردگی و اضطراب و بازگشت دوباره به مواد را در معنادین خود معرف کاهش می‌دهد و گروه درمانی شناختی-مذهبی اثر درمانی بیشتری داشته است، و نونیمیکر و همکاران (۲۰۰۳)، در این رابطه که دینداری در برابر اعمالی مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، مصرف مواد افیونی، برقراری رابطه جنسی نامتعارف و... از نوجوانان محافظت می‌کند، همسو است.

بر اساس نتایج می‌توان اذعان نمود که اگر انسان بتواند در کارها و امور دنیوی خود با توکل بر خداوند و محوریت قراردادادن فرامین او، با دیگران ارتباط برقرار کند و در هر شرایطی به دیگران کمک کند، می‌توان شاهد یک انسان وارسته، خداپرست و خداترس بود. در واقع این‌گونه عمل کردن، مورد رضایت خداوند و خلق است، بنابراین، تقویت مهارت‌ها و آموزه‌های اسلامی که همان اطاعت‌پذیری از خداوند است، باعث بهبود رفتار اجتماعی، احترام به رعایت حقوق دیگران، احترام به عواطف و احساس‌ها و یا به عبارت دیگر کاهش رفتارهای پرخطر می‌گردد.

آگاهی دانش‌آموزان از فطرت الهی و هسته درونی وجودشان، تمایل به خوبی و رفتار مطلوب را در آن‌ها احیا کرد. توجه به ظرفیت و توانایی انسان برای انجام رفتارهای خوب و خوب بودن و موجودیت مثبت انسان، باعث شد تا دانش‌آموزان با بعد مثبت وجودی‌اشان آشنا شده و برای به ظهور رساندن آن تلاش کنند. همچنین در بعد مباحث اخلاقی، مطالعه کتاب‌های مفید در راستای موضوع مورد بحث و در مرحله بعد بحث و گفتگو در مورد مطالب کتاب به صورت گروهی، باعث مدیریت دانش و تعمیق آگاهی‌های دانش‌آموزان شد. این بخش از الگو نیز با پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۲)، سراج‌زاده و همکاران

(۱۳۹۲) و سینه‌ها و همکاران (۲۰۰۷) همسوست. 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....) می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی و به دنبال آن حمایت اجتماعی را فراهم آورد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود اثر دینداری بر کاهش رفتارهای پرخطر، این نظریه را تأیید کرد که محتوای زاهدانه آموزه‌های دینی در خصوص اخلاق و صبر و کنترل خواهش‌های نفسانی و پرهیز از محرمات و باعث شد که افراد دیندار با کنترل بهتر نفسیات خود از گرایش به رفتارهای پرخطر خودداری کنند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که اثر برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به مدت شش ماه پایدار ولی در برنامه ایمن‌سازی سازی در برابر استرس این پایداری محرز نشد.

با توجه به تأکید برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر چهار محور اخلاق، مدیریت دانش و مهارت، علم و مطالعه و تعاون اجتماعی، می‌توان نتایج این فرضیه را اینگونه تبیین نمود که توجه به مذهب و ارزش‌ها و باورها و رفتارهای مذهبی، باعث شد تا دانش‌آموزان معنای بیشتری به زندگی خود بدهند و زندگی خود را هدفمند ببینند، که با نظرات امونز و پالوتزیان (۲۰۰۳) و اکسلین (۲۰۰۲)، و با تحقیقات انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶)، همسو است.

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 تنش‌زا به شمار می‌روند 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 می‌گذارد و فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می‌کند (فلاح، ۲۰۱۰). اجرای برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی به صورت گروهی نیز از نقاط قابل بحث دیگر است. با توجه به این که گروه در متغیرهای سن، جنس و رفتارهای پرخطر هم‌تا شده بودند، این موضوع از مقاومت افراد در گروه کم و ایجاد امنیت کرد و باعث شد تا دانش‌آموزان از تجارب گروه همسال و همگن خود بهره‌مند گردند و شیوه‌های تازه‌ای را برای مواجهه با مشکلات خود ارائه دهند، که با نظرات نوایی نژاد (۱۳۹۲) و ثنایی (۱۳۹۰) همسو است. محوریت برنامه

مداخله‌ای با موضوعات اخلاقی، باعث شد که ارزش‌ها و باورهای درونی افراد که به عنوان مهارکننده‌ها عمل می‌کنند تقویت گردد و اراده انسان بر شهوات و عاداتش غلبه کند، که این به نوبه خود، توانست رفتارهای پرخطر آن‌ها را کاهش دهد.

