

Effects of anger management training based on Health Promotion Model on soldiers engaged in risky behavior

Asadzandi¹ M (Ph.D) - Sekarifard² M (B.Sc) - Ebadi³ A (Ph.D) - Morovvati Sharif Abad⁴ M A (Ph.D) - Salari⁵ MM (Ph.D)

Abstract

Introduction: Entry into military service with changing environmental conditions, social relationships and lifestyle can cause psychological stress and pressure on the soldiers and may promote or create risky behaviors. Non-verbal or verbal aggressive behavior such as fighting, obscenities, hitting, threats and intimidation may increase stress exposure. This study aimed to investigate the effects of anger management education based on Health Promotion Model on reducing risky behavior of soldiers (fighting) in the Military barracks of Ardekan in 1389.

Methods: This clinical trial is an experimental study. Participants were the 232 soldiers who were engaged in risky behavior score higher than 60. They are randomly divided into two groups. Anger control for the experimental group on the basis of religious and scientific evidence in health promotion model was trained. Data collection tool was built by researchers. Reliability and validity of the questionnaire (demographic, risky behaviors, health promotion model structures) were carried out.

Results: Statistical analysis of covariance and independent t-test showed that all structures of the model (perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, sense of behavior, interpersonal influences, situational influences) and the amount of conflict behavior, between the two groups (case and control) is significant. ($P < 0.001$)

Conclusion: The positive impact of teaching anger management techniques, based on religious and scientific evidence and educational model of health promotion, showed that the model is effective. Model can manage aggression and destructive emotion, aggressive behavior and attitude and feeling. Anger management techniques leading to better compatibility with environmental stress and unwanted changes to the young people.

Key words: anger management, health promotion model, risky behavior, conflict.

Received: 15 August 2014

Accepted: 22 December 2014

1- Ph.D of Research Management, Department of Anesthesiology, Faculty of nursing, Medicine and religion Research Center, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Corresponding author)

E-mail: zandi498@yahoo.com

2- MSc in Military Nursing, Faculty of nursing, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center (BSRC), Nursing Faculty, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Community Health, University of martyr Sadducee, Yazd, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Community Health, Nursing Faculty, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

تأثیر آموزش مدیریت خشم، مبتنی بر مدل پندر بر رفتار پرخطر درگیری در سربازان

مینو اسدزندی^۱، محمد شکاری فرد^۲، عباس عبادی^۳، محمدعلی مروتی شریف آباد^۴، محمدمهدی سالاری^۵

چکیده

مقدمه: ورود به دوره سربازی با تغییر شرایط محیطی و سبک زندگی و روابط اجتماعی، سبب استرس و فشار روانی در سربازان شده و می تواند رفتارهای پرخطر را ایجاد کند. رفتارهای پرخطر غیرکلامی یا کلامی را برای مواجهه با آسیب های احتمالی افزایش دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مدیریت خشم مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر بر کاهش رفتار پرخطر درگیری در سربازان آموزشگاه حضرت ولیعصر اردکان در سال ۸۹ انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه تجربی از نوع کار آزمایشی بالینی بود. ۲۳۲ نفر از سربازانی که نمره رفتار پرخطر درگیری آن ها بالاتر از ۶۰ بودند در این مطالعه مشارکت داشتند. نمونه ها به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند و برای گروه مداخله روش های کنترل خشم بر اساس شواهد دینی و علمی در قالب مدل پندر آموزش داده شد. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه های محقق ساخته معتبر و پویا شامل: پرسشنامه های جمعیت شناختی، سنجش رفتارهای پرخطر و سازه های الگوی ارتقای سلامت بود.

یافته ها: نتایج بر اساس آزمون آماری کوواریانس و تی مستقل نشان داد که در تمامی سازه های مدل: منافع درک شده، موانع درک شده، خودکار آمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار و تاثیر گذار بین فردی موقعیتی و در نمره درگیری، اختلاف دو گروه مداخله و شاهد معنی دار شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: آموزش روش های مدیریت هیجان خشم بر اساس شواهد دینی و علمی، در قالب مدل آموزشی ارتقای سلامت پندر موثر می باشد. این مدل برای مدیریت هیجان خشم و اصلاح رفتار و احساس و نگرش افراد پرخطر پیشنهاد می گردد می توان بر اساس این مدل مدیریت خشم، روش های سازگاری بهتر با فشارهای روانی و تغییرات محیطی ناخواسته را به جوانان آموزش داد.

