فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت، ص۱۱۶-۹۷، تابستان ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 60, P 97-116, Summer 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

تدوین الگوی روان‌درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی و ارزیابی اثربخشی آن بر کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان

پرویز پرزور[۱]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تدوین الگوی روان‌درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان-شناختی با رویکرد اسلامی و ارزیابی اثربخشی آن بر کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر (گرایش به مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار) در نوجوانان بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل همه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. ابتدا ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان به صورت تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سپس ۳۰ دانش‌آموز دارای رفتارهای پرخطر بر اساس مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب گردید و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. برای گروه آزمایش، برنامه آموزشی طراحی شده مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار گردید و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی به طور معناداری باعث کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان شد. **نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی، مداخله‌ای موثر و کارآمد در کاهش گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر شایع در این گروه سنی به ویژه مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار است.

کلیدواژه‌ها: آموزه‌های دینی-روان‌شناختی، رویکرد اسلامی، رفتارهای پرخطر، گرایش به اعتیاد، نوجوانان

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک: p.porzoor@gmail.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

مقدمه

تغییرات در نظام‌های زیستی، شناختی و اجتماعی در طول دوره‌ی نوجوانی موقعیت‌های عاطفی‌ای را فراهم می‌کند که می‌تواند به افزایش درک تنیدگی، افزایش تجربه‌های عاطفی منفی و بی‌ثباتی هیجانی در نوجوانان منجر شود (مک‌لوقلین، هاتزنبیوهلر، داگلاس و نولن[1]، ۲۰۱۱). به طوری که، در این دوره، نوجوانان برای این‌که بتوانند خود و جایگاه خود را در جامعه و خانواده ثابت کنند، ممکن است به انجام رفتارهای پرخطر[2] دست بزنند. آن‌ها این رفتارها را برای اثبات خود و عدم نادیده گرفته شدن و مرکز توجه قرار گرفتن انجام می‌دهند. از این رو، از دوران نوجوانی به عنوان دوران آزمایش، خطر و فرصت نام برده می‌شود (کروستی[3]، ۲۰۱۷). رفتارهای پرخطر عبارتند از رفتارهایی که اثرات نامطلوبی بر رشد همه جانبه و سلامتی افراد دارد که می‌تواند مانع موفقیت و رشد مطلوب افراد گردد و این رفتارها (مانند دعوا کردن) می‌توانند منجر به صدمات فیزیکی شده و یا رفتارهایی را شامل گردد که اثرات منفی فزاینده (مانند سوءمصرف مواد، مصرف الکل و سیگار) دارند (پفاف، پانتل و کیسیر[4]، ۲۰۲۱؛ آصفی و قنبری برزیان، ۲۰۲۰). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (زاده‌محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸). مصرف سیگار، الکل، عادات رژیم غذایی ناسالم، سبک زندگی بدون تحرک، و رفتارهای پرخطر جنسی رفتارهایی هستند که با سلامتی در تضادند و جزء رفتارهای پرخطر محسوب می‌شوند (براون، ایسبنسن و گیس[5]، ۲۰۱۰). مطالعات نیز نشان داده‌اند که بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار کشیدن، مواد مخدر و روابط جنسی ناسالم در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتند (لاینه[6] و همکاران، ۲۰۱۴؛ برگمن و اسکات[7]، ۲۰۰۱؛ جانستون، اومالی و بچمن[8]، ۲۰۰۳). درباره شیوع رفتارهای پرخطر یافته‌های متفاوتی در دست است. برای مثال، برخی تحقیقات نشان داده‌اند که مهم‌ترین رفتارهای

1. McLaughlin, Hatzenbuehler, Douglas & Nolen
2. high-risk behavior
3. Crocetti
4. Pfaff, Pantell & Kaiser
5. Brown, Esbensen & Geis
6. Layne
7. Bergman & Scutt
8. Johnston, O'Malley & Bachman

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

پرخطر به ترتیب شامل مصرف الکل، دخانیات، مواد، روابط جنسی ناایمن، درگیری و خشونت می‌باشد (کلوئپ، گونی، کاک و سیمسک[1]، ۲۰۰۹؛ ماگسون[2] و همکاران، ۲۰۲۱؛ صحت و امینی‌منش، ۲۰۲۰). پژوهش‌های زاده‌محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۸) نشان می‌دهد رفتارهای پرخطر رایج در بین نوجوانان و جوانان ایرانی عبارتند از: خشونت؛ خودکشی؛ بی‌ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد؛ رفتارهای پرخطر جنسی و رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم. همچنین، یافته‌های رشید (۱۳۹۴) نشان داد که تجربه کشیدن قلیان با ۵۱/۵ درصد، تجربه کشیدن سیگار با ۳۵/۲ درصد، تجربه رابطه‌ی جنسی با میل خود با ۳۰/۴ درصد، کتک‌کاری در بیرون از خانه با ۲۸/۱ درصد و تجربه مصرف الکل با ۲۸/۴ درصد به ترتیب رایج‌ترین رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان بودند. در زمینه سبب‌شناسی رفتارهای پرخطر، متغیرهای روان‌شناختی از اهمیت خاصی برخوردار هستند، زیرا تاثیر عوامل زیستی و اجتماعی باید از دریچه‌ی گرایش‌های روانی فرد به رفتارهای پرخطر در نظر گرفته شود (لاو، اسیودو، گریفین و گیلبرت[3]، ۲۰۱۳).

مطالعات نیز نشان می‌دهند که کمبود ظرفیت‌های روان‌شناختی در دانش‌آموزان، گرایش به رفتارهای پرخطر و یا فشارهای هویتی مشکلات فراوانی در زندگی روزمره‌ی آنان ایجاد نموده و نه تنها خود نوجوان، بلکه خانه، مدرسه و جامعه را متاثر می‌سازد. بنابراین، ارتقای شاخص‌های سلامت روانی آنان موضوعی حساس و مهم است (توکلی‌زاده، ابراهیمی قوام، فرخی و گلزاری، ۱۳۹۰). بر همین اساس، مطالعات مطرح می‌کنند که درمان‌های روان‌شناختی تحت تاثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی مراجعان قرار دارد و کارایی آن‌ها به میزان هماهنگی‌شان با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (هافمن[4]، ۲۰۰۶). بر همین اساس، در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش مذهب به عنوان یک روش و مداخله درمانی و آموزشی چندبعدی پرداخته‌اند. دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، نقشی موثر در بروز

1. Kloep, Guney, Cok & Simsek
2. Magson
3. Lowe, Acevedo, Griffin & Gilbert
4. Hofmann

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسائل بهداشت روان دارد (واچن[1]، ۲۰۰۸؛ راسیک[2] و همکاران، ۲۰۰۹؛ برگ، مایر و میلر[3]، ۲۰۱۱؛ یانکر، اسچنابرلاووچ و دی‌هان[4]، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های متعددی از رابطه‌ی بین معنویت و شاخص‌های سلامت روان و همچنین تاثیر برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی بر ابعاد مختلف سلامت روان افراد حمایت نموده‌اند. برای مثال، مطالعات نشان می‌دهند باورهای دینی به افراد یک احساس کنترل غیر مستقیم بر روی پیشامدها می‌دهد که در نهایت منجر به کاهش انزواء و احساس بی‌هویتی و نهایتا افزایش شادکامی و نشاط در زندگی افراد می‌شود (گانگا و کوتی[5]، ۲۰۱۳؛ شا[6] و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیم و پوتنام[7]، ۲۰۱۰). همچنین، یکی از کارکردهای مذهب این است که برای افراد وسیله‌ای فراهم می‌کند که از طریق آن زندگی هدفمند را تجربه می‌کنند (امونز و پالوتزیان[8]، ۲۰۰۳) و سود اصلی تجربه مذهبی ممکن است این باشد که مذهب در مورد حقایق غایی به افراد احساس معنا و ارتباط می‌دهد (اکسلین[9]، ۲۰۰۲). برخی مطالعات نیز بر تماس بین مذهب و معنویت با هویت نوجوانان صحه گذاشته‌اند و ارزش‌های مذهبی و اخلاقی در تشکیل شخصیت تاثیر بسیاری دارند و نوجوان را وادار می‌کنند که وجود خود را به منزله جزء و تابعی از جهان بزرگ بداند (مکلین، والکر و ماتسوبا[10]، ۲۰۰۴؛ واتسون و موریس[11]، ۲۰۰۵؛ احمدی، ۱۳۸۸).

یافته‌های تحقیقات بسیاری نیز حاکی از آن است که افراد مذهبی از نظر جسمی و روان‌شناختی سالم‌تر هستند، سبک‌های زندگی سالم‌تری دارند، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، مصادیق رفتارهای پرخطر و ضداجتماعی، آسیب‌های اجتماعی، خودکشی و اعتیاد در آن‌ها کمتر است، احساس ضعف و ناامیدی

1. Vachon
2. Rasic
3. Burg, Mayers & Miller
4. Yonker, Schnabelrauch & DeHaan
5. Ganga & Kutty
6. Shah
7. Lim & Putnam
8. Emmons & Palotzian
9. Exline
10. Maclean, Walker & Matsuba
11. Watson & Morris

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

در آنان کمتر اســـت و از معنای زندگی، فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطات بین‌فردی و تاب‌آوری مناسب‌تر و بالاتری برخوردار بوده و ارتباط مثبت‌تری را با والدین و همسالان تجربه می‌کنند (کراسی، لرونسون، پارگامنت و هیل[1]، ۲۰۱۷؛ تیسمن[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ فنلون و دانلیســـن[3]، ۲۰۱۷؛ فرنهام و چنگ[4]، ۲۰۱۵؛ اســـتون، بکر، هوبر، کاتالانو[5]، ۲۰۱۲؛ دراپ، جانسون و بیندل[6]، ۲۰۱۱؛ جناناپراکاش[7]، ۲۰۱۳؛ لیم و پوتنام،۲۰۱۰؛ گوپتا[8]، ۲۰۱۲؛ دیوگلبی، کوپر و پنز[9]، ۲۰۰۹؛ تالیافرو، رینزو، پیگ، میلر و داد[10]، ۲۰۰۹؛ میکائیلی و پرزور، ۱۳۹۸؛ پرزور، عباســی و شــجاعی، ۱۳۹۷؛ شــجاعی و پرزور، ۱۳۹۶؛ عطادخت و پرزور، ۱۳۹۵؛ پرزور، نریمانی، شــجاعی و ابراهیمی، ۱۳۹۴؛ نریمانی، پرزور، عطادخت و عباســی، ۱۳۹۴؛ پرزور، میکائیلی، معاضــدی و ابراهیمی،۱۳۹۴؛ اصــغری، کردمیرزا و احمدی، ۱۳۹۲). در حقیقت، مذهب با کم کردن رفتارهایی مثل استفاده از سیگار و الکل و افزایش دادن فعالیت‌های جسمانی، داشتن هدف و معنی در زندگی، امید، خوش‌بینی و ســلامت روان‌شــناختی فرد، به افراد کمک می‌کند و اثر حفاظتی علیه فشــارهای روانی دوران نوجوانی، مشکلات جسمانی و سلامت روان‌شناختی دارد (جعفری و همکاران، ۲۰۱۰).

الگوی روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد اســلامی، افزون بر ایجاد انســجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، بر بعد معنوی افراد نیز تاکید دارد. بررسی متون اســلامی نشــان می‌دهد که شــناخت‌ها، اصــول و راهبردهایی در بطن اعتقادات اســلامی متعددی وجود دارد که در کار با مراجعین مختلف می‌توانند مورد اســتفاده قرار گیرد (مقصــود[11]، ۲۰۰۲). با در نظر گرفتن نتایج حاصــل از رویکردهای یکپارچه و با توجه به این‌که در عصر کنونی که تجدید حیات تفکر اسلامی به سرعت در سراسر جهان در حال گسترش و رشد و نمو است، این حقیقت مبرهن و آشکار گردیده است که اسلام بسیار

1. Krause, Ironson, Pargament & Hill
2. Teismann
3. Fenelon & Danielsen
4. Furnham & Cheng
5. Stone, Becker, Huber & Catalano
6. Drerup, Johnson & Bindl
7. Gnanaprakash
8. Gupta
9. Duggleby, Cooper & Penz
10. Taliaferro, Rienzo, Pigg & Dodd
11. Maqsood

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

فراتر از مجموعه‌ای مناسک و رفتارهای دینی است. با این اوصاف، برنامه‌های آموزشی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی برای نوجوانان به منظور تقویت ابعاد اعتقادی، اجتماعی و توسعه پژوهش در این عرصه بسیار مفید و سودمند به نظر می‌رسد. آموزش این مبانی به نوجوانان کمک می‌کند تا کمتر گرفتار لغزش و رفتارهای پرخطر شوند، دچار یاس و ناامیدی نشوند، با امید و نشاط بیشتری زندگی کنند و به تقویت ظرفیت‌های روانی آنان کمک نمایند. با توجه به مطالب فوق، این پژوهش با این هدف انجام شد تا ویژگی‌ها، اهداف، مراحل، روش‌ها و فنون برنامه آموزشی مبتنی بر آموزه های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی را بررسی و تدوین کرده و به این سوال پاسخ علمی دهد که آیا مداخله مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی می‌تواند گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر را کاهش دهد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهشی این مطالعه در دو بخش شامل روش کمی و کتابخانه‌ای تنظیم شده است. در بخش کتابخانه‌ای، ابتدا یک برنامه آموزشی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی تدوین شد. در بخش کمی، این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر در بخش کمی شامل همه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ در شهرستان اردبیل مشغول به تحصیل بودند. جامعه آماری مطالعه در بخش کتابخانه‌ای آن شامل مجموعه متون اسلامی شامل قرآن کریم، احادیث معصومین (ع) و آثار مکتوب اندیشمندان و متفکران مسلمان بود. به منظور نمونه‌گیری، ابتدا بر اساس مطالعات مربوط به میزان شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه (پایه دهم تا دوازدهم) شهر اردبیل به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از ۲ ناحیه آموزشی شهر اردبیل، ۱ ناحیه و از این ناحیه ۴ مدرسه پسرانه و از هر مدرسه ۲ کلاس (مجموعا ۸ کلاس) به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس پرسش‌نامه‌ی خطرپذیری نوجوانان ایرانی جهت تکمیل به آنان تحویل داده

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

شـد و از بین تعداد اولیه با نمره‌ی بالاتر از نقطه برش (۴۱ نفر) (کسـب نمره ۱۰۰ و بالاتر)، نهایتا ۳۰ دانش‌آموز به صـورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شـامل اخذ نمره بالاتر از نقطه برش مدنظر در مقیاس رفتارهای پرخطر، نداشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن که توسط مشاور مدرسه گزارش داده شـد، عدم مصـرف داروهای روان‌پزشـکی و نداشـتن بیماری‌های جسـمانی بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. تعداد جلسات برای گروه آزمایشی ۱۰ جلسه (۳ بار در هفته) ۶۰ دقیقه‌ای بود. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر را در جلسه اول (پیش‌آزمون) و جلسه آخر (پس‌آزمون) تکمیل کردند. لازم به ذکر است که به تمامی شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی، هدف و نحوه پژوهش توضیح داده شد و از تمامی افراد رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. شرکت آن‌ها در پژوهش به صـورت داوطلبانه بود و در هر مرحله از پژوهش می‌توانسـتند از فرایند آموزشـی خارج شـوند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی[1]: این مقیاس توسـط زاده‌محمدی، احمدآبادی و حیدری (۱۳۹۰) برای سـنجش خطرپذیری نوجوانان ایرانی طراحی شـده اسـت و ۳۸ گویه دارد و ۷ خرده‌مقیاس گرایش به الکل، گرایش به مواد مخدر، گرایش به سـیگار، گرایش به خشـونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسـی، گرایش به رانندگی خطرناک و گرایش به دوسـتی با جنس مخالف را می‌سـنجد. نمره‌ی آن بر اسـاس طیف پنج درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ی ۱(کاملا موافقم) تا ۵ (کاملا مخالفم) محاسبه می‌شود. نتایج حاکی از آن است که میزان اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب برای مقیاس کلی، رانندگی پرخطر، گرایش به خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، گرایش

1. Iranian Youth Risk-Taking Scale

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

به رابطه و رفتار جنسی و دوستی با جنس مخالف به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ بود. همچنین، روایی صوری این مقیاس نیز توسط ۶ متخصص تایید شده است (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

روش اجرا

ابتدا یک برنامه آموزشی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی با توجه به متون آسمانی قرآن کریم، احادیث معصومین (ع) و آثار مکتوب اندیشمندان و متفکران مسلمان (شامل کتاب مفاتیح الحیات آیت‌الله جوادی آملی-به دلیل ساختار منظم و نگاه همه جانبه به حیات بشری با تکیه بر منابع وحیانی و مبانی نظری-، کتب شهید مطهری-به عنوان الگویی جامع از مبانی تعالیم تربیتی و معرفتی اسلام-، کتاب معراج السعاده ملااحمد نراقی-به دلیل برخورداری از یک نظریه نسبتا منسجم به عنوان الگویی از دستورالعمل‌های اخلاقی برای سبک زندگی اسلامی) و مداخلات آموزشی تهیه شده مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی در نوجوانان، تدوین گردید. قسمت تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی، بخش کتابخانه‌ای پژوهش را تشکیل داد. محقق، مطالعه اولیه قرآن کریم و متون اسلامی مربوطه و بهره‌گیری از نظر متخصصان را مبنای کار خود قرار داد. برای یافتن موضوعات مورد نظر مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و تهیه فهرست اولیه، ابتدا با مراجعه به متون اسلامی، فهرست کاملی از همه موضوعات مثبت انسانی تهیه گردید. سپس با همکاری متخصصان حوزه تعلیم و تربیت دینی و روان‌شناسی اسلامی و همینطور جهت انطباق این متون با تبیین‌های روان‌شناختی مرتبط با آن طبق مفاهیم و نظریات روان‌شناختی توسط اساتید صاحب نظر روان‌شناسی، فهرست اولیه طبقه‌بندی شده و به صورت فهرست کوتاه‌تر آماده شد. در این رابطه دو نکته مورد تاکید 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 و ب) انتخاب عناوینی که بیشتر در دوره نوجوانی مثمر ثمر خواهد بود. در ادامه، شرح مختصری از برنامه آموزشی مورد استفاده در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

جدول ۱: شرح مختصر جلسات برنامه آموزشی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی

جلسه	عناوین محتوای آموزشی
اول	آشنایی با کلیات برنامه آموزشی و اهمیت دوره نوجوانی
دوم	حفظ و ارتقای سلامت جسمانی و بهداشت روانی (روان‌شناختی و دینی)
سوم	مهارت‌های ارتباطی موثر و مدیریت روابط اجتماعی (روان‌شناختی و دینی)
چهارم	اصلاح و مدیریت ارتباط با خود و شناخت ویژگی‌های فردی (روان‌شناختی و دینی)
پنجم	اصلاح و مدیریت ارتباط با خدا و نگرش مثبت به او (روان‌شناختی و دینی)
ششم	اصلاح و مدیریت ارتباط با دیگران و توجه به کرامت انسانی آنان (روان‌شناختی و دینی)
هفتم	اصلاح و مدیریت ارتباط با هستی و باور به مبانی هستی شناختی (روان‌شناختی و دینی)
هشتم	مهارت‌های مثبت‌اندیشی (روان‌شناختی و دینی)
نهم	آموزش فضائل اخلاقی و تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی (روان‌شناختی و دینی)
دهم	هدف‌گذاری و هدفمندی در زندگی و مهارت‌های مدیریت زمان (روان‌شناختی و دینی)

یافته‌ها

در گروه آزمایش، ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۶ سال، ۴۰ درصد (۶ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۷ سال و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۸ سال بودند. همچنین، در گروه کنترل، ۴۰ درصد (۶ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۶ سال، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۷ سال و ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) در گستره‌ی سنی ۱۸ سال بودند. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش به ترتیب ۱۶/۶۶ و ۰/۷۳ بود و این مقادیر برای دانش‌آموزان گروه کنترل به ترتیب ۱۶/۸۶ و ۰/۸۳ بود. در این پژوهش، از آنجایی که حجم نمونه کمتر از ۵۰ نفر بود از آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. طبق نتایج غیر معنادار این آزمون، میانگین نمرات در مولفه‌های رفتارهای پرخطر در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی و گروه کنترل دارای توزیع نرمال بود. یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد جنبه‌های مختلف رفتارهای پرخطر در دو مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر رفتارهای پرخطر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گرایش به مواد مخدر	پیش‌آزمون	۲۱/۲۰	۷/۱۲	۱۸/۸۶	۸/۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۸۰	۳/۶۲	۱۸/۴۰	۷/۵۸
گرایش به الکل	پیش‌آزمون	۱۸/۶۰	۴/۴۵	۱۹/۲۰	۶/۱۸
	پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۳/۸۵	۱۹/۰۶	۵/۵۴
گرایش به سیگار	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۵/۱۵	۱۴/۷۳	۵/۲۷
	پس‌آزمون	۸/۲۶	۳/۴۷	۱۴/۵۳	۴/۶۵
گرایش به خشونت	پیش‌آزمون	۱۶/۳۳	۳/۵۳	۱۵/۴۶	۴/۱۳
	پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۳/۱۸	۱۵/۰۶	۳/۸۶
گرایش به رفتار جنسی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۳	۳/۳۲	۱۱/۷۳	۳/۶۵
	پس‌آزمون	۷/۹۳	۲/۸۱	۱۱/۷۳	۳/۴۷
گرایش به جنس مخالف	پیش‌آزمون	۱۳/۹۳	۳/۱۵	۱۴/۴۰	۳/۷۳
	پس‌آزمون	۷/۶۰	۲/۱۹	۱۴/۲۶	۳/۸۲
گرایش به رانندگی خطرناک	پیش‌آزمون	۱۹/۶۰	۵/۰۱	۲۰/۱۳	۶/۳۱
	پس‌آزمون	۱۱/۳۳	۲/۶۹	۱۹/۲۰	۵/۸۴

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری، جهت رعایت پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس از آزمون‌های ام‌باکس و لوین استفاده شد. نتایج غیر معنادار آزمون ام‌باکس (BOX= ۵۴/۸۰، F=۱/۰۵، p=۰/۴۰) (p>۰/۰۵) نشان‌دهنده شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس بود. همچنین، نتایج غیر معنادار آزمون لوین در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز نشان‌دهنده شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی بود (p>۰/۰۵) (جدول ۳). همچنین، طبق بررسی همگونی شیب خط رگرسیونی برای متغیر رفتارهای پرخطر، آماره F برای تعامل متغیر مستقل و همپراش ۴/۳۳ بود که معنادار نبود (p>۰/۰۵). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون برای متغیر رفتارهای پرخطر به درستی رعایت شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

جدول ۳: نتایج آزمون لوین جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بر روی نمره کل رفتارهای پرخطر

متغیرها	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	آماره	معناداری
پیش‌آزمون گرایش به مواد مخدر	۱	۲۸	۰/۶۶	۰/۴۲
پس‌آزمون گرایش به مواد مخدر	۱	۲۸	۳/۵۹	۰/۰۸
پیش‌آزمون گرایش به الکل	۱	۲۸	۲/۰۵	۰/۱۶
پس‌آزمون گرایش به الکل	۱	۲۸	۲/۳۱	۰/۱۴
پیش‌آزمون گرایش به سیگار	۱	۲۸	۰/۰۲	۰/۹۰
پس‌آزمون گرایش به سیگار	۱	۲۸	۰/۹۳	۰/۳۴
پیش‌آزمون گرایش به خشونت	۱	۲۸	۰/۸۱	۰/۳۸
پس‌آزمون گرایش به خشونت	۱	۲۸	۰/۸۵	۰/۳۶
پیش‌آزمون گرایش به رابطه و رفتار جنسی	۱	۲۸	۰/۲۸	۰/۶۰
پس‌آزمون گرایش به رابطه و رفتار جنسی	۱	۲۸	۰/۹۰	۰/۳۵
پیش‌آزمون گرایش به رابطه با جنس مخالف	۱	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸
پس‌آزمون گرایش به رابطه با جنس مخالف	۱	۲۸	۳/۲۳	۰/۰۸
پیش‌آزمون گرایش به رانندگی خطرناک	۱	۲۸	۰/۲۷	۰/۶۱
پس‌آزمون گرایش به رانندگی خطرناک	۱	۲۸	۲/۸۵	۰/۱۳

جدول ۴: شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس برای رفتارهای پرخطر در گروه‌های آزمایش و کنترل

موقعیت	آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره	معناداری	اندازه اثر
گروه	پیلایی- بارتلت	۰/۸۸	۸	۲۱	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱*	۰/۸۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۸	۲۱	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱*	۰/۸۸
	اثر هتلینگ	۷/۶۵	۸	۲۱	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱*	۰/۸۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۶۵	۸	۲۱	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱*	۰/۸۸

* $p <$ ۰/۰۰۱.

همان‌طور که در جدول ۴ مشـــاهده می‌شـــود، عامل بین آزمودنی‌ها گروه‌های آزمایش و گروه کنترل بر اســـاس آزمون لامبدای ویلکز (۲۰/۰۷ = $F_{(۸ و ۲۱)}$، p<۰/۰۰۱) معنادار بود.

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

به عبارت دیگر، بین دو گروه حداقل در ارتباط یا برخی جنبه‌های رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی باعث کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان می‌شود. برای مشخص شدن دقیق این تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی مولفه‌های رفتارهای پرخطر در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری برای رفتارهای پرخطر در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گرایش به مخدر	۱۵۸/۷۰	۱	۱۵۸/۷۰	۴/۴۹	۰/۰۵*	۰/۱۴	۰/۵۳
گرایش به الکل	۳۱۳/۶۳	۱	۳۱۳/۶۳	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱***	۰/۳۳	۰/۹۵
گرایش به سیگار	۲۹۴/۵۳	۱	۲۹۴/۵۳	۱۷/۴۵	۰/۰۰۱ ***	۰/۳۸	۰/۹۸
گرایش به خشونت	۱۵۴/۱۳	۱	۱۵۴/۱۳	۱۲/۳۱	۰/۰۰۲ **	۰/۳۱	۰/۹۲
گرایش رفتار جنسی	۱۰۸/۳۰	۱	۱۰۸/۳۰	۱۰/۸۴	/۰۰۳ **	۰/۲۸	۰/۸۹
رابطه با جنس مخالف	۳۳۳/۳۳	۱	۳۳۳/۳۳	۳۴/۲۵	۰/۰۰۱***	۰/۵۵	۱
رانندگی خطرناک	۴۶۴/۱۳	۱	۴۶۴/۱۳	۲۲/۴۲	۰/۰۰۱***	۰/۴۵	۱

* p <۰/۰۵. ** p <۰/۰۱. *** p <۰/۰۰۱.

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه (پس‌آزمون) بر روی مولفه‌های گرایش به مواد مخدر (۴/۴۹ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۵)، گرایش به الکل (۱۳/۷۵ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۰۱)، گرایش به سیگار (۱۷/۴۵ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۰۱)، گرایش به خشونت (۱۲/۳۱ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۱)، گرایش به رابطه و رفتار جنسی (۱۰/۸۴ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۱)، گرایش به رابطه با جنس مخالف (۳۴/۲۵ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۰۱) و گرایش به رانندگی خطرناک (۲۲/۴۲ = (۲۸ و ۱) F، p<۰/۰۰۱) معنادار بود. بدین ترتیب میانگین‌های پس‌آزمون بین دو گروه برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی و گروه کنترل متفاوت بود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی بر کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر موثر است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان بود. نتایج نشان داد که این برنامه آموزشی منجر به کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان شد. این یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعات راموس، ارکانلی و کوینگ[1] (۲۰۱۸)؛ کراسی و همکاران (۲۰۱۷)؛ تیسمن و همکاران (۲۰۱۷)؛ فنلون و دانلیسن (۲۰۱۶)؛ چیوراکوا، بورلاک و رایت-پارکر[2] (۲۰۱۷)؛ عامری، میرزاخانی، نبی‌پور، خانجانی و سلمان (۲۰۱۷)؛ دیردا و گونزالز[3] (۲۰۱۶)؛ آیلس، بوکئلو، سیته و کوئینتن[4] (۲۰۱۶)؛ وبستر[5] (۲۰۱۵) و خلیلی صدرآباد، سهرابی، سعدی‌پور، دلاور و خوشنویسان (۱۳۹۶) همخوان است. در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت به دلیل این‌که نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر، بیشتر با دوستان خود همراهی می‌کنند و به دلیل این‌که تحت تاثیر گروه‌های همسال قرار دارند، لذا جلسات گروهی تجارب موفقیت‌آمیزی برای آن‌ها به همراه داشته و این بخش از الگو با پژوهش دامیکو و فرومی[6] (۲۰۰۲) همسو است. آن‌ها گزارش کردند هنگامی که نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر در مورد انتخاب روش درمانی مورد سوال قرار گرفتند، ۸۰ درصد از نوجوانان شکل درمان‌های گروهی را نسبت به درمان‌های فردی موثرتر دانسته و بیشتر می‌پذیرند. گروه درمانی موجب می‌شود که تغییرات شناختی، رفتاری و عاطفی تسهیل یابد. از سوی دیگر، مداخله‌های گروهی هزینه‌ی کمتری نسبت به مداخله‌های فردی دارند. 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 درصدد 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

1. Ramos, Erkanli & Koenig
2. Churakova, Burlaka & Wright-Parker
3. DiReda & Gonsalvez
4. Iles, Boekeloo, Seate & Quinton
5. Webster
6. D'Amico & Fromme

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

دانش‌آموزان با مطرح نمودن موضوعات مختلف در گروه و استفاده از تجربیات و نظرات همدیگر در گروه، از موج مثبت گروه استفاده کرده و خود را در برابر آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر محافظت کنند. عدم آموزش مستقیم نیز از مقاومت افراد در گروه می‌کاهد و این خود از اثرات مثبت قرار گرفتن در گروه است.

به نظر می‌رسد که تحلیل اطلاعات و تجربه‌های افراد در گروه و واکنش‌های اعضا نسبت به محتوای برنامه آموزشی باعث افزایش عزت نفس و حس یکپارچگی و هدفمندی در زندگی افراد در گروه آزمایش شده و این خود کاهش رفتارهای پرخطر را در پی داشته است. با این نگاه می‌توان گفت که جلسات آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی با تغییر معانی زندگی در نوجوانان، سطح سلامت آن‌ها را تغییر داده است، چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است. به طوری که، در این مداخله بحث در خصوص اصلاح و مدیریت ارتباط با خود، اصلاح و مدیریت ارتباط با خدا، اصلاح و مدیریت ارتباط با دیگران و اصلاح و مدیریت ارتباط با هستی، انگیزه‌ی نوجوانان را در اعتلای موجودیت الهی خود افزایش داده است. همچنین، طرح مباحث اخلاقی (در این مداخله از طریق آموزش فضائل اخلاقی و تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی) منجر به ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی در افراد می‌شود که این 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 این‌که اتفاقات و حوادث جنبه تصادفی ندارند، بلکه جزئی از یک الگوی معنی‌دار و نظم عادلانه می‌باشند. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود اثر دینداری بر کاهش رفتارهای پرخطر این نظریه را تایید می‌کند که محتوای زاهدانه آموزه‌های دینی در خصوص تواضع، صبر، خوش خلقی، گذشت و کنترل خواهش‌های نفسانی و پرهیز از محرمات و... باعث می‌شود که افراد دیندار با کنترل بهتر نفسانیت خود از گرایش به رفتارهای پر خطر خودداری کنند.

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

در دیدگاه اسلامی، چون فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است، اگر فرایند درمان به گونه‌ای تدارک دیده شود که شخص به فطرت الهی و هسته درونی وجودی‌اش نزدیک شود، بی شک تمایل به رفتار مطلوب در او افزایش می‌یابد و کاهش رفتارهای خطرساز در او را بدنبال خواهد داشت (امیدیان، علی‌اکبر دهکردی، پورنیک دست و محتشمی، ۱۳۹۳). بر اساس نتایج، می‌توان اذعان نمود که اگر انسان بتواند در امورات خود با توکل بر خداوند و محوریت قرار دادن فرامین او، با دیگران ارتباط برقرار کند و با کسب مهارت‌های ارتباطی موثر و مدیریت روابط اجتماعی، 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. همچنین، آگاهی نوجوانان از فطرت الهی و هسته 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 می‌شود تا نوجوانان با بعد مثبت وجودی‌شان آشنا شده و برای به ظهور رساندن آن تلاش کنند. از سوی دیگر، یکی از کارکردهای باورهای معنوی و معنویت، کمک به افراد به هنگام مواجهه با شرایط بحرانی است. ایمان و معنویت از عوامل موثر بر سازگاری برای کاهش شرایط تنش‌زا به شمار می‌روند و توانایی برای چیره شدن بر شرایط دشوار و ناخواسته محیطی را افزایش می‌دهند (خلیلی صدرآباد و همکاران، ۱۳۹۶). باور معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها اثر می‌گذارد و فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می‌کند و این در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر اثرگذار است.

در تبیینی متفاوت‌تر در خصوص یافته‌ی این مطالعه می توان بیان کرد که آموزه‌های دینی-روان‌شناختی می‌توانند افراد را قادر سازند تا انتخاب‌های سالم و رفتار مناسبی را در طول زندگی‌شان انجام دهند. یکی از اجزای زندگی سالم توجه به نیازهای معنوی است. از آنجایی که انسان موجودی دارای زیست بدنی، روانی، فردی، اجتماعی، مادی و معنوی

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

است، بنابراین در برنامه زندگی همه نیازهای او باید در نظر گرفته شوند. معنویت مبتنی بر جهان‌بینی توحیدی سبک زندگی انسان را اعتلا می‌بخشد (کمری و فولادچنگ، ۱۳۹۵). در این سبک زندگی رفتارهای آسیب‌زا به تدریج کاهش یافته و رفتارهای سالم افزایش می‌یابند. از سوی دیگر، عقاید معنوی و دینی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آن‌ها کمک می‌کنند که از نظر معنوی سالم باشند، از رفتارهای پرخطر اجتناب کرده و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت از زندگی داشته باشند.

به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری پژوهشگر، استفاده از گروه‌های نمونه دانش‌آموزان پسر از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که همین مسئله امکان تعمیم‌پذیری نتایج به دانش‌آموزان دختر و دیگر جامعه‌های آماری را محدود می‌کند. در پژوهش حاضر، به دلیل اضطرار و محدودیت زمانی و دستیابی به نتایج درمانی، امکان اجرای دوره پیگیری مهیا نبود. همچنین، عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مثل وضعیت اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی و کمبود حجم نمونه‌ی مورد و و نتیجتا عدم کنار گذاشتن افراد با نمرات پرت، از محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مداخله‌ی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی بر روی نوجوانان دختر با گرایش به رفتارهای پرخطر اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی یکپارچه‌نگر مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان‌شناختی با رویکرد اسلامی جهت کاهش رفتارهای پرخطر در دانشجویان، با تاکید بر مطالب مرتبط و موثر در دوره جوانی، طراحی و تدوین و ارزیابی اثربخشی آن صورت گیرد. با توجه به نتایج یافته پژوهش حاضر و اثربخشی معنادار این روش مداخله بر روی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، می‌بایست برنامه‌های مداخله‌ای بر اساس این رویکردها طرح‌ریزی شده و در کلینک‌های بالینی مورد استفاده قرار گیرد. به طوری که، با توجه به اثربخش بودن مداخله‌ی مبتنی بر آموزه‌های دینی-روان-شناختی، توصیه می‌شود که برای درمانگران حوزه بالینی و مشاوران و معلمان، کارگاه‌هایی با هدف آموزش این شیوه مداخله‌ای جهت استفاده در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، مدارس و کانون‌های اصلاح و تربیت برگزار گردد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

منابع

احمدی، یعقوب (۱۳۸۸). وضعیت دینداری و نگرش به آینده دین در میان نسل‌ها مطالعه موردی شهر سنندج. *مجله‌ی معرفت فرهنگی اجتماعی*، ۱(۱۹)، ۴۴-۱۷.

امیدیان، مهدی؛ علی‌اکبر دهکردی، مهناز؛ پورنیک دست، سبحان و محتشمی، طیبه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری. *مجله‌ی روان‌شناسی دین*، ۱(۲۵)، ۳۰-۱۷.

پرزور، پرویز؛ عباسی، مسلم و شجاعی، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله معنوی بر تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی. *مجله‌ی روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۲)، ۱۰۵-۹۵.

پرزور، پرویز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ معاضدی، کاظم و ابراهیمی، اباصلت (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان. *مجله‌ی سلامت و مراقبت*، ۱۷(۱)، ۳۹-۳۰.

پرزور، پرویز؛ نریمانی، محمد؛ شجاعی، احمد و ابراهیمی، مرتضی (۱۳۹۴). نقش امید (با نگرش به منابع اسلامی)، معنای زندگی و باورهای غیر منطقی در پیش‌بینی رغبت به ازدواج دانشجویان. *مجله‌ی فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۴(۵)، ۳۸۴-۳۶۵.

توکلی‌زاده، جهانشیر؛ ابراهیمی قوام، صغری؛ فرخی، نورعلی و گلزاری، محمد (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر سلامت روانی دانش‌آموزان پسر سال دوم راهنمایی شهر مشهد. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۳)، ۲۵۹-۲۵۰.

خلیلی صدرآباد، افسر؛ سهرابی، فرامرز؛ سعدی‌پور، اسماعیل؛ دلاور، علی و خوشنویسان، زهرا (۱۳۹۶). تدوین برنامه ایمن‌سازی تربیتی-اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی و ارزشیابی تاثیر آن بر رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۶-۱۱.

رشید، خسرو (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. *فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۷)، ۵۵-۳۱.

زاده‌محمدی، علی و احمدآبادی، زهره (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان راهکارهایی برای پیشگیری از جرم در محیط خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۲۰)، ۴۸۵-۴۶۷.

زاده‌محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره و حیدری، محمود (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *فصلنامه‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۳)، ۲۲۵-۲۱۸.

شجاعی، احمد و پرزور، پرویز (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش‌آموزان. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۱۴(۲۸)، ۱۲۶-۱۰۵.

عطادخت، اکبر و پرزور، پرویز (۱۳۹۵). نقش میزان پایبندی دانشجویان به سبک زندگی اسلامی در پیش‌بینی میزان گرایش آن‌ها به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۲۶-۱۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

کمری، سامان و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۶(۱)، ۲۳-۵.

میکائیلی، اشرف و پرزور، پرویز (۱۳۹۸). الگوسازی معادلات ساختاری ارتباط بین تصور مثبت و منفی از خداوند با مولفه‌های سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) در دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸(۶۹) ۱۸۵-۱۶۳.

نریمانی، محمد؛ پرزور، پرویز؛ عطادخت، اکبر و عباسی، مسلم (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش‌بینی رضامندی زناشویی پرستاران. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴(۲)، ۱۰-۱.

References

Ameri, Z., Mirzakhani, F., Nabipour, A. R., Khanjani, N., & Sullman, M. J. M. (2017). The relationship between religion and risky behaviors among Iranian university students. *Journal of Religion & Health*, 56(6), 2010-2022.

Asefi, A., & Ghanbari Barzian, A. (2020). Investigating the Prevalence of High-Risk Behaviors among Professional Athletes. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 9(4), e98804.

Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young Adolescents well-being and health risk behaviors: Gender and socioeconomic differences. *Journal of Adolescence*, 24(2), 183-197.

Brown, E. S., Esbensen, F., & Geis, G. (2010). *Criminology: Explaining Crime and Its Context*, Seventh Edition, Western Carolina: Lexis Nexis.

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 (pp. 353-359). San Diego: Academic Press.

Churakova, I., Burlaka, V., & Wright-Parker, T. (2017). Relationship between Alcohol Use, Spirituality, and Coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 842-852.

Crocetti, E. (2017). A Identity Formation in Adolescence: The Dynamic of Forming and Consolidating Identity Commitments. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(2), 145-150.

D'Amico, E. J., & Fromme, K. (2002). Brief prevention for adolescent risk-taking behavior. *Addiction*, 97(5), 563-574.

DiReda, J., & Gonsalvez, J. (2016). The Role of Spirituality in Treating Substance Use Disorders. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 6(4), 00365.

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.

Duggleby, W., Cooper, D., & Penz, K. (2009). Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2376-2385.

Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology and Aging*, 54(1), 377-402.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

Exline, J. J. (2002). The picture in getting clearer, but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion. *Psychological Inquiery*, 13(3), 245-247.

Fenelon, A., & Danielsen, S. (2016). Leaving my religion: Understanding the relationship between religious disaffiliation, health, and well-being. *Social Science Research*, 57, 49-62.

Furnham, A., & Cheng, H. (2015). Associations between education, gender, social class personality traits, and religious faith and service attendance in a British cohort. *Personality and Individual Differences*, 86, 63-66.

Ganga, N. S., & Kutty, V. R. (2013). Infuence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Mental Health Religion & Culture*, 16(4), 435-443.

Gnanaprakash, C. (2013). Spirituality and Resilience among Post-Graduate University Students. *Journal of Helth Management*, 15(3), 383-396.

Gupta, M. G. (2012). Spiritual intelligence and emotion intelligence in relation to self-efficacy and self-regulation among college student. *International Journal of Social Sciences & Interdisciplinary Research*, 2(1), 60-69.

Hofmann, S. G. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 243-254.

Iles, I., Boekeloo, B., Seate, A., & Quinton, S. (2016). The Impact of Spirituality and Religiosity on Unprotected Sex for Adult Women. *American Journal of Health Behavior*, 40(2), 240-247.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2003). Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings. *Focus*, 1(2), 213-234.

Kloep, M., Guney, M., Cok, F., & Simsek, O. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: A ross-cultural study. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135-151.

Krause, N., Ironson, G., Pargament, K., & Hill, P. (2017). Neighborhood conditions, religious coping, and uncontrolled hypertension. *Social Science Research*, 62, 161-174.

Layne, C. M., Greeson, J. K., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L., ... & Pynoos, R. S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(1), S40- S49.

Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914-933.

Lowe, S. R., Acevedo, B. P., Griffin, K. W., & Gilbert, G. J. (2013). Longitudinal relationships between self-management skills and substance use in an urban sample of predominantly minority adolescents. *Journal of Drug Issues*, 43(1), 103-118.

Maclean, A. M., Walker, L. J., & Matsuba, M. K. (2004). Transcendence and the Moral Self: Identity Integration, Religion, and Moral Life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(3), 429-437.

Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., Fardouly, J. (2021*)*.Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]

Maqsood, R. W. (2002). *After Death Life: Thoughts to alleviate the grief of all Muslims Facing death and bereavement, 4th edition*, Good Word Books, Ltd, New Delhi.

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M., Douglas, S. M. C., & Nolen, H. (2011). Emotion deregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 544-554.

Pfaff, N., Pantell, M. S., & Kaiser, S. V. (2021). High-risk Behavior Screening and Interventions in Hospitalized Adolescents. *Hospital Pediatrics Journal*, 11(3), 293-297.

Ramos, K., Erkanli, A., & Koenig, H. G. (2018). Effects of religious versus conventional cognitive–behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and chronic medical illness. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(1), 79-87.

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.

Sehat, S. A., & Amini Manesh, S. (2020). Predicting high-risk behaviors in female adolescents based on psychological motivations. *Caspian Journal of Pediatrics*, 6(2), 442-448.

Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(7), 1053-1060.

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.

Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. *Journal of Amrican College Health*, 58(1), 83-90.

Teismann, T., Willutzki, U., Michalak, J., Siegmann, R., Nyhuis, P., Wolter, M., & Forkmann, T. (2017). Religious beliefs buffer the impact of depression on suicide ideation. *Psychiatry Research*, 257, 276-278.

Vachon, M. (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 218-225.

Watson, P. J., & Morris, R. J. (2005). Spiritual Experience and Identity: Relationships with Religious Orientation, Religious Interest, and Intolerance of Amiguity. *Review of Religious Research*, 46(4), 371-379.

Webster, D. (2015). The Effects of Spirituality on Drug Use. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25(4), 322-333.

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(2), 299-314.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.97]