



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2016/06/11

Accepted: 2016/4/27

**A Comparison between the Effectiveness of Social-Educational Inoculation Program Based on the Islamic Approach and Stress Inoculation Training on the Lifestyle of Second-Grade High School Female Students with Risky Behavior in Yazd City**

Afsar Khalili Sadrabad(Ph.D.)<sup>1</sup>, Faramarz Sohrabi(Ph.D.)<sup>2</sup>, Esmail Sadipor (Ph.D.)<sup>3</sup>, Ali Delavar(Ph.D.)<sup>4</sup>

1.Ph.D, of Educational Psychology, International University of Imam Reza , Mashhad, Iran.

2.Corresponding Author: Professor, Department of Psychology and Education, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran. Email: asmar567@yahoo.com Tel: 09123947136

3.Associate Professor, Department of Psychology and Education, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

4. Professor, Department of Psychology and Education, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

**Abstract**

**Introduction:** Risky behaviors and unhealthy lifestyles are significantly associated with mortality of adolescents. So, this study was conducted to compare the effectiveness of social-educational inoculation program based on the Islamic approach and stress inoculation training on the lifestyle of second-grade high school female students with risky behaviors in Yazd.

**Methods:** This study was semi-experimental with pretest-posttest design, in which two experimental groups and one control group were investigated. The statistical population included all high school female students studying in Yazd in the academic year of 2015-2016. The participants included 54 female students with risky behaviors, who were categorized into three groups using the multistage random sampling method. Then, the groups were randomly selected as the experimental and control groups. The educational interventions were conducted in 12 sessions of one hour and 15 minutes once a week during three months. Data collection instruments were the scale of risky behaviors (Zadeh Mohammadi et al.) and lifestyle questionnaire (Laali et al.). Lifestyle questionnaires were completed by students before and after training. Data were analyzed by SPSS<sub>20</sub> using covariance and LST.

**Results:** The pretest mean scores of lifestyle in the experimental group with social-educational inoculation program based on the Islamic approach was 140/77, with stress inoculation training was 139.27, and the mean score of the control group was 141.55. In posttest, these mean scores were 156.83, 139.22, and 140.94, respectively. The results showed that the lifestyle mean scores improved in participants who attended the social-educational inoculation program based on Islamic approach (sig= 0/001). However, the participants who attended the stress inoculation training did not have any significantly difference in this regard (sig=0/085).

**Conclusion:** It seems that social-educational inoculation program based on Islamic approach is an appropriate method to improve the lifestyle of students with risky behaviors.

**Keywords:** Social-Educational inoculation, Islamic approach, Stress inoculation Training, lifestyle, risky behaviors, Adolescent.

**Conflict of interest:** The authors declared that there is no Conflict interest



**This Paper Should be Cited as:**

Author: Afsar Khalili Sadrabad, Faramarz Sohrabi, Esmail Sadipor, Ali Delavar. A Comparison between the Effectiveness of Social-Educational Inoculation Program Based on the Islamic .....Tolooebehdasht Journal.2018;17(5): 55-70.[Persian]



## مقایسه اثربخشی برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی با ایمن سازی در برابر استرس بر سبک زندگی دانش آموزان دختر با رفتارهای پرخطر دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان یزد

نویسندگان: افسر خلیلی صدرآباد<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>، اسمعیل سعدی پور<sup>۳</sup>، علی دلاور<sup>۴</sup>

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

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۹۴۷۱۳۶ Email: asmar567@yahoo.com

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

۴. استاد گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

### چکیده

**مقدمه:** رفتارهای پرخطر و سبک زندگی ناسالم عاداتی است که به طور معنی داری با ابتلاء و مرگ و میر نوجوانان در ارتباط است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی با ایمن سازی در برابر استرس بر سبک زندگی دانش آموزان دختر با رفتارهای پرخطر دبیرستان شهرستان یزد انجام گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بودند. نمونه ی پژوهش ۵۴ دانش آموز دختر دارای رفتار پرخطر بود که پس از نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای به سه گروه و سپس هر گروه به صورت گمارش تصادفی در گروه های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. مداخلات در ۱۲ جلسه ۱ ساعت و ۱۵ دقیقه ای، هفته ای یک جلسه و به مدت ۳ ماه انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس رفتارهای پرخطر زاده محمدی و همکاران و سبک زندگی (LSQ) لعلی و همکاران بود. پرسشنامه سبک زندگی در دو مرحله قبل و بعد از آموزش توسط دانش آموزان تکمیل گردید. داده ها، با استفاده از آزمون های کوواریانس و LST در نرم افزار SPSS<sup>۲۰</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین نمرات سبک زندگی پیش آزمون گروه آزمایشی ایمن سازی تربیتی - اجتماعی ۱۴۰/۷۷، ایمن سازی در برابر استرس ۱۳۹/۲۷ و کنترل ۱۴۱/۵۵ و در پس آزمون به ترتیب ۱۵۶/۸۳، ۱۳۹/۲۲ و ۱۴۰/۹۴ بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که برنامه ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی منجر به بهبود سبک زندگی شده (sig= ۰/۰۰۱)، اما آموزش ایمن سازی در برابر استرس تفاوت معناداری ایجاد نکرد (sig= ۰/۰۸۵).

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد مداخله آموزشی ایمن سازی تربیتی - اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی، روش مناسبی برای بهبود سبک زندگی دانش آموزان با رفتارهای پرخطر باشد.

**واژه های کلیدی:** ایمن سازی تربیتی - اجتماعی، رویکرد اسلامی، ایمن سازی در برابر استرس، سبک زندگی، رفتارهای پرخطر، نوجوان

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفدهم

شماره پنجم

آذر و دی ۱۳۹۷

شماره مسلسل: ۷۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۱۰



## مقدمه

نوجوانی دوره تغییرات اساسی جسمی، روانشناختی و تغییرات عمده در تعاملات اجتماعی و روابط افراد است (۱). این گروه سنی نسبت به دیگر گروه‌ها بی‌پروا تر، خطرپذیرتر و هیجان‌خواه‌تر هستند (۲). خطرپذیری، از جمله موارد مهم تهدیدکننده دوران نوجوانی است. رفتار پرخطر (risky behavior)، 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 (۳).

عوامل متعدد فردی، خانوادگی و اجتماعی، بر رفتارهای پرخطر نوجوانان مؤثر است. یکی از این موارد، سبک زندگی است.

شخصیت افراد، دارای ابعاد مختلفی است. در این میان سبک زندگی، بعد کمیت‌پذیر و قابل مشاهده شخصیت افراد است (۴). سبک زندگی شامل اجزاء مختلفی هم چون روابط بین فردی، مسوولیت سلامتی، رشد معنوی، مدیریت استرس، تغذیه و فعالیت فیزیکی است (۵). نتایج مطالعات سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که حدود ۶۵ درصد کیفیت زندگی انسان‌ها به سبک زندگی و رفتار فردی آن‌ها بستگی دارد (۶).

در مطالعات متعدد به این موضوع اشاره شده است که توجه به وضعیت سبک زندگی و بهبود آن می‌تواند به افراد کمک کند تا سالم بمانند. هم‌چنین سبک زندگی صحیح می‌تواند نقش به‌سزایی در نشاط افراد و پیشگیری از استرس و افسردگی داشته

باشد (۷). پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ بیماری‌های غیر واگیر مرتبط با سبک زندگی علت ۷ مورد از ۱۰ مورد مرگ در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۸). در جهان به مطالعه سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت توجه خاصی شده است (۹). نتایج مطالعات انجام شده در ایران حاکی از نامطلوب بودن رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش‌آموزان است (۱۰). 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 (۱۱)، بنابراین می‌بایست آموزش در زمینه شیوه زندگی سالم و پرهیز از رفتارهای پرخطر در دوران اولیه و نوجوانی مورد توجه قرار گیرند.

با توجه به نتایج مطالعات انجام شده در جهان، سازمان بهداشت جهانی ارتقاء سبک زندگی سالم را از اهداف خود قرار داده و بر اساس این اهداف کشورها باید تا سال ۲۰۲۰ راهبردهای بهبود زندگی فردی و اجتماعی را در دستور کار خود قرار داده و عوامل آسیب‌زا به سلامت افراد مانند نداشتن فعالیت جسمی، تغذیه نامناسب، روابط فردی معیوب، استفاده از مواد مخدر و رابطه جنسی غیر ایمن را کاهش دهند (۱).

با توجه به آنچه گفته شد، تحقیق در گستره‌ای که منجر به بهبود یا اصلاح ساختار تربیتی شده و محصول آن نوجوانانی با سبک زندگی سالم، رفتارهای پرخطر کم باشد، از ضرورت‌های ملموس و عینی نظام آموزشی و تربیتی کشور ماست و این پژوهش سعی دارد در این مسیر قدم بردارد. 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 و 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. در دنیای امروز انسان خود را در حصار مدرنیته محصور کرده است و پاسخ دردها و رنج‌ها و آلام خود را نیز از آن طلب می‌کند. ولی ناگفته پیداست که پاسخ این دنیای مدرنیته به نیازها و مشکلات، باعث علاج انسان معاصر نگردیده است تا جایی که بیماری‌های روانی می‌رود تا گوی سبقت را از سایر بیماری‌ها برآید. نتایج پژوهش‌ها به تأثیر درمان‌های مبتنی بر متغیرهای مذهبی پرداخته و آن را تأیید نموده‌اند (۱۲) و حتی درمان‌های مبتنی مذهب را مؤثرتر از رویکردهای هنجار شده عنوان نموده‌اند (۱۳). 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 (۱۴).

در دیدگاه اسلامی، چون ((فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ)) (روم، ۳۰، ۱۵)، فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است، اگر فرایند راهنمایی و 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. در ایران در رشته‌های مشاوره و روان‌شناسی تعداد واحدهای درسی مربوط به این موضوع بسیار اندک است. در حالی که یافته‌های اخیر شواهدی را ارائه می‌کنند که مذهب را به عنوان منبعی از سلامت در زندگی انسان معرفی می‌کنند.

در دوره ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد اسلامی، اهتمام و سعی تمام بر آن بوده تا با شیوه‌ای علمی و با تأکید و

تکیه تام بر مبانی اسلامی و ارزشی و توجه همه‌جانبه بر الزامات بوم‌شناختی، زمینه بازتوانی، توان‌افزایی و تقوای فردی و اجتماعی (واکسیناسیون اجتماعی): (عَلَيْكُمْ أَنْفُسُكُمْ لَا يَضُرُّكُمْ مَنْ ضَلَّ إِذَا هْتَدَيْتُمْ)، (مانده، ۱۰۵): (بر شما باد توجه به خویشتن خویش که اگر به هدایت برسید، کسی که گمراه شده است نمی‌تواند به شما ضرری برساند) را به صورت خود انگیزخته و خود مدار فراهم آورد (۱۵).

با مرور نتایج پژوهش محققان، نقش مؤثر و مثبت معنویت و باورهای مذهبی بر بهداشت روان و سبک زندگی سالم (۲۲-۱۶) امری روشن است. مطالعات متعدد به نقش مؤثر دین در پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و بهداشت روان اشاره می‌کنند. دین از سه روش برقراری نظم اخلاقی، فراهم نمودن فرصت‌هایی برای تحصیل شایستگی‌های کسب شده و همچنین ارائه قوانین اجتماعی به یاری انسان‌ها پرداخته است (۲۶-۲۳). و در مواردی مذهبی بودن را موجب شفای دردها و اختلال‌های روحی و روانی می‌دانند (۲۷).

Turiano و همکاران در مطالعات خود به موضوع دین و دینداری پرداخته و به تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس افراد اشاره نموده‌اند و همچنین نقش باورهای مذهبی بر پیشگیری از اختلالات روانی و مشکلات ناشی از آن را بیان نموده‌اند (۲۸).

Miller و Desrosiers نیز در پژوهش خود به نقش اعتقادات مذهبی بر مقابله با فشارهای روانی شخصی و تحصیلی اشاره نموده‌اند و بیان می‌کنند که افراد مذهبی در مقابل فشارها تحمل بیشتری دارند و کمتر دچار بیماری می‌شوند و در واقع از سلامت روان بالاتری برخوردارند (۲۹).



مروری بر پژوهش‌های صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که کار جدی و مجزایی که آموزه‌های اسلامی را به صورت علمی و همه جانبه، 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 ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد اسلامی یکی از روش‌های کل نگر و تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به ویژه، فنون انسانی نگر 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 جست و جوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که باعث دستیابی به مراحل بالاتر رشد و کمال شود و به ابعاد مختلف انسان در پیشگیری و درمان اختلالات روانی می‌پردازد، می‌توان این خلأ مطالعاتی را برطرف نمود. همچنین هیچ پژوهشی در ایران به تأثیر برنامه ایمن سازی روانی بر سبک زندگی نیرداخته است؛ و برای اولین بار تأثیر این برنامه در مقایسه با تأثیر برنامه ایمن سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد اسلامی مورد بررسی قرار می‌گیرد. از طرف دیگر اجرای این دو برنامه ایمن سازی بر گروه هدف خاص یعنی دختران با رفتارهای پرخطر نیز خلأ مطالعاتی در این مورد را برطرف می‌نماید. دو متغیر ایمن سازی تربیتی - اجتماعی با رویکرد اسلامی و ایمن سازی روانی، به این دلیل برگزیده شده است که هر دو به درونی کردن باورها، ارزش‌ها و افکار اعتقاد دارند و به مشاوره گروهی اهمیت خاصی می‌دهند.

از طرفی ضرورت بسیار مهم و جدی در برنامه سبک زندگی و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان، تغییر دادن افکار و باورهای غیر منطقی و ناکارآمد آن‌ها، تقویت خود فرد، مهارت حل مسئله و همچنین برطرف نمودن تنش‌های روانی و فیزیولوژیکی برآمده از شرایط محیط است. برنامه آموزش ایمن سازی در مقابل استرس ( SIT: Stress Inoculation Training)، با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به افراد و تجهیز آن‌ها به این مهارت‌ها فرد را برای مواجهه با موقعیت‌های پر استرس آماده می‌کند (۳۰). برنامه ایمن سازی در مقابل استرس، از برنامه‌های درمانی است که بر اساس نظریه‌های شناختی رفتاری طرح ریزی شده است و اولین بار Meichenbaum آن را مطرح کرده است (۳۱). اهمیت نقش تفکر و باورها و توانمندی‌های افراد در زندگی و هم چنین تعداد اندک پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه نقش ایمن سازی روانی بر سبک زندگی اجرای این قسمت از پژوهش را نیز ضروری می‌نماید.

مطالعات مستقیم در موضوع ایمن سازی در برابر استرس و سبک زندگی صورت نگرفته است، لیکن نتایج پژوهش اکبری پور و همکاران، نشان داد که ایمن سازی روانی بر سبک زندگی و سلامت عمومی افراد مؤثر است (۳۲). پورهامیون در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ایمن سازی روانی بر سازگاری دانشجویان مؤثر است (۳۳). نتایج ۳۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه، نشان دهنده کارایی این شیوه درمانی در درمان اختلال‌های روان پزشکی مانند افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های شخصیت و روان پریشی است (۳۴).



بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی با ایمن‌سازی در برابر استرس بر سبک زندگی دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای پرخطر دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان یزد بود.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دختر (N=۴۵۵۲)، مقطع متوسطه دوم شهرستان یزد (شهر و مناطق روستایی) بودند که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند. در روش نیمه‌آزمایشی حداقل اندازه نمونه را ۱۵ نفر در نظر می‌گیرند، اما در این پژوهش ۱۸ نفر برای هر گروه به دلیل روش نیمه‌آزمایشی و احتمال افت آزمودنی در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چندمرحله‌ای بود؛ بدین صورت که ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش، به صورت تصادفی ناحیه دو انتخاب شد.

آنگاه از ۱۴ آموزشگاه متوسطه دوم دخترانه این ناحیه، ۶ دبیرستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس با همکاری مسئولان مدارس در این چند دبیرستان در پایه دوم، پرسشنامه رفتارهای پرخطر اجرا گردید. سرانجام ۵۴ آزمودنی با نمره ۹۰ و بالاتر در پرسشنامه رفتارهای پرخطر، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است شرکت کنندگان در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام مطالعه

توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند. در این پژوهش دانش‌آموزان از بسیاری جهات هم چون سطح رفتارهای پرخطر، سن، سطح تحصیلات هم‌تا بودند. با توجه به مرجع بودن گروه کنترل برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در روش نیمه‌آزمایشی، در طول مداخله اقدامی صورت نگرفت؛ لیکن به محض اتمام مداخله، با هماهنگی آموزش و پرورش کارگاه یک روزه‌ای در جهت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برگزار شد و برورشوری نیز در این راستا به آن‌ها داده شد. در این پژوهش، هیچ آزمودنی از گروه جدا نشد.

برای سنجش خطرپذیری، از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) استفاده شد. این مقیاس که توسط زاده محمدی و احمدآبادی هنجاریابی شده است، شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر از قبیل رانندگی خطرناک (۶ سؤال)، خشونت (۵ سؤال)، سیگارکشیدن (۵ سؤال)، مصرف مواد مخدر (۸ سؤال)، مصرف الکل (۶ سؤال)، دوستی با جنس مخالف (۴ سؤال) و رابطه و رفتار جنسی (۴ سؤال) است که پاسخ‌گویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان می‌کنند. در این مقیاس یک نمره کلی وجود دارد و البته نمرات زیرمقیاس‌ها هم جداگانه قابل محاسبه است. محدوده کل امتیازات بین سی و هشت تا صد و نود است. در این پژوهش نمره کل مقیاس مورد بررسی و خط برش در این پژوهش نمره ۹۰ در نظر گرفته شده است. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) به روش همسازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از



و روایی آزمون توسط محقق محاسبه شد. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی آلفای کل برابر ۰/۹۰ بود. روایی کل به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۸ بود.

در ابتدا پیش آزمون در هر سه گروه انجام شد. در هر دو گروه آزمایشی از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در جلسات آموزش که به صورت ۱۲ جلسه یک ساعت و پانزده دقیقه و هفته‌ای یکبار توسط مربی برگزار می‌شود شرکت کنند. نحوه اجرای برنامه‌ها به صورت کامل توسط مربی به آزمودنی‌ها آموزش داده شد. محتوای برنامه ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی که توسط محقق تدوین شده (رساله دکتری) و بر مبنای نظری اسلامی و علمی متقن استوار است و مورد تأیید متخصصان است، دارای چهار محور اصلی است؛ (اخلاق، مسئولیت‌پذیری، علم و مطالعه و تعاون). موضوع اخلاقی هر جلسه با توجه به برگه موضوعات اخلاقی که قبلاً توسط متخصصان تعلیم و تربیت تأیید شده است و در دسترس آزمودنی‌هاست انتخاب می‌شود (اخلاق). موضوعات شامل خدا باوری، صبر، صداقت، مهربانی، شکرگزاری، دانش‌طلبی، نظم و..... می‌شود. در فرم جدول اقدام، هر آزمودنی در مورد موضوع اخلاقی مورد بحث، عملکرد خود را در مورد بررسی قرار می‌دهد و امتیاز من کنونی و من برتر خود را در فرم یادداشت می‌کند. سپس آزمودنی‌ها با هم به مشورت می‌نشینند و در مورد موضوع اخلاقی مد نظر صحبت نموده و تجربیات خود را عنوان می‌نمایند (تعاون). در هر جلسه با توجه به موضوعات، سی‌دی‌های سخنرانان مذهبی یا یک کتاب مناسب مشخص شده و در مدت ۱۵ دقیقه توسط دانش آموزان

تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مولفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفته است. برای ارزیابی مناسب بودن اندازه نمونه (۱۲۰۴ نفر) از آزمون کفایت نمونه‌گیری کایزر- مایر- اولکین و آزمون کرویت بارتلت استفاده شده است. آزمون KMO برابر با ۰/۹۵۲ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت بخش و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بوده است ( $P = ۰/۰۰۱$ ,  $df = ۷۰۳$ ,  $\chi^2 = ۲۶۱۹۱/۲۱$ ) (۳۵). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۰۹ به دست آمد.

سبک زندگی دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) از پیش تهیه شده توسط لعلی و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه دارای ۷۰ سوال در طیف لیکرت است که به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱)، و هرگز (۰) نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه از ۱۰ عامل یا مؤلفه به ترتیب درصد واریانس و ارزش ویژه شامل ۱- سلامت جسمانی، ۲- ورزش و تندرستی، ۳- کنترل وزن و تغذیه، ۴- پیشگیری از بیماری‌ها، ۵- سلامت روان شناختی، ۶- سلامت معنوی، ۷- سلامت اجتماعی، ۸- اجتناب از داروها، مواد مخدر، و الکل، ۹- پیشگیری از حوادث، و ۱۰- سلامت محیطی تشکیل شده است. نمره بالا در هر کدام از مؤلفه‌ها و در کل پرسشنامه نشان دهنده سبک زندگی مناسب است. با توجه به نتایج به دست آمده از اجرای تحلیل عوامل با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۱۰ عامل با ارزش ویژه بزرگ تر از یک استخراج شد که روی هم ۴۶/۲۲ درصد واریانس کل سبک زندگی را تعیین می‌کند. ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ قرار دارد (۳۶). پایایی



ملاحظه می‌شود (علم و مطالعه). سپس دانش‌آموزان به فرم جدول اقدام خود برگشته و روش‌های رسیدن به من برتر خود را یادداشت می‌کنند.

در ترازنامه که توسط خود شخص تهیه می‌شود، خسارات و گناهان خود را در مورد موضوع مورد بحث به خود، خدا، خلق خدا و خلقت خدا به یاد می‌آورد و یادداشت می‌کند و سعی در جبران خسارت می‌کند (مسئولیت‌پذیری). نقش مربی تسهیل‌گری در این مداخله است و طبق قوانین مشاوره گروهی، گروه را هدایت می‌کند. در تمامی جلسات نیایش آغازین و پایانی توسط آزمودنی‌ها قرائت می‌شود. قوانین گروه با همکاری آزمودنی‌ها تدوین و در کلاس نصب می‌شود. در دفترچه یادداشت روز، هر آزمودنی هر آنچه از جلسه کسب کرده است را یادداشت می‌نماید. در این برنامه تمرکز بر اخلاقیات و آموزه‌های دینی، کارگروهی آزمودنی‌ها و نقش مربی تسهیل‌گری است نه آموزش.

محتوای برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس که توسط مایکناوم تدوین شده است، توسط آزمونگر در ۱۲ جلسه یک و ساعت و پانزده دقیقه و هفته‌ای یک بار به آزمودنی‌ها ارائه شد.

در جلسات ابتدایی، آزمودنی‌ها توسط مربی با منابع استرس‌زا، پاسخ به استرس، پیامدهای استرس و آرام‌سازی، انواع احساسات، تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش آشنا شدند. تکنیک‌های تن‌آرامی پیش‌رونده، تکنیک توجه برگردانی هم آموزش داده شد.

جلسات بعدی مبتنی بر درمان‌های شناختی-رفتاری بود و برای این منظور اعضای گروه با ارتباط بین فکر، احساس و رفتار، نحوه شناسایی افکار و خودگویی‌های تحریف‌شده، بازسازی

افکار و جایگزینی افکار منطقی آشنا شدند. در تمام جلسات تکلیف‌های خانگی به آزمودنی‌ها داده شد. در این برنامه تمرکز بر تکنیک‌های شناختی-رفتاری است و مربی نقش انتقال اطلاعات را دارد.

اطلاعات بدست آمده پس از وارد کردن در نرم‌افزار SPSS ویرایش بیستم با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در قسمت آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و واریانس و داده‌های آماری با استفاده از آمار استنباطی کوواریانس و مقایسه‌های زوجی LSD تجزیه و تحلیل شدند.

نویسندگان اعلام می‌دارند که در کلیه مراحل اجرایی این مطالعه ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.

#### یافته‌ها

در مطالعه حاضر، میانگین نمرات سبک زندگی پیش‌آزمون گروه آزمایشی ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی ۱۴۰/۷۷، ایمن‌سازی در برابر استرس ۱۳۹/۲۷ و کنترل ۱۴۱/۵۵ و در پس‌آزمون به ترتیب ۱۵۶/۸۳، ۱۳۹/۲۲ و ۱۴۰/۹۴ بود. نمرات نشانگر این مطلب است که میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش اول کاهش یافته و در گروه آزمایش دوم و گروه کنترل تفاوتی نداشته است (جدول ۱).

به منظور استفاده از روش تحلیل کوواریانس بررسی سه پیش‌فرض اصلی لازم است. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات مورد بررسی قرار گرفت و چون مقدار سطح معنی‌داری برای تمام مؤلفه‌ها بزرگ‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ است، در نتیجه این نمرات دارای توزیع نرمال هستند، پس پیش‌فرض اول تأیید می‌گردد (جدول ۲).





نتایج تحلیل کوواریانس، بیانگر این مطلب است که پیش فرض همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. لذا با توجه به مقدار  $F$  در تحلیل کوواریانس و معناداری آن ( $sig=0/001$ ) به این نتیجه می‌رسیم که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی اینکه آموزش ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب بهبود سبک زندگی دانش‌آموزان شده است (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک زندگی در سه گروه پژوهش قبل و بعد از آموزش

مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک زندگی	ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۱۴۰/۷۷	۵/۷۶	۱۵۶/۸۳	۶/۳۳
	مداخله‌های ایمن سازی روانی (مایکنبام)	۱۳۹/۲۷	۵/۴۷	۱۳۹/۲۲	۵/۵۰
	کنترل	۱۴۱/۵۵	۵/۵۶	۱۴۰/۹۴	۵/۳۹

جدول ۲: نتیجه آزمون نرمال بودن نمرات سبک زندگی

متغیر	سطح معنی‌داری	آماره آزمون K-S	نتیجه‌گیری	
			سبک زندگی	پیش آزمون
	پس آزمون	۰/۲۵۳	۱/۰۶	نرمال است
	پس آزمون- پیش آزمون	۰/۰۹۰	۲/۷۱	نرمال است

جدول ۳: خلاصه اطلاعات آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات میانگین پس آزمون گروه آزمایش (ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) و کنترل

همگنی واریانس		همگنی شیب‌ها		تحلیل کوواریانس	
لوین	sig	F	sig	F	sig
۰/۳۱۹	۰/۵۷۶	۵۱۱/۵	۰/۰۹۴	۵۱۰/۳	۰/۰۰۱



نتایج آزمون شفه نشان داد که تفاوت بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و ایمن‌سازی در برابر استرس معنادار می‌باشد ( $\text{sig}=0/001$ ).

بنابراین به تبع آن فرضیه سوم نیز تأیید می‌شود. بدین معنی که اثر آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی نسبت به آموزش ایمن‌سازی روانی بر بهبود سبک زندگی به صورت معناداری بیشتر است (جدول ۵).

نتایج تحلیل کوواریانس در گروه آزمایش ایمن‌سازی در برابر استرس، بیانگر این مطلب است که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. لذا با توجه به مقدار F در تحلیل کوواریانس و سطح معناداری آن ( $\text{sig}=0/085$ ) به این نتیجه می‌رسیم که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد؛ یعنی اینکه برنامه آموزش ایمن‌سازی مدر برابر استرس تأثیر معناداری بر بهبود سبک زندگی دانش‌آموزان نداشته و لذا فرضیه ۲ تأیید نمی‌شود (جدول ۴).

جدول ۴: خلاصه اطلاعات آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش (ایمن‌سازی در برابر استرس) و کنترل

تحلیل کوواریانس		همگنی شیب‌ها		همگنی واریانس	
sig	F	sig	F	sig	لوین
0/085	3/157	0/097	741/06	0/944	0/005

جدول ۵: خلاصه اطلاعات آزمون T میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار تفاوت‌ها	سطح معناداری
کنترل	ایمن‌سازی تربیتی-	-۱۶/۶۶	0/۲۵	0/001
	اجتماعی			
ایمن‌سازی روانی	ایمن‌سازی روانی	-0/55	0/۲۵	0/106
	ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی	-۱۶/۱۱	0/۲۵	0/001

## بحث و نتیجه‌گیری

می‌گیریم که بین میانگین‌های گروه تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و کنترل اختلاف معناداری وجود دارد. پس با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنادار

نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه اول را تأیید کرد. بنابراین فرض صفر رد می‌شود (سطح معناداری کمتر از 0/05) و نتیجه



زندگی افراد در گروه شده و این خود بهبود سبک زندگی 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 ی خویشتن، زیست شناختی و روان شناختی فراتر می روند و صاحب ارزش های خاصی می شوند و معنای زندگی خویش را در می یابند و با تعالی نفس می توانند، خویشتن حقیقی خود را دریابند.

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 اشان آشنا شده و برای به ظهور رساندن آن تلاش کنند.

در این مداخله، برنامه های نیایش و مطالعه و بحث در مورد کتب دینی انگیزه دانش آموزان را در اعتلای موجودیت الهی خود افزایش داد. هم چنین در بعد مباحث اخلاقی، مطالعه کتاب های مفید و سی دی های مناسب 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 آیینی 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 مطالعات دیگر همسوست. دین، علاوه بر کارکردهای مختلف، فراهم آورنده معنا در برابر جهانی است که پیوسته به بی معنایی گرایش دارد. دین با توجیهی که

شدن تفاوت میانگین های دو گروه، با ۰/۹۵ اطمینان نتیجه می گیریم که آموزش ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی به آزمودنی ها، موجب بهبود سبک زندگی آنان می شود.

با بررسی های انجام شده، پژوهش هایی که به صورت مستقیم و کامل در مورد سبک زندگی انجام شده باشد، یافت نشد، لیکن با توجه به این که سبک زندگی از مقیاس های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی تشکیل می شود، از نتایج پژوهش هایی که در رابطه با این مقیاس ها به دست آمده استفاده می شود.

این نتیجه گیری با دیگر مطالعات (۲۳،۲۵،۳۷) در مورد این که دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت هایی برای به دست آوردن شایستگی های 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، همسوست. هم چنین با مطالعات دیگر (۳۸-۲۰) در مورد رابطه مثبت بین وجود باورها یا فعالیت های مذهبی و پیامدهای مثبت در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی فرد همسو است. هم چنین در بعد سلامت روانی سبک زندگی، نتایج تحقیق با تحقیقات دیگر (۱۸-۱۶) در مورد رابطه منفی بین معنا و معنویت و افسردگی و در مورد نقش معنویت در کاهش پریشانی نیز همسو است.

به نظر می رسد، تحلیل اطلاعات و تجربه های افراد در گروه، باعث افزایش عزت نفس و حس یکپارچگی و هدفمندی در



از رنج و سختی و حوادث می‌کند، یکی از نیازهای ژرف و عام بشر را برآورده می‌سازد (۳۹-۱۶).

نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه دوم را تأیید نکرد. بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های گروه ایمن‌سازی روانی و کنترل اختلاف معناداری وجود ندارد.

اکثر پژوهش‌های انجام شده در مورد ایمن‌سازی روانی، نقش ایمن‌سازی روانی بر اضطراب، سلامت روانشناختی، افسردگی و... را مورد بررسی قرار داده‌اند. متأسفانه پیشینه پژوهشی که اثر ایمن‌سازی روانی بر سبک زندگی را مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد.

برای معنادار نشدن این فرضیه می‌توان استدلال نمود که سبک زندگی حوزه وسیع و گسترده‌ای است که گام‌های برنامه آموزشی پژوهش حاضر، تنها قطره‌ای از دریای بیکران است. می‌توان با توجه به داده‌های بالینی حاصل از این پژوهش، برنامه‌های جامعی طراحی کرد تا تأثیر متغیر مستقل افزایش پیدا کند.

یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی شفه، فرضیه سوم را تأیید کرد. بنابراین با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنادار شدن اختلاف میانگین‌های مورد مقایسه، نتیجه می‌گیریم که سبک زندگی آزمودنی‌هایی که آموزش ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی می‌بینند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش ایمن‌سازی روانی می‌بینند، بهتر است.

با بررسی‌های انجام شده متأسفانه پژوهش یا پژوهش‌هایی که به مقایسه این دو متغیر بر سبک زندگی پرداخته باشند،

یافت نشد. لیکن با بررسی مذاهب مختلف این نکته مورد تأیید قرار می‌گیرد که همه سنت‌های معنوی مذاهب مختلف، با احکام و دستورات بازدارنده و تجویزی خود، پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تشویق می‌کنند با درونی شدن و جذب این رفتارها و نیز باورهای دینی و معنوی و ایجاد تعهدات اخلاقی در زندگی روزانه افراد یک سبک زندگی سالم شکل می‌گیرد که در کاهش مرگ و میر، کاهش مصرف مواد و افزایش سلامت و بهزیستی مؤثر است.

توجه ویژه در برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر نگاه فرد به خود، خدا، مخلوق و طبیعت خداوند، پوشش مطلوبی از سبک زندگی را در بر دارد. زمانی که فرد بتواند در یک رابطه درون روانی با خود و خالق هستی، بین معنا، هدف و ارزش‌های زندگی خود، بین احساس یگانگی با طبیعت و مراقبت از آن بین خود و ارزش‌گذاری برای انسانیت در روابط بین‌فردی ارتباط برقرار کند، سبک زندگی سالم و همه‌جانبه‌ای را تجربه می‌کند که تمام ابعاد انسانی را در بر می‌گیرد.

با توجه به محور اخلاق یکی از محورهای اصلی برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، می‌توان این‌گونه تبیین نمود که اخلاق، حوزه گرایش‌ها و حب و بغض‌ها و عواطف است. پرهیز از تمایلات و شهوت‌های نفسانی حرام، توانایی در کنترل و مهار قدرت و عصبانیت، متوکل و امیدوار بودن به خداوند متعال، داشتن طمأنینه و ثبات و خلاصه، آراسته بودن به فضائل و جنود عقل و پیراسته بودن از رذایل و جنود جهل، از شاخص‌های اصلی شیوه زندگی



منظور کنترل اثر انگیزه محقق طراح برنامه، پیشنهاد می‌گردد اجرای تحقیق به وسیله فرد دیگری صورت گیرد. از محدودیت های این پژوهش می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه مورد مطالعه و روش خودگزارش افراد از طریق پرسشنامه اشاره نمود.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری می‌باشد. برخود لازم می‌دانم از اساتید بزرگوار و اندیشمند جناب آقایان دکتر سهرابی و سعدی‌پور و دلاور که عالمانه و دلسوزانه مرا راهنمایی نمودند و با هدایت‌های خود باعث غنای این پژوهش شدند و از مسئولان آموزش و پرورش یزد که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و در نهایت از کلیه دانش‌آموزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند سپاسگزار می‌کنم.

مؤمنانه در حوزه اخلاق است، بی‌شک آموزش غیر مستقیم این مفاهیم در قالب تشکل‌های گروهی، و بحث و تبادل نظر در این موارد و پر نمودن فرم‌های تعهد اثر قابل توجهی بر سبک زندگی افراد دارد. آیات متعدد قرآن کریم و نظرات فلسفی نراقی نیز این موضوع را به اثبات می‌رسانند (۱۵۰۴۰). همچنین در تبیین نتایج این فرضیه، می‌توان اشاره کرد که عامل مذهب نقش مهمی در گزینش سبک زندگی دارد. دین مردم را نسبت به برخی از سبک‌های زندگی در قیاس با سبک‌های زندگی دیگر ترغیب می‌نماید. ادیان به دلیل عرضه انبوهی از ارزش‌های متفاوتی و اخلاقی و هم چنین ارائه ردیفی از رفتارهای سنتی که می‌توانند عناصر سازنده سبک زندگی باشند، قادرند نقش فعالی در ایجاد کردن یا تغییر دادن سبک‌های زندگی ایفا کنند. با توجه به این که یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه ایمن سازی تربیتی- اجتماعی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر سبک زندگی دانش‌آموزان دختر با رفتارهای پرخطر یزد سودمند بوده است، پیشنهاد می‌شود این برنامه بر جمعیت‌های دیگر هم اجرا شود. هم چنین به

### Reference

- 1-W.H.O. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva; 2002. Available from: ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/)).
- 2-Spear LP. The behavioral neuroscience of adolescence. New York: Norton;2010: 57-8.
- 3-Khoshkhooy S. The effect of Health circuit program on the prevention of risky behaviors of adolescents. First Congress of addiction and risky behavior, University of Kharazmi;2013; Tehran.
- 4-Kavianyarani M. Design of Lifestyle theory based on Islam and Construction of Islamic life style test and Study its psychometric properties. Psychology and Religion .2011; 5(2): 27-44.
- 5-WHO. Effect of a health promotion course on health promoting behaviors of university students. Eastern Mediterranean Health J 2008; 14(4): 880-87.



- 6-Engle PL, Castle S, Menon P. Child development: vulnerability and resilience. *Soci Sci* . 1996; 43 (2): 621-35.
- 7-Sibonisamiei F, Alimoradi Z, Sadeghi T. Impact of corrective life style educational program on controlling stress, anxiety and depression in hypertensives. *J Birjand Uni Med Sci*.2013; 19(6):1-9.
- 8-Habib SH, Saha S. Burden of non-communicable disease: Global overview. *Diab Met Syndr Clin Res Rev*.2010; 4(1): 41-7.
- 9-Laska MN, Pasch KE, Lust K, et al. Latent class analysis of lifestyle characteristics and health risk behaviors among college youth. *Prevention sci*.2009; 10(4): 376-86.
- 10-Tavafyan S, Aghamolaie T. Evaluation of secondary school students in Bandar Abbas lifestyle. *Journal of School of Public Health and Institute of Health Research*.2014; 11(3): 83-93.
- 11-Dupuy M, Godeau E, Vignes C, Ahluwalia N. 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*.2011; 11(4): 442-53.
- 12-McCullough M E, Bono G, Root LM. Religion and forgiveness. In R. F. Paloutzian C. L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion & Spirituality*. New York: The Guilford Press.2005: 394-411.
- 13-Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Deam T, Mashburn D. Comparative Efficacy of religious and nonreligious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*.1992; 60: 94-103.
- 14-Huguelet, Z, Koenig HG. *Religion and spirituality in psychiatry*. USA: Cambridge University Press.2009: 46-7.
- 15-Makaremshirazi N. In translation Holy Quran. Tehran: Publication center of Quran of Islamic Republic of Iran.2016.
- 16-Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J, Earll A. Disconnection, Depression and Spirituality: A Study of the Role of Spirituality and Meaning in The Lives of Individuals With Sever Depression. *Pastoral Psychology*.2008;56: 521-32.
- 17-Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*.2006; 42: 323-36.



- 18-Hills J, Paice JA, Cameron JR., Shot S. Spirituality and Distress In Palliative Care Consultation. *Journal of Palliative Medicine*.2005; 8:782-88.
- 19-Gobaribanab B. Spiritual intelligence. *Journal of Andishe Novine Dini*.2008; 10:10-14.
- 20-Mazidi M, Ostovar S. Effects Of Religion And Type Of Religious Internalization On The Mental Health Of Iranian Adolescents. *Perceptual and Motor Skills*.2006; 103: 11-16.
- 21-Sharifinia M. Evaluation of integrated monotheistic therapy in reducing drug use and risky behavior Central Prison of Qom. [PhD thesis]. University of Madras.2008.
- 22-Yazdanpanah B, Safari M, Yousefi M, Habibian P, HabibianM, Zandi K, Aranpor H. The effectiveness of community-based educational programs to prevent drug abuse in reducing high-risk behaviors. *Yazd University of Medical Sciences Journal*.2011; 18: 191- 98.
- 23-Vachon M. Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer. Survivors. *Seminars in Oncology Nursing* .2008; 24: 218-25.
- 24-Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 11: 32-40.
- 25-Burg S, Mayers RA, Miller LJ. 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.2011:353-59.
- 26-Boyer TW. The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*.2006; 26: 291-345.
- 27-Elmii GH, Shavrany, M. Function Islamic beliefs and rituals In reducing suicidal bed. *Islamic philosophy and theology mirror Knowledge, Shahid Beheshti University* .2012.
- 28-Turiano NA, Shawn D, Whiteman SE, Hampson BW, Roberts S, Daniel K. Personality and substance use in midlife: conscientiousness as a moderator and the effect of trait change. *Journal of Research in Personality*.2012;46: 295-305.
- 29-Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls, *Journal of Clinical Psychology*.2007; 63(10), 1021-37.
- 30-Ismaili M, Kalantary M, Asgari K, Molavi H, Mahdavi S. Effectiveness of immunization to stress the interpersonal relationships and social skills training on psychological well-being of boys veterans with post-traumatic stress. *Veteran medicine*. 2010; 9: 1-11.
- 31-Miechenbaum, D. *Stress inoculation Training*. NY: Pergamon. 1985.



- 32-Akbaripour S, Neshatdoust HT, Moulavi H. The effectiveness of stress inoculation group training on general health. *Journal of Psychology*.2009; 12(48): 354-68.
- 33-Poorhomayon P, Farah bakhsh K. The effectiveness of stress inoculation training on social adjustment of students of Medical Sciences University freshman dorm. [MA thesis]. University of Esfahan. 2000.
- 34-Beck AT, Weishaar ME. Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* Itasca, IL: Peacock.2001;(6): 241-272
- 35-Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z, Haidary M. Validation and validated risk scale Iranian teenagers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.2012;17: 218-25.
- 36-Laalli M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and Validation Life Style Questionnaire (LAQ). *Psychological research*.2013; 15: 64-80.
- 37-Yonker JE, Schnabelrauch CA, Dehaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*.2012; 35: 299-314.
- 38-Jibson R. A study of the relationship between religious orientation and family cohesion. [MA thesis]. California State University, Long Beach. 2004.
- 39-Feizi K. In Translation Jameasadat. Naraghi M. Qom: Ghaem Al-Mohammad. 2009: 757-92.
- 40-Javadi Amoli A. Mafatih Hayt. Qom: Asra. 2012: 9-25.