کلید واژه ها: مدیریت خشم، مدل پندر، رفتار پرخطر، درگیری.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۲۴

۱- دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات طب و دین دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
(نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: zandi498@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج) تهران، ایران.

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج) تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه بهداشت، دانشگاه شهید صدوقی، یزد، ایران.

۵- استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج) تهران، ایران.

مقدمه

انسان موجودی زیستی روانی اجتماعی معنوی و واجد ابعاد مختلف وجودی است (۲۰۱) و در هریک از این ابعاد نیازهایی دارد که باید در مراقبت های کل نگر پرستاری مورد توجه قرار گیرد تا سلامتی زیستی روانی اجتماعی و خصوصا سلامت معنوی وی را تامین کند (۳). پرستاری وظیفه تشخیص، درمان و مراقبت از عکس العمل های بیمار یا مددجو به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامت در طول عمر و در طیف سلامت را بر عهده دارد و در تمام سطوح پیشگیری از بیماریابی و تشخیص به موقع، درمان سریع و جلوگیری از بروز عوارض، نوتوانی ارائه خدمت می کند (۴). رویکرد ارتقای سلامت که در پی افزایش سطح سلامتی اشخاص و جوامع می باشد بر توانمند سازی و مشارکت فعال مردم، تعهد برای اداره جدی مشکلات بهداشتی و کاهش بی عدالتی و رفع تبعیض تاکید می کند (۵) بر این اساس، ارائه خدمات پرستاری در سطح ارتقای سلامت، نیازهای مددجویان در دوران رشد و تکامل را مورد توجه قرار داده و برای زندگی بخشیدن به سالهای عمر همه اقشار جامعه خصوصا جوانان تلاش می کند (۶).

فراگیری بیماری های روانی (۷) بروز ۱۰ درصدی اختلالات روانی در بالغین درجهان (۸) و بروز ۲۱/۵ درصدی آن در ایران (۹) و فراوانی ۴۰ درصدی اختلالات روان تنی، سبب شده که ۲۰٪ کل مراجعین به مراکز بهداشتی را افرادی تشکیل دهند که از مشکلات روانی، اجتماعی و معنوی رنج می برند. این معضل علاوه بر صرف بخشی از اعتبارات دولت ها، اثرات اجتماعی ناگواری را نیز در پی داشته است (۱۰) سلامت روانی به سلامت هیجانی بستگی دارد و واکنش های هیجانی در تعاملات بین فردی، بیانگر نیازها و عواطف انسانی می باشد (۱۱). سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کار آمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی است (۱۲). شخصی که دارای سلامت روانی است می تواند ضمن احساس رضایت از زندگی با مشکلات به طور منطقی برخورد نموده و قادر است در عین کسب فردیت با محیط انطباق یابد

(۱۳). از نظر کامنو فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور بوده و می تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و نیز قادر به مقابله با فشار های زندگی باشد (۱۴). سازمان جهانی بهداشت، زندگی کردن در حال و نداشتن غم و اندوه گذشته و اضطراب و ترس از آینده را معیار سلامت روان دانسته و این مهم در آیات مختلف قرآن به عنوان ویژگی صاحبان قلب سلیم و متقین مطرح است (۱۵) برخورداری از قلب سلیم، مفهوم سلامت و راه رسیدن به سلامت معنوی است که در پرتو ایمان و کسب مکارم اخلاق دست یافتنی است (۳).

اختلالات روانی رو به تزاید (۱۶) از جمله پرخاشگری منجر به اختلال در عملکرد روزانه می گردد (۱۷). این آسیب در بین نیروهای نظامی که وظیفه حراست و حفاظت از امنیت کشور را بر عهده دارند، بسیار حائز اهمیت است، چرا که می تواند ثبات داخلی کشور را به خطر انداخته و در دفاع از کشور اختلال ایجاد کند (۱۸). از دیدگاه روانشناسان زمانی که فرد در اثر رفتار یا گفتار دیگران احساس آسیب پذیری و ناتوانی، ترس از دست دادن قدرت، یا احساس تهدید و خطر برای امنیت و سلامت خود کند، یا با از دست دادن خودکفائی و حمله به اعتماد به نفس (از طریق تحقیر، انتقاد، بدگویی، تمسخر) روبرو شده یا به حریم مقدسات و باورهای قلبی اش تجاوز شود، ازخشم برای دفاع استفاده می کند (۱۹) که با پرخاشگری (رساندن صدمه یا آسیب به خود یا فردی دیگر به صورت تعمدی) نمودار می شود. (۲۰). خشم هیجانی فراگیر است (۲۱) و در موقعیت های مختلف به صورت غضب، خصومت، انتقام جویی، کینه توزی بروز می کند (۲۲). حالت هیجانی و ذهنی است که با برانگیختگی فیزیولوژیک، تضاد شناختی و افکار ستیزه جویانه همراه بوده (۲۳). عمدتا ناشی از غریزه جنگ، بدنبال تهدیدها و ناکامی ها (۲۴) یا تغییر جهت غریزه خود تخریب گر مرگ به سمت دیگران یا ناشی از یادگیری از طریق تجربیات گذشته ی خود یا مشاهده ی رفتار دیگران است که بسته به تجربیات موجود در فرهنگ های مختلف نمودهای متفاوتی دارد (۲۵). علاوه بر ناکامی، بد رفتاری جسمی و تمسخر کلامی دیگران،

عمل درآوردن رفتار موثر است و افراد زمانی که پیش بینی کنند از رفتار مشخصی، منافی دریافت خواهند کرد، آن را انجام می دهند. در حالی که موانع درک شده، رفتار را متوقف می کند. احساس مثبت به یک رفتار با ایجاد هیجانات مثبت، احتمال تلاش و فعالیت را بالا برده، خودکارآمدی درک شده، تعهد انجام آن عمل را افزایش می دهد و موانع درک شده را کاهش می دهد. زمانی که افراد مهم زندگی فرد، رفتاری را الگو نمایند یا کمک و حمایتی را برای وی فراهم کنند، تعهد به انجام رفتار افزایش یافته، لذا خانواده ها، همسالان و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، منابع مهمی در تأثیر گذارنده های بین فردی هستند که می توانند باعث کاهش و یا افزایش تعهد برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شوند. تأثیر گذارنده های وضعیتی در محیط خارجی نیز بر تعهد و یا مشارکت و حتی ابقای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت موثرند و افراد می توانند شناخت ها، عواطف و محیط بین فردی و محیط فیزیکی را به عنوان مشوق فعالیت های بهداشتی اصلاح نمایند (۲۸).

ورود به محیط نظامی مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد و فعال و جوان هر کشوری است و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی، سبک زندگی و محیط پیرامونی همراه است. در کنار این تغییرات به انتظارات و نقش های جدیدی نیز باید اشاره کرد که هم زمان با ورود به پادگان در دوران سربازی شکل می گیرد. آشنا نبودن بسیاری از سربازان با محیط نظامی در بدو ورود به خدمت، جدایی و دوری از خانواده، ناسازگاری با سایر افراد در محیط خدمت، کافی نبودن امکانات رفاهی و اجتماعی و مشکلاتی نظیر آن ها غالباً با فشار و نگرانی توأم بوده، عملکرد و بازدهی افراد راتحت تأثیر قرار می دهد و از جمله شرایطی است که می تواند موجب بروز رفتارهای پرخطر اساسی همانند درگیری، خودزنی و مصرف سیگار و مواد مخدر، الگوی تغذیه نامطلوب، کم تحرکی و رفتار پرخطر جنسی، خودکشی در سربازان گردد (۳۰). نتایج یک مطالعه نشان می دهد که شرایط کاری دشوار یکی از عوامل زمینه ساز اختلالات روانی است (۲۰) و مفهوم استرس شغلی و فشار زیاد کاری در هیچ محیطی آشکارتر از مجموعه های

مطالب خشن در رسانه ها و یا بازی های کامپیوتری، آلودگی هوا، سر و صدا، ازدحام و شلوغی، افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک، درد در بروز پرخاشگری موثر می باشند (۲۰). عده ای خشم را یک احساس ثانویه ناشی از ترس و اضطراب، شرم و خجالت، غم و اندوه و رنجش، احساس حقارت و عوامل شخصیتی می دانند (۲۶، ۲۷) که سلامت معنوی فرد را به مخاطره می اندازد. پندر طراح مدل ارتقای سلامت، سلامتی را خود شکوفایی در جهت سالم تر بودن دانسته و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را فعالیت هایی برپایه سبک زندگی افراد می داند که در جهت خود شکوفایی از طریق خود آگاهی، رضایتمندی از خود، لذت بردن و تفریح و نشاط عمل می کند. در این میان نقش افراد حرفه ای بهداشتی، کمک به افراد جهت غلبه بر عوامل بازدارنده فعالیت های ارتقای سلامتی و حمایت از امور بهداشتی پیشگیری کننده است. وی معتقد است در هر تعریف از سلامتی باید رابطه مثبت بین سلامتی و زندگی خلاق در نظر گرفته شود. سلامتی را به فعلیت رساندن توانایی های ارثی و اکتسابی انسان از راه رفتار هدف دار، صیانت نفس، ارتباط موفق با دیگران و در عین حال سازگاری کافی برای حفظ تمامیت ساختار و هماهنگی با محیط می دانند. به اعتقاد پندر، ارتقای سلامت فعالیت های افراد در محیط برای رسیدن به سطوح بالاتر سلامت است و تنها نشان دادن واکنش در مقابله با تغییرات محیط نیست، بلکه یک حرکت فعال و پویاست (۲۸). الگوی ارتقای سلامت یک الگوی شایستگی است و برخلاف الگوی اعتقاد و باور بهداشتی، بر ترس یا تهدید به عنوان منبع انگیزش رفتار بهداشتی تأکید ندارد و مانند الگوهای اجتناب مدار، دارای کارایی محدودی برای انگیزش جهت سبک زندگی سالم نیست خصوصاً در مورد کودکان، نوجوانان و جوانان که اغلب به دلایل مختلف خود را در مقابل ناخوشی ها آسیب ناپذیر می دانند. بنابر این قابلیت بکارگیری در طول دوران زندگی را دارد. این الگو منبع انگیزش رفتار بهداشتی برای هر فردی را منحصر به فرد می داند و از انگیزش های مرکب استفاده می کند (۲۹) پندر معتقد است رفتار قبلی و خصوصیات وراثتی و اکتسابی بر عقاید و احساس و به مرحله

۲- پرسشنامه محقق ساخته رفتارهای پرخطر (مشمول بر ۴۶ گزینه و ۴ زیر مقیاس) بود که جهت طراحی این پرسشنامه ابتدا با مرور منابع مرتبط، سوالات اولیه استخراج و سپس به روش اعتبار محتوای توسط ۱۲ تن از متخصصین آموزش بهداشت، پرستاری و روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت و پس از اعمال نظرات و ویرایش نهایی پرسشنامه اصلی استخراج و جهت تعیین پایایی با روش اعتبار درونی بررسی گردید. در بعد رفتار درگیری ۱۴ سوال ($\alpha=0.8$)، افکار خودکشی با ۱۲ سوال ($\alpha=0.84$)، خودزنی با ۷ سوال ($\alpha=0.93$) و تغذیه نامطلوب با ۱۲ سوال ($\alpha=0.73$) طراحی و در پرسشنامه از طیف لیکرت ۵ حالت (خیلی زیاد تا هیچ) استفاده شد. ۳- پرسش نامه محقق ساخته ۹۲ گزینه ای بر اساس سازه های الگوی ارتقاء سلامت پندر در هفت حیطه ۱- منافع درک شده ۲- موانع درک شده ۳- خودکار آمدی درک شده عقاید فرد درمورد توانائی های کنترل خود واجتناب از رفتار درگیری ۴- احساس مرتبط با رفتار ۵- تأثیر گذارنده های بین فردی شناخت های مرتبط با رفتارها، عقاید یا نگرش های خانواده، سربازان هم گروهانی وفرماندهان نظامی آموزشگاه ۶- تأثیر گذارنده های وضعیتی ۷- تعیین وضعیت رفتار مرتبط قبلی دارای یک طیف لیکرت سه قسمتی و امتیاز ۱، ۰، ۲ بود. جهت تهیه ابزارها مرور منابع مرتبط، مصاحبه با افرادی که در مطالعاتشان از الگوی ارتقای سلامت پندر استفاده کرده بودند ومطالعه پرسشنامه های درگیری و پرخاشگری بین المللی وداخلی، سوالات اولیه استخراج گشت و برای تعیین وضوح گزینه ها، پرسشنامه در اختیار ۲۰ سرباز آموزشی قرار داده شد. بر اساس بازخوردهایی که از سربازان دریافت شد، تغییرات ضروری جهت وضوح کامل گزینه ها انجام گشت. برای تعیین روایی صوری، پرسش نامه هادر اختیار ۱۲ نفر از اساتید رشته آموزش بهداشت و پرستاری، قرار داده شد و درمورد ظاهر پرسشنامه اظهار نظر کردند و همه متخصصین اظهار داشتند که پرسشنامه به لحاظ ظاهری کاملاً مناسب می باشد. لذا روایی صوری ابزارهای تهیه شده به عنوان وسیله ای جهت انجام پژوهش با سربازان مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین روایی محتوی ابزار به همان گروه خبرگان قبلی ارائه گردید تا میزان

نظامی نیست، چرا که این افراد ماموریت خطیر دفاع از کشور را بر عهده دارند. در ارگان های نظامی برخوردها جدی تر و برنامه های رفتاری و نظامی وسیعتر است (۱۷). در نیروهای نظامی برخی افراد احساس شدید تنهایی و صدمه را تجربه می کنند و اغلب فرصتی برای کمک پیدا نمی کنند. عدم توانایی در حل مشکلات و برخورد موفقیت آمیز با مسائل منجر به بروز رفتار های پر خطر انواع خاصی از رفتارها که باعث افزایش احتمال ابتلای افراد به بیماری می شود می گردد (۳۱). از آنجایی که سلامت شرط ضروری ایفای نقش های اجتماعی است (۳۲) و کاهش رفتارهای پرخطر، هدف عمده پیشگیری از بیماری ها بوده و موجب سلامت جامعه و ایجاد زندگی سالم می شود (۳۱). این تحقیق با هدف بررسی تاثیر آموزش مدیریت خشم مبتنی برشواهد دینی و علمی در قالب مدل ارتقای سلامت پندر بر کاهش رفتار پر خطر درگیری در سربازان پادگان حضرت ولیعصر اردکان یزد انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه تجربی از نوع کار آزمایی بالینی بود. در این پژوهش چند مرحله ای با روش نمونه گیری در دسترس، ابتدا کلیه سربازان داوطلب دوره آموزشی یکی از پادگان های نظامی شهرازدکان یزد را به روش سرشماری ($n=738$) وارد مطالعه شدند. رفتارهای پرخطر این گروه در هفته دوم آموزشی پس از آشنایی با محیط توسط پرسشنامه محقق ساخته که مشتمل بر ۴۶ گزینه و ۴ زیر مقیاس بود، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مرحله نشان داد که رفتار پرخطر پرخاشگری (درگیری) با فراوانی ۴۵/۶٪، بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بودند. لذا جامعه آماری مورد پژوهش تعداد ۲۳۲ نفر از سربازان دو گردان (هر گردان ۱۱۶ نفر) بودند که نمره رفتار پرخطر درگیری آن ها بالاتر از ۶۰ بود. محقق به صورت تصادفی ساده از طریق قرعه کشی آن ها را در دو گروه مداخله و شاهد قرار داد. داشتن رفتار پرخطر درگیری، تمایل به شرکت در مطالعه، معیارهای ورود بودند. معیار خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر بود. ابزارهای جمع آوری اطلاعات در این مطالعه شامل: ۱- پرسشنامه جمعیت شناسی،

SPSS v.13 ابتدا داده ها وارد رایانه و سپس از آمار توصیفی و تحلیلی شامل کای دو، آزمون تