

تدوین برنامه ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه های اسلامی و ارزشیابی تأثیر آن بر رفتارهای پرخطر دانش آموزان

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه های اسلامی بر رفتارهای پرخطر دانش آموزان بود. **روش:** این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از دانش آموزان سال سوم دوره متوسطه دبیرستان های دولتی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳. نمونه ای از این پژوهش شامل ۳۶ دانش آموز دارای رفتار پرخطر بود؛ بدین صورت که شرکت کنندگان پس از نمونه گیری تصادفی خوشه ای به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس رفتارهای پرخطر استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که آموزش برنامه ایمن سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی می تواند رفتارهای پرخطر نوجوانان را کاهش دهد. **نتیجه گیری:** از آموزش برنامه ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه های اسلامی می توان به عنوان یک مداخله در جهت کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان استفاده نمود.

کلیدواژه ها: ایمن سازی تربیتی-اجتماعی، آموزه های اسلامی، رفتارهای پرخطر، نوجوان

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری می باشد

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، پست الکترونیک:

asmar567@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استاد گروه روان شناسی تربیتی و سنجش و اندازه گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۵. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت، که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی در جامعه مورد توجه قرار گرفته، شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقدشار جامعه می‌باشد. به عنوان مثال، پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰، تنها میزان بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (اسلوسکی^۱، ۲۰۰۴). هر چند که هیچ یک از اقدشار جامعه از عواقب رفتارهای تهدیدکننده سلامت در امان نیستند، اما بعضی از گروه‌های اجتماعی از جمله نوجوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. نوجوانی دوره تغییرات اساسی جسمی، روان‌شناختی و تغییرات عمده در تعاملات اجتماعی و روابط و رفتار افراد است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری‌ها و بحران‌های دوره نوجوانی دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده آن‌ها را مورد تهدید قرار می‌دهد (لیندبرگ^۲، ۲۰۰۰). رفتارهای پرخطر^۳ از جمله عاداتی هستند که در این دوره شکل می‌گیرند و در دوران بعدی زندگی فرد باقی می‌مانند (کیورشی، ۲۰۰۶). از نظر بویر^۴ (۲۰۰۶) مهم‌ترین رفتارهای پرخطر از حیث فراوانی، نمونه‌واری و ناخوشایندی شامل مصرف الکل، مصرف تنباکو، فعالیت جنسی نایمن، رانندگی خطرناک، و خشونت بین فردی می‌شود.

تحقیقات نشان می‌دهند که در بروز رفتارهای پرخطر علل مختلفی مانند فقر اقتصادی و فرهنگی، رضایت اندک از زندگی، افسردگی، مصرف الکل، سوء مصرف مواد مخدر، عزت نفس پایین و اضطراب (کمینیس^۵، ۲۰۰۷؛ مدیس، زولو و سیرا^۶، ۲۰۰۷)، عوامل اجتماعی (ماهر، ۱۳۸۳)، ویژگی‌های شخصیتی (مهرابی، ۱۳۸۹)، و تأثیرات هورمونی و رویدادهای دوران بلوغ (کیمبرلی، اسلاتر و اتینگ^۷، ۲۰۰۵) دخیل هستند. اما از سوی دیگر، ویژگی‌های شخصیتی چون ادراک خطر پایین (رولیسون و شرمن^۸، ۲۰۰۳) و کانون

1. Slusky
2. Lindberg
3. Risky Behavior
4. Boyer
5. Caminis

6. Medise, Zulu & Ciera
7. Kimberly, Slater & Outing
8. Rolison & Scherman

کنترل (زاگرم، ایزنک و ایزنک^۱، ۱۹۷۸) نیز در بروز رفتارهای پرخطر دخیلند و افراد با این ویژگی‌های شخصیتی نمی‌توانند خود را در برابر تغییرات و تحولات دوران بلوغ توانمند ساخته و ایمن گردانند.

به نظر سازمان جهانی بهداشت، مبارزه با رفتارهای پرخطر و عادات ناسالم زندگی در سنین پایین، تأثیر چشمگیر بر سلامت افراد در سنین بزرگسالی و سالمندی دارد (دوپوی، گادیو، ویکنز، اهلوالیا^۲، ۲۰۱۱)؛ بنابراین می‌بایست آموزش در زمینه شیوه‌ی زندگی سالم و پرهیز از چنین رفتارهایی در دوران اولیه و نوجوانی مورد توجه قرار گیرند.

روان‌شناسان و روان‌پزشکان شیوه‌های تک‌بعدی مختلفی را به منظور پیشگیری و یا کاهش رفتارهای پرخطر در نظر گرفته‌اند. اما آن‌ها دریافته‌اند که در تمام موارد، روش‌های متعارف برای پیشگیری و درمان اختلالات کافی نیست (وست، ۱۳۸۳). از مهم‌ترین عوامل عدم توفیق شیوه‌های تک‌مکتبی در پیشگیری و درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و نابهنجاری رفتاری است (بک، رایت، نیومن و لایس^۳، ۲۰۰۱).

در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش و مداخله درمانی چندبعدی پرداخته‌اند. 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^۴، ۲۰۱۳، هرمن^۵، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهشگرانی چون استون، بکر، هویر و کاناخالو^۶ (۲۰۱۲)، دراپ، جانسون و بیندل^۷ (۲۰۱۱)، انزلیچت، ارنسون، گود و مک کی^۸ (۲۰۰۶)، و بروکز^۹ (۲۰۰۳)،

1. Zuckerman, Eysenck & Eysenck
2. Dupuy, Godeau, Vignes & Ahluwalia
3. Beck, Wright, Newman & Liese
4. Mattes
5. Hermann

6. Stone, Becker, Huber & Catalano
7. Drerup, Johnson & Bindl
8. Inzlicht, Aronson, Good & McKay
9. Brooks

سینها، کنان و گلز^۱ (۲۰۰۷)، حاکی از آن است که افراد مذهبی از نظر جسمی سالم‌ترند، و میزان رفتارهای پرخطر در آن‌ها کمتر است.

اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان، به این نتیجه رسیدند که افراد دارای نگرش مذهبی درونی بیشتر منبع کنترل درونی و گرایش کمتر به سوء مصرف مواد دارند و کسانی که گرایش مذهبی بیرونی دارند، منبع کنترل بیرونی و گرایش بیشتر به سوء مصرف مواد دارند. نتیجه پژوهش سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه (۱۳۹۲)، در تاثیر دینداری بر سلامت دانشجویان نشان داد که دینداری دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل است. در پژوهش یزدان‌پناه، صفری، یوسفی، عنقا، حبیبیان، زندی و آران‌پور (۱۳۸۹)، با عنوان اثر برنامه‌ی آموزشی جامعه‌محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر رفتارهای پرخطر، سلامت روان افزایش یافته همچنین فراوانی بسیاری از رفتارهای منفی مرتبط با سوء مصرف مواد کاهش و رفتارهای مثبت افزایش یافت.

با توجه به موارد مطرح شده، و با توجه به اسلامی بودن کشور ایران، و با توجه به فرهنگ، باورها و ارزش‌های مردم به نظر می‌آید که لازم است برای پیشگیری و درمان رفتارهای پرخطر نیز الگویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی تدوین نماییم. دانشوران مسلمان، با استفاده از آموزه‌های قرآن و سنت و ارائه رهنمودهای شناختی، احساسی و رفتاری فراوان سعی کرده‌اند که اسلام را یک روش زندگی هماهنگ با جهان آفرینش معرفی کنند که راه تکامل و رشد انسان را هموار می‌کند و در سختی‌ها و دشواری‌های زندگی بشری او را راهنمایی و یاری می‌کند (مطهری، ۱۳۶۸). از سوی دیگر یک راهبرد اصلی برای مؤثرتر کردن پیشگیری و درمان، ارائه درمان در گروه است (فری، ۱۳۸۴). بر این اساس مبنای آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی، به صورت گروهی است.

بنابراین، این پژوهش در پی آن است که با توجه به منابع علمی و مذهبی، برنامه‌ی آموزشی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام تدوین کند و به این سوال که آیا آموزش

ایمن سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی بر میزان رفتارهای پر خطر نوجوانان اثربخش است؟ پاسخ دهد. مهم ترین اصول اخلاقی که از مرور آیات قرآن کریم به دست می آید، عبارتند از: الف) رشد و تعالی علمی و اخلاقی (بقره/ ۲۱، ۳۰، ۱۲۹، ۱۷۰، ۲۵۷، ۲۸۶؛ جمعه/ ۲، ۵؛ کهف/ ۶۶؛ مریم/ ۸۱، ۹۶، ۹۳؛ فرقان/ ۶۳؛ حجر/ ۲۹، ۲۸، ۴۲؛ فاطر/ ۹۳؛ انعام/ ۴۸، ۱۰۲، ۱۱۶، ۱۳۲؛ هود/ ۵۲؛ ذاریات/ ۵۶؛ اعراف/ ۱۷۹، ۲۰۶؛ طه/ ۱۴، ۱۲۴؛ حج/ ۷۷؛ رعد/ ۲۸؛ عنکبوت/ ۴۵؛ انفال/ ۶، ۲۲، ۲۹؛ قریش/ ۳، ۴؛ احزاب، ۶۷؛ یونس/ ۳۹؛ مجادله/ ۱۱؛ زمر/ ۹؛ علق/ ۱، ۲؛ ملک/ ۱۰؛ یونس/ ۹، ۱۰۰؛ ابراهیم/ ۱۹؛ روم/ ۸؛ مجادله/ ۱۱؛ محمد/ ۳۲؛ ملک، ۲؛ انعام/ ۱۶۰؛ ب) قسط و عدل (نحل/ ۹۰؛ شوری/ ۱۵؛ حدید/ ۲۵؛ فرقان/ ۶۷؛ اسراء/ ۲۹، ۱۱۰؛ لقمان/ ۱۹؛ آل عمران/ ۳، ۱۸، ۵۷، ۱۸۲؛ نساء/ ۳، ۴۰، ۵۸؛ انفطار/ ۷، ۸؛ جائیه/ ۲۲؛ بقره/ ۱۹۳، ۲۱۹؛ شمس/ ۸؛ انعام/ ۱۴۱، ۱۵۲، ۱۱۵؛ مائده/ ۸، ۴۲؛ ممتحنه/ ۸؛ شعرا/ ۱۸، اعراف/ ۲۹، ۳۱؛ انفال/ ۶۹؛ ج) پاک سازی آلودگی ها (نحل/ ۹۰؛ مؤمن/ ۵۵؛ عنکبوت/ ۶۹؛ اعلیٰ/ ۱۴؛ عبس/ ۳۳ تا ۴۲؛ کهف/ ۱۹، ۷۴، ۸۱؛ مریم/ ۱۳، ۱۹؛ بقره/ ۲، ۱۲۹، ۱۵۱؛ آل همران/ ۱۶۴؛ جمعه/ ۲)؛ د) کرامت انسان (اسراء/ ۷۰؛ بقره/ ۸۳؛ نساء، ۸۶؛ احزاب/ ۲۱؛ انعام/ ۵۴؛ آل عمران/ ۱۵۹؛ حجر/ ۸۸؛ لقمان/ ۱۸)؛ ه) اعتدال و میانه روی (آل عمران/ ۶۷، ۱۱۰، ۱۴۷، ۱۸۳، ۱۴۶؛ بقره/ ۷۵، ۱۴۳؛ کهف/ ۲۸؛ مائده/ ۱، ۳۲، ۵؛ یونس/ ۸۳؛ دخان/ ۳۱؛ لقمان/ ۱۹؛ طه/ ۱، ۲، ۳؛ انعام/ ۶، ۱۴۱؛ نساء/ ۱۹، ۵۸؛ نحل/ ۹۰؛ اسراء/ ۲۷؛ زمر/ ۱۰؛ زلزال/ ۷، ۸) (قرآن کریم، نوروزی و کوهی اصفهانی، ۱۳۹۲؛ رضایی اصفهانی و نجفی جزه ای، ۱۳۹۳).

بر اساس فرهنگ قرآن، این امور پنج گانه باید در همه مباحث اخلاقی و در تمامی عرصه ها مدنظر باشند. این است که قانون قرآن و تعالیم اسلام، تمام مصالح فردی و اجتماعی را در نظر گرفته و قوانین را تشریح و تنظیم نموده است که می تواند پاسخگوی تمام نیازمندی های مختلف جوامع بشری بوده، بر تمام جنبه های دنیوی و مادی انسان ها نظارت کند و تمام جنبه های معنوی و اخروی را تأمین نماید.

با مراجعه به اصلی ترین منابع کلاسیک و متعارف علم اخلاق در حوزه علوم اسلامی علم اخلاق را می توان بدین صورت تعریف کرد: 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، ۱۳۸۸). در نظر علمای اخلاق، منشأ هر آفتی که از بیرون دامن گیر ما می‌شود، غفلت درون ماست و اگر در درون ما اعتقاد و التفات وجود داشته باشد، آسیبی به ما نمی‌رسد.

طرح ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی مخصوصاً با توجه به قرآن کریم، کتاب جامع السعادات نراقی و نظرات استاد شهید مطهری (ره)، به شیوه گروهی و در چهار محور مدیریت دانش و مهارت، اخلاق، علم و مطالعه، و شبکه (تعاون اجتماعی) با توجه به ویژگی‌های اسلامی و بومی کشورمان تدوین گردیده است. این روش بر اساس آرا و نظریات آلپورت^۱ (۱۹۶۷) در مورد ارزش‌های دینی به منزله مهم‌ترین نیروی وحدت بخش در شخصیت انسانی، کاوش گسترده‌ی مزلو^۲ در مورد شخص بافضیلت در جامعه سالم (۱۹۷۱)، تأکید مارسل^۳ (۱۹۹۵) بر ارزش‌ها و دیدگاهش درباره رابطه انسان با خداوند به عنوان بخش اساسی تجربه کامل انسانی، پژوهش‌های سلیمان^۴ (۲۰۰۲) درباره نقش باورهای دینی در معنابخشی به زندگی و امید به آینده و ده‌ها پژوهش دیگر، در مورد آثار مثبت باور به وجود خداوند و انجام مناسک دینی، در سلامت روانی و درمان اختلالات هیجانی، در صدد است، با ادغام و یکپارچه‌سازی اعتقاد به خداوند و برقراری رابطه عمیق عاطفی-هیجانی با او در روش‌ها و فنون روان‌درمانی نوین، رفتارهای پرخطر نوجوانان را کاهش دهد. با در نظر گرفتن موارد فوق، هدف از تحقیق حاضر تدوین و بررسی اثربخشی آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان بوده است. و این فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است: رفتارهای پرخطر شرکت‌کنندگانی که تحت آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی قرار می‌گیرند نسبت به گروه کنترل کاهش می‌یابد.

1. Allport
2. Maslow

3. Marcel
4. Seligman

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بخش کمی، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش در بخش کیفی، قرآن کریم، کتاب جامع السعادات نراقی و دیگر متون اسلامی بود. در بخش آزمایشی، جامعه‌ی آماری شامل تمام دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان شهرستان یزد بودند که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ در شهرستان یزد مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش دانش‌آموزان از بسیاری جهات همچون سطح رفتارهای پرخطر (نمره ۹۰ و بالاتر در پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر)، و سطح تحصیلات (پایه سوم) هم‌تا بودند. در این پژوهش ۱۸ نفر برای هر گروه به‌خاطر استفاده از روش آزمایشی و احتمال افت آزمودنی در نظر گرفته شد.

در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی برای نمونه‌گیری استفاده شد. ابتدا از بین نواحی آموزش و پرورش، به صورت تصادفی یک ناحیه انتخاب شد. سپس در این دبیرستان‌ها در پایه سوم، پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر اجرا گردید. سپس دانش‌آموزان که نمره بالای ۹۰ در پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر گرفتند در نظر گرفته شدند و از میان آن‌ها ۳۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه تخصیص داده شدند.

ابزار

مقیاس رفتارهای پرخطر: برای سنجش خطرپذیری، از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) استفاده شده است. 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. پاسخ‌گویی به گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) انجام می‌شود. حداقل نمره هر فرد ۳۸ و حداکثر نمره وی ۱۹۰ می‌باشد. اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد

بررسی قرار گرفته است. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸، خرده‌مقیاس سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، خرده‌مقیاس مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۶، خرده‌مقیاس مصرف الکل ۰/۹۰۷، خرده‌مقیاس رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵۶ و خرده‌مقیاس گرایش به جنس مخالف ۰/۸۰۹ گزارش شده است. اعتبار آزمون در این تحقیق برای خرده‌مقیاس رانندگی خطرناک ۰/۸۱، خشونت ۰/۷۹، خرده‌مقیاس سیگار کشیدن ۰/۷۴، خرده‌مقیاس مصرف مواد مخدر ۰/۸۴، خرده‌مقیاس مصرف الکل ۰/۸۵، خرده‌مقیاس دوستی با جنس مخالف ۰/۷۲، خرده‌مقیاس رابطه و رفتار جنسی ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

روند اجرا

قسمت تدوین برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، قسمت کیفی پژوهش را تشکیل می‌داد. محقق ابتدا با مطالعه اولیه قرآن کریم و کتاب جامع السعادات نراقی، نظرات آیت‌الله جوادی آملی و کتب شهید مطهری را مبنای کار خود قرار داده و در تدوین برنامه گروهی، از مراحل پیشنهادی کوری، کوری، کالان و راسل (۱۳۹۰) بهره برد. برای تدوین برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی از یافته‌های پروچاسکا و نورکراس (۱۳۹۰) استفاده شد. 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 که دارای مبانی نظری و فلسفی متقنی است و کتب شهید مطهری، فهرست کاملی از همه موضوعات مثبت انسانی تهیه گردید. سپس با همکاری متخصصان تعلیم و تربیت اسلامی، فهرست اولیه، طبقه‌بندی شده و به صورت فهرست کوتاه تر آماده شد. در این رابطه دو نکته مورد تأکید بود: الف) فراهم آوردن عناوین جامع و کاملی که تعدادی از کارهای مشابه را در خود جای دهد و در عین حال با دیگر عناوین هم‌پوشی نداشته باشد؛ ب) انتخاب عناوینی که بیشتر در دوره نوجوانی متمرکز خواهد بود. خلاصه شرح جلسات برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در جدول ۱ ارائه شده است.

پروچاسکا و نورکراس (۱۳۹۰) بر اساس تحلیل ۲۴ رویکرد درمانی و مطالعات بعدی در مورد برنامه‌های رشد شخصی و تغییر، چه بر مبنای روان‌درمانی و چه خارج از این

چارچوب (تغییرات ناشی از هدایت های معنوی) دریافتند که تغییر تابع مراحل مشخص و قابل پیش بینی است. این مراحل عبارتند از: قبل از تأمل، تأمل، آمادگی، اقدام، نگهداری و خاتمه. در تدوین برنامه از این الگو بهره گرفته شد.

۱- مرحله پیش از تأمل: نیایش، تماشای خود و خدا و خلق خدا و خلقت خدا در مورد موضوع مورد بحث هر جلسه؛

۲- مرحله تأمل: الف) پیش از تغییر: تأکید بر کلید واژه اتا (اراده، توکل و تفکر، اقدام)، خواندن پیمان با خویش؛ ب) برانگیختن تغییر: نشست های آینه ای؛

۳- مرحله برنامه ریزی: پر کردن فرم جدول برنامه و دادن امتیاز من کنونی و من بهتر؛

۴- مرحله تحکیم: مطالعه و یا گوش دادن سی دی های اخلاقی، روزنوشت (ثبت تأثیرات مثبت جلسه، نکته های آموزنده در جلسه، برخورد و حرف های الهام بخش و خوب افراد و...؛

۵- مرحله پایانی: پیش گیری از بازگشت: ترازنامه (خود، خلق، خلقت و خدا)، نیایش پایانی، تأکید بر تداوم دست آوردها از طریق ارتباط بین اعضا.

جدول ۱: برنامه جلسات آموزش ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه های اسلامی

جلسات	محتوا
اول	نیایش، اجرای پیش آزمون، معرفی و معارفه بهبان، بهجویان و بهنگار، معرفی شرایط کارگاه و آشنایی با موضوعات مورد استفاده در این دوره و پر کردن فرم عضویت، تدوین قوانین کلاس، تأکید بر کلید واژه اتا (اراده، توکل و تفکر، اقدام)، نیاش پایانی.
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 آینه ای (استفاده از صندوقچه اطلاعات و دانش افراد گروه در مورد موضوع و تلاش افراد گروه برای تهیه بهترین برنامه برای رسیدن به من بهتر)، مطالعه، ورزش بومی، روزنوشت (تأثیرات مثبت جلسه، نکته های آموزنده در جلسه)، نیاش پایانی.
سوم	نیایش، خواندن پیمان عمومی، موضوع اخلاق: محبت و خوش خلقی، پر کردن فرم جدول برنامه، نشست آینه ای، ترازنامه (خود، خلق، خلقت و خدا)، ورزش بومی، روزنوشت، نیاش پایانی.
چهارم	نیایش، موضوع باور: خدا را در همه جا دیدن، خیر و خوب دیدن، پر کردن فرم جدول برنامه، مطالعه کتاب، ورزش بومی، روزنوشت، نیاش.
پنجم	نیایش، موضوع باور: توانستن و تغییر در تغییر، پر کردن فرم جدول برنامه، نشست آینه ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیاش.
ششم	نیایش، موضوع زمان: بیشترین استفاده از زمان و مهم ترین کار، پر کردن فرم جدول، نشست آینه ای، مطالعه کتاب، ورزش بومی، روزنوشت، نیاش.
هفتم	نیایش، موضوع زمان: نظم و استفاده از زمان، پر کردن فرم جدول، نشست آینه ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیاش.

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

جلسات	محتوا
هشتم	نیایش، موضوع رابطه: سودمند بودن و غربال‌گری رابطه‌ها، پرکردن فرم، نشست آینه‌ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیایش.
نهم	نیایش، موضوع رابطه: ارتقاء رابطه‌ها و توسعه یافتن، پرکردن فرم جدول برنامه، نشست آینه‌ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیایش.
دهم	نیایش، موضوع مسئولیت اجتماعی: ترویج معروف و وفای به عهد، پرکردن فرم جدول، نشست آینه‌ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیایش.
یازدهم	نیایش، موضوع مسئولیت اجتماعی: دانش‌طلبی و سخت‌کوشی، پرکردن فرم جدول، نشست آینه‌ای، مطالعه کتاب، خواندن پیمان با خویش، ورزش بومی، روزنوشت، نیایش.
دوازدهم	نیایش، مرور روزنوشت، خواندن پیمان با خویش، اجرای پس‌آزمون، نیایش.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مولفه‌های مقیاس رفتارهای پرخطر به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های مقیاس رفتارهای پرخطر به تفکیک گروه‌ها

مولفه‌ها	نوع آزمون	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
رانندگی خطرناک	پیش‌آزمون	۱۶/۲۸	۱/۸۷	۱/۸۱
	پس‌آزمون	۱۳/۹۴	۱/۲۵	۱/۷۲
خشونت	پیش‌آزمون	۱۴/۳۹	۲/۱۷	۲/۱۹
	پس‌آزمون	۱۲/۲۸	۱/۷۷	۱/۹۱
سیگار کشیدن	پیش‌آزمون	۱۳/۹۴	۱/۷۳	۱/۵۶
	پس‌آزمون	۱۲/۷۸	۱/۵۹	۱/۶۸
مصرف مواد مخدر	پیش‌آزمون	۲۰/۶۱	۲/۵۴	۲/۴۳
	پس‌آزمون	۱۷/۲۲	۲/۰۷	۲/۳۴
مصرف الکل	پیش‌آزمون	۱۵/۴۴	۲/۳۵	۲/۰۲
	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۲/۰۵	۲/۲۰
دوستی با جنس مخالف	پیش‌آزمون	۱۱/۸۹	۲/۰۵	۱/۹۰
	پس‌آزمون	۹/۸۳	۱/۱۵	۱/۹۰
رابطه و رفتار جنسی	پیش‌آزمون	۹/۳۳	۱/۱۳	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۷/۵۶	۱/۱۴	۱/۱۴
نمره کل	پیش‌آزمون	۱۰۱/۸۹	۱۰/۲۶	۹/۳۸
	پس‌آزمون	۸۶/۹۴	۶/۱۶	۹/۵۴

برای بررسی اثربخشی برنامه ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی بر رفتارهای پرخطر می بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض های این تحلیل همگنی شیب رگرسیون است که نتایج حکایت از عدم برقراری این پیش فرض داشت ($F=98/82, P<0/001$). با توجه به عدم برقراری این پیش فرض از تحلیل نمرات اختلافی با استفاده از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی اثربخشی برنامه ایمن سازی تربیتی- اجتماعی

مولفه ها	تفاوت میانگین ها	آماره t	درجه آزادی	معناداری	نتیجه
رانندگی پرخطر	-۲/۵۰	-۴/۹۷	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار
خشونت	-۲/۱۶	-۳/۵۱	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار
سیگار	-۱/۲۲	۲/۲۴	۳۴	۰/۰۳	کاهش معنادار
مواد	-۳/۵۵	-۴/۸۲	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار
الکل	-۲/۲۲	-۳/۱۲	۳۴	۰/۰۰۴	کاهش معنادار
دوستی	-۲/۰۵	-۳/۹۱	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار
رفتار	-۱/۸۸	-۴/۹۳	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار
کل	-۱۵/۶۱	-۵/۸۲	۳۴	۰/۰۰۵	کاهش معنادار

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی برنامه ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر، که با یافته های تحقیقات استون و همکاران (۲۰۱۲)، دراپ و همکاران (۲۰۱۱)، چونگ و ینگ (۲۰۱۱)، انزلیچت^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، و بروکز (۲۰۰۳)، سینها و همکاران (۲۰۰۷)، اصغری و همکاران (۱۳۹۲)، سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲)، و پژوهش یزدان پناه و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد، نشان می دهد آموزش ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان تأثیر مثبت داشته است. مداخله طراحی شده با توجه به ویژگی های اسلامی و بومی کشورمان و

بر اساس چهار محور مدیریت دانش و مهارت، اخلاق، علم و مطالعه و شبکه (تعاون اجتماعی) با شیوه گروهی، اجرا شده که طبق بررسی‌های انجام شده این روش بر کاهش رفتارهای پرخطر تأثیر داشته است.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت به دلیل این که نوجوانان در معرض خطر بیشتر با دوستان خود همراهی می‌کنند و به دلیل این که تحت تأثیر گروه‌ها قرار دارند، لذا جلسات گروهی تجارب موفقیت‌آمیزی برای آن‌ها به همراه داشته و این بخش از الگو با پژوهش براون^۱ و دامیکو^۲ (۲۰۰۲) همسو است. آن‌ها گزارش کردند هنگامی که نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد، در مورد انتخاب روش درمانی مورد سؤال قرار گرفتند، ۸۰ درصد از نوجوانان شکل درمان‌های گروهی را بر درمان‌های فردی مؤثرتر دانسته و بیشتر می‌پذیرند. گروه‌درمانی موجب می‌شود که تغییرات شناختی، رفتاری و عاطفی تسهیل یابد. از سوی دیگر مداخله‌های گروهی هزینه‌ی کمتری نسبت به مداخله‌های فردی دارد. افرادی که در جلسات مشاوره گروهی شرکت داشتند، توانسته‌اند به جای درگیر شدن در مشکلات و تکرار راهکارهای ناسازگار، به دنبال راه‌حل‌های مفید و اثرگذارتر باشند و درصد افزایش قابلیت‌های خود برای کنترل رفتارهای پرخطر و کنترل مناسب تنش‌ها و انتخاب راهکارهای مناسب برای حل مشکلات‌شان برآیند و سازگارتر شوند. 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 می‌گاهد و این خود از اثرات مثبت قرار گرفتن در گروه است. به نظر می‌رسد، تحلیل اطلاعات و تجربه‌های افراد در گروه و واکنش اعضا در برابر صندوقچه اطلاعات افراد و نشست‌های آینه‌ای باعث افزایش عزت نفس و حس یکپارچگی و هدفمندی در زندگی افراد در گروه شده و این خود کاهش رفتارهای پرخطر را در پی داشته است. با این نگاه می‌توان با جلسات ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با تغییر معانی زندگی،

1. Brown

2. DAMico

سطح سلامت آن‌ها را تغییر داد؛ چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است. افراد از این طریق از محدوده‌ی خویشتن، زیست‌شناختی و روان‌شناختی فراتر می‌روند و صاحب ارزش‌های خاصی می‌شوند و معنای زندگی خویش را در می‌یابند و با تعالی نفس می‌توانند، خویشتن حقیقی خود را دریابند. موضوعی که در شکل‌های گروهی درمان بیشتر اتفاق می‌افتد؛ چون در طی گروه‌درمانی، انسان‌ها به زندگی که سفر طولانی خودکاوی است متعهد می‌شوند (کوری، ۱۹۹۰).

آگاهی دانش‌آموزان از فطرت الهی و هسته‌ی درونی وجودشان، تمایل به خوبی و رفتار مطلوب را در آن‌ها احیا می‌کند. توجه به ظرفیت و توانایی انسان برای انجام رفتارهای خوب و خوب بودن و موجودیت مثبت انسان، باعث شد تا دانش‌آموزان با بعد مثبت وجودی‌شان آشنا شده و برای به‌ظهور رساندن آن تلاش کنند. در این مداخله، برنامه‌های نیایش، لوح نور و مطالعه و بحث در مورد کتب دینی انگیزه دانش‌آموزان را در اعتلای موجودیت الهی خود افزایش داد. همچنین در بعد مباحث اخلاقی، مطالعه کتاب‌های مفید و در مرحله بعد بحث و گفتگو در مورد مطالب کتاب به صورت گروهی، باعث مدیریت دانش و تعمیق آگاهی‌های دانش‌آموزان شد. افرادی که از نیایش‌ها، نشست‌های آینه‌ای و ترازنامه، برای تغییر چرخه‌های خودشان از من کنونی به من برتر استفاده کردند، بیشترین بهره را از برنامه‌های درمانی گرفته‌اند. این بخش از الگو نیز با پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۲)، سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) و سینها و همکاران (۲۰۰۷) همسوس است. 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. 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 می‌باشد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود اثر دینداری بر 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 محرمات و باعث می‌شود که افراد دیندار با کنترل بهتر نفسیات خود از گرایش به رفتارهای پرخطر خودداری کنند. 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 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 می‌گردد این برنامه برای دو گروه دختر و پسر انجام شود. اجرای این برنامه در گروه‌های در معرض خطر و زوجین در معرض طلاق نیز پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت‌الله؛ احمدی، لیلا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۱۱۲-۱۰۳.
- پروچاسکا، جیمز او؛ نور کراس، جان. سی. (۱۳۹۰). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- رضایی اصفهانی، محمدعلی؛ نجفی جزه‌ای، حمید (۱۳۹۳). تربیت عبادی از منظر قرآن. *دو فصلنامه علمی - ترویجی قرآن کریم*، ۱۴(۸)، ۱۲۰-۸۵.
- زاده محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره؛ حیدری، محمود (۱۳۹۰). اعتبار سنجی و رواسازی مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۳)، ۲۲۵-۲۱۸.
- سراج‌زاده، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه؛ ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۳). دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. *فصلنامه جامعه شناسی کاربردی*، ۲۴(۴۹)، ۷۷-۵۵.
- فری، مایکل (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*. ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام، تهران: انتشارات رشد.
- قرآن کریم. ترجمه: حضرت آیت الله مکارم شیرازی (۱۳۸۷). تهران: مرکز طبع و نشر قرآن جمهوری اسلامی ایران.

- کوری، جerald؛ کوری، ماریان شیندر؛ کالانان، پاتریک؛ راسل، مایکل (۱۳۹۰). فنون گروهی مشاوره و روان‌درمانی (چاپ چهارم). ترجمه: باقر ثنائی، تهران: نشر فروزش.
- ماهر، فرهاد (۱۳۸۳). رفتارهای پرخطر در اوقات فراغت جوانان، روندها و الگوها. فصلنامه مطالعات جوانان، ۶، ۱۴۳-۱۱۸.
- مطهری، مرتضی (۱۳۶۸). انسان کامل. تهران: انتشارات صدرا.
- مهرابی، حسینعلی؛ کجباف، محمدباقر؛ مجاهد، عزیزالله (۱۳۸۹). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس هیجان‌خواهی و عوامل جمعیت‌شناسی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۶، ۴۸-۳۵.
- نراقی، ملا مهدی (۱۳۸۸). جامع السعادات. ترجمه: کریم فیضی، قم: قائم آل محمد (عج).
- نوروزی، رضاعلی؛ کوهی اصفهانی، هاجر (۱۳۹۲). بررسی و تبیین ((انسان متعال)) از منظر قرآن کریم. فصلنامه معارف قرآنی، ۱۴(۴)، ۱۳۰-۱۰۱.
- وست، و. (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت. ترجمه: شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، تهران: انتشارات رشد.
- یزدانپناه، بهروز؛ صفری، میترا؛ یوسفی، مهران؛ عنقا، پروین؛ حبیبیان، محمد؛ زندی، کرامت اله؛ آرانپور، همداد (۱۳۸۹). اثر بخشی برنامه آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۳)، ۱۹۸-۱۹۱.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 423-443.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26, 291-345.
- Brooks, M. V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness. *Nursing Forum*, 38, 11-20.
- Caminis, A., Henrich, C., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Martin, A. (2007). Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1(14), 1-14.
- 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.
- Dupuy, M., Godeau, E., Vignes, C., Ahluwalia, N. (2011). Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO -Collaborative Health Behavior in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11, 442.
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients- A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67-72.

- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336.
- Kimberly, L. H., Slater, M. D., Outing, E. R. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of changes in risk taking, perceived Harm and friends Alcohol use. *Journal of studies on Alcohol*, 66 (2), 275-283.
- Lindberg, L. D., Boggess, S., Williams, S. (2000). *Multiple threat: The co-occurrence of teen health risk behaviors*. Retrieved of <http://www.urban.Org/uploaded Pdf /multiple threats.pdf>.
- Madise, N., Zulu, E & Ciera, J. (2007). Is Poverty a Driver for Risky Sexual Behavior? Evidence from National Surveys of Adolescents in four African Countries. *African Journal of Reproductive Health*, 11(3), 83-98.
- Marcel, G. (1995). *The philosophy of Existentialism*. New York: Citadel.
- Maslow, A. H. (1971). *Farther reaches of human nature*. New York: Harper.
- O'Leary, T. A., Brown, S. A., Colby, S. M., Cronce, J. M., D'Amico, E. J., Fader, J. S.,...Schulenburg, j. (2002). Treating adolescents together or individually? Issues in adolescent substance abuse interventions. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 26, 890-899.
- Qureshi, B. (2006). Book Review: Youth: choices and change Promoting health behaviors in adolescents. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, P. 47.
- Rolison, M. R., & Scherman, A. (2003). College student risk taking from three perspective. *Journal of Adolescence*, 38(152), 689-705.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free.
- 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), 231-249.
- Slusky, R. I. (2004). Decreasing High-risk Behavior in Teens. A Theatre Program Empowers Students to reach out to Their Peers. *HealthCare Executive*, 19(1), 48-49.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.
- WHO. (2010a). *Why do we need to invest in the health and development of adolescents*. Retrieved from: www.who.int
- Zuckerman, M., Eysenck, S. & Eysenck, H. I. (1978). Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.