توجه به علم و مطالعه در این برنامه، نیز از مواردی است که می‌توان به آن اشاره نمود. علم و دانش قدرت است و هر فردی که آن را به دست آورد، می‌تواند با استفاده از این قدرت به موفقیت دست یابد. علم و مطالعه هدفمند مورد نظر، با فراهم آوردن چهار ویژگی مهم یعنی تأمل، همانند سازی، درگیر شدن احساسات و دیدن راه‌حل‌ها و عواقب موجب گسترش فهمیدگی (پالایش و بینش) اعضا می‌شود. در این فرآیند، فرد در تجزیه و تحلیل مشکلات خود توانمندتر می‌شود، تحلیل می‌کند و این‌گونه تحلیل‌ها سبب افزایش آگاهی و درک عمیق‌تر آنها از خود، دیگران، امور و رخدادها می‌شود و این خودآگاهی او را قادر می‌سازد تا دریافت‌های خود را از رخدادها، تغییر دهد و رفتارهایش را بهبود بخشد. در برنامه ایمن‌سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، فرض بر آن است که بحث و گفت‌وگو درباره افکار، احساسات و عواطف فراهم آمده از علم‌آموزی و مطالعه، کمک می‌کند تا اعضا قادر به درک بهتر و بصیرت تازه‌ای نسبت به خود، دیگران، امور و جهان شوند.

توجه به مسئولیت‌پذیری در برنامه مداخله‌ای، نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. تأکید بر مسئولیت‌دانش‌آموزان در تغییر خود به من برتر باعث شد تا تغییراتی در درون خود ایجاد کنند و خودکنترلی خود را تقویت کنند. این مسئولیت‌پذیری زمانی تحقق می‌پذیرد که رسالت و تکلیفی در کار باشد؛ یعنی انسان بتواند کارهایی را با اراده و اختیار بپذیرد و مسئولیت انجام آن را به عهده بگیرد. بنابراین، فردی که مسئولیت‌کاری را بر عهده می‌گیرد، توافق می‌نماید که یک سری فعالیت‌ها و کارها را انجام دهد و یا بر انجام این کارها توسط دیگران نظارت داشته باشد. پذیرش کامل مسئولیت اعمال خویش، با کاستن از دریچه‌های فرار و توجیه، موجب پاسخگو بودن فرد می‌شود و فرد متوجه می‌شود که در پاسخگویی به قادر متعال نه فقط پاسخگوی مثلاً قوانین یا اصول اخلاقی و اجتماعی بلکه پاسخگوی حق انسانی خوی نیز هست که بر گردن اوست.

در تبیین عدم نتایج باثبات در رفتارهای پرخطر دانش‌آموزانی که در معرض برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس قرار داشتند می‌توان به چند مورد اشاره کرد. اول این که متغیر

ایمن‌سازی در برابر استرس نتوانسته است تمام ابعاد ایجاد رفتارهای پرخطر را در نظر بگیرد و در برنامه خود جای دهد. و بیشتر به بعد شناختی پرداخته است. پرداختن به بعد شناختی بدون توجه به ابعاد دیگر، در کوتاه مدت می‌تواند پاسخگوی تغییر رفتار باشد، و ابعاد جسمانی، هیجانی و معنوی در اثبات تغییر رفتارها از اهمیت خاصی برخوردار است. مذهب در این برنامه جایی ندارد در حالی که دین به عنوان یک سامانه وسیع که متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است شامل عناصری از خودکنترلی نیز هست؛ چرا که راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل نفس و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد، دانش و مهارتی که فرد از این طریق کسب می‌کند می‌تواند مانع از گرایش او به سمت مواد مخدر و یا سایر رفتارهای آسیب‌زا باشد. با توجه به این که این برنامه بیشتر به صورت معلم‌محور اجرا می‌شود و نقش دانش‌آموزان در ارائه اطلاعات به یکدیگر و استفاده از تجربیات هم کمتر فراهم می‌شود، تأثیر اجرای این مداخله بر کاهش رفتارهای پرخطر به صورت مقطعی بوده و به صورت تدریجی اثر آن کم رنگ می‌شود. عدم توجه به بافت فرهنگی و ارزشی در این برنامه نیز می‌تواند از دیگر مواردی باشد که بتوان به آن در پایدار نبودن اثربخشی نام برد. در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی را می‌توان به عنوان یک الگوی مؤثر در زمینه کاهش رفتارهای پرخطر به کار برد. مهم‌ترین محدودیت این تحقیق، کمبود پیشینه مطالعاتی در مورد برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و رفتارهای پرخطر در ایران بود، از این رو پیشنهاد می‌گردد سایر محققان علاوه بر متغیر رفتارهای پرخطر، سایر متغیرها را نیز مورد بررسی قرار داده و نسبت به برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان سایر مقاطع و دانشجویان اقدام کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع‌تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید.

منابع

- ابن مسکویه. (۱۳۷۱). *تهذیب الاخلاق و تطهیر الاعراق*. قم: نشر بیدار.
- افشانی، سیدعلیرضا؛ امانی، شرمین و میرمنگه، اکرم. (۱۳۹۳). دینداری و رفتارهای پرخطر. *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۹ (۲): ۱۳۱-۱۵۸.

پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان. سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، (۱۳۹۰). تهران: رشد.

پورهمایون، پریگل؛ فرحبخش، کیومرث. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر جدیدالورود خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه اصفهان. خدایاری‌فرد، محمد؛ نصفت، مرتضی؛ غباری‌بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن و به‌پژوه، احمد. (۱۳۸۱). *عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و غیر جانباز شهر تهران*. گزارش نهایی طرح پژوهشی زیر نظر بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی، تهران.

خوشخوی، سارا. (۱۳۹۲). *تأثیر آموزش برنامه سلامت‌مدار در پیشگیری از رفتارهای پرخطر نوجوانان*. اولین کنگره اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه خوارزمی.

رحمتی نجار کلائی، فاطمه؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ امین شکروی، فرخنده؛ فرمانبر، ربیع‌الله؛ احمدی، فضل‌الله و جعفری، محمدرضا. (۱۳۹۰). خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر ایدز: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۷): ۶۹-۸۰. زاده محمدی، علی؛ احمد آبادی، زهره و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). اعتبار سنجی و رواسازی مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال ۱۷، ۳: ۲۲۵-۲۱۸.

سراج‌زاده، سید حسین؛ جواهری، فاطمه و ولایتی خواجه، سمیه. (۱۳۹۲). *دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان*. فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و چهارم، (۴۹)، شماره اول: ۷۷-۵۵.

سلیمانی‌نیا، لیلا؛ جزایری، علی‌رضا و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان. *رفاه اجتماعی*، ۵ (۱۹): ۷۵-۹۰.

سهرابی، فرامرز؛ دارینی، مهنوش و داوودی، حسین. (۱۳۹۰). اثربخشی روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس (SIT) بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان شاغل، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال ۲، ۵: ۲۲-۱.

شریفی‌نیا، محمد حسین (۱۳۸۷). *ارزیابی تأثیر درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم*. اداره کل زندان‌های استان قم. رساله دکترا. دانشگاه تربیت مدرس.

مرتضوی، سیدمهدی و برجعلی، احمد. (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان پسر بزهکار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی*.

مهرآبادی، فاطمه و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۸۹). *اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر فرسودگی شغلی و تاب‌آوری کارکنان دانشگاه پیام نور تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران، چاپ نشده.

ملکشاهی، فریده و مومن‌نسب، مرضیه. (۱۳۸۶). *تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر بر آگاهی و نگرش مریبان بهداشت مدارس ابتدایی خرم آباد*. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره نهم، ۲: ۴۷-۵۴.

نراقی، ملا مهدی. (بی‌تا). *جامع السعادات*. ترجمه کریم فیضی، (۱۳۸۸). قم: قائم آل محمد (عج).

نریمانی، محمد؛ حسن‌زاده، شهناز؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی، مجله روان‌شناسی مدرسه، دوره ۱، ۳: ۱۱۷-۱۱۰*.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۲). *راهنمایی و مشاوره گروهی*. ویرایش اول. چاپ هشتم. تهران: انتشارات سمت

عرب، مصطفی؛ نصیری، حمید. (۱۳۷۸). *تأثیر گروه درمانی شناختی، مذهبی و گروه درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود مجدد معتادین خودمعرف، مرکز تحقیقات رفتاری در قلمرو اسلام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مقاله ارائه شده در سمینار اعتیاد زاهدان*.

قدم‌پور، عزت‌اله؛ سبزیان، سعیده و بیرانوند، ساناز. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر اصفهان*. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، دوره ۱، ۱: ۴۹-۶۰.

قرآن کریم. ترجمه ناصر مکارم شیرازی، (۱۳۸۷)، تهران: مرکز طبع و نشر قرآن جمهوری اسلامی ایران.

رحیمی، کاوه؛ حسین ثابت، فریده و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال ششم، ۲۲: ۴۷-۶۵.

کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۴۱۴ق). *اصول الکافی*. ترجمه هاشم رسولی، (۱۳۶۹). تهران: کتابفروشی علمیه اسلامی.

یالوم، اروین د. (۱۹۹۰). *روان‌درمانی انگزستانسیال*. ترجمه سپیده حبیب، (۱۳۹۳). چاپ پنجم، تهران: نشر نی.

- Akbaripour, S., Neshatdoust, H. T., & Moulavi, H. (2009). The effectiveness of stress inoculation group training on general health. *Journal of Psychology*, 12 (48), 354-368.
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26, 291-345.
- Burg, S., Mayers, R. A, Miller L. J. (2011). Spirituality, Religion and Healthy Development in Adolescents. In B. B. B. Editors-in-Chief & J. P. Mitchell (Eds.). *Encyclopedia of Adolescence*. San Diego: Academic Press: 353-59.
- Cornelius, J. R., Reynolds, M., Martz, B. M., Clark, D. B., Kirisci, L., & Tarter, R. (2008). Premature mortality among males with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 33 (1), 156-160.
- De Visser, R, O, Smith, A, M, A, Richters, J, Rissel, C, E. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 33-46.
- Drerup, M. L., Johnson, T. J., & Bindl, S. (2011). Mediators of the relationship between religiousness/ spirituality and alcohol problems in an adult community sample. *Addictive Behaviors*, 36 (12), 1317-1320.
- Emmons, R. A & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Exline, J. J. (2002). The picture in getting clearer, but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion. *Psychological Inquiry*, 13, 245- 247.
- Fallah, R., & et al. (2010). *Spirituality, Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients, Palliative medicine in the 21st century*, Adelaide, Australia.

- Fletcher, J., Kumar, S. (2014). Religion and risky health behaviors among U.S. adolescents and adults. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 104, 123-140.
- Goldstein, A. L., Walton, M. A., Cunningham, R. M., Trowbridge, M. J., & Maio, R. F. (2007). Violence and substance use as risk factors for depressive symptoms among adolescents in an urban emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 40, 276-279.
- Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., & Myers V.H. (2005). *Social Skills Training Augments the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder*. Issue 12, Pages 711-771.
- Huguelet, Z., Koenig HG. Religion and spirituality in psychiatry. USA: *Cambridge University Press*; 2009: 46-47.
- Michalak, L., Trocki, K., Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 268-280.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336.
- Kloep, M; Guney, M; Cok, F; Simsek, O. (2009), Motives for risk-taking in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Adolescence*; 32(1):51-135.
- Mahoney, A, Pargament, K, L, Tarakeshwar, N, Swank, A. (2001). Religion in the home in the 1980s: A meta-analytic review and conceptual analysis of link between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 15, 559-596.
- Mallia, C., Hamilton-West, K. (2010). Smoking-related attitudes and perceptions among young adults in Malta and the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 15:347-56.
- McCullough M E, Bono G, Root, L M. (2005). Religion and forgiveness. In R. F. Paloutzian C. L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion & Spirituality*. New York: The Guilford Press; 394-411.
- Meichenbaum, D. (1984). *Therapists manual for cognitive behavior modification*. Un Published manuscript, university of Waterloo, Ontario N2L 3G1, Canada.
- Michael, K; Ben-Zur, H. (2007), Risktaking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*.30 (1):17-31.
- Nonnemaker, J. M, McNeely, C. A, & Blum, R. W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors, Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, 57, 2049-2054.
- Rasic, D. T., Belik, S.-L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 32-40.
- Rowatt, W. C., Franklin, I. (2004). Christian orthodoxy, religious fundamentalism, and right-wing authoritarianism as predictors of implicit racial prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14, 125-138.

- Sadock BJ, Sadock, V. A. (Eds.). (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (9th Ed.)*. New York: Williams & Wilkins.
- Sheehy R, Horan J. (2004) Effects of stress Inoculation training for first year law students. *International Journal of Stress Management*, 11, 41-55.
- Sinha, W. J., Cnaan, A. R., & Gelles, W. R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 31e249.
- Slusky, RI. (2004). Decreasing High-risk Behavior in Teens. A Theatre Program Empowers Students to Reach out to Their Peers. *Health Care Exec*, 19 (1):48-9.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland: author.
- Yarcheski A, Mahon N, Yarcheski T. (2002). Anger in early Adolescent boys and girls with manifestation. *Nursing research*, 51: 229-236.
- Yonker, J. E, Schnabelrauch, C. A, Dehaan L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35: 299-314.
- Vachon, M. (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer. Survivors. *Seminars in Oncology Nursing* 24: 218-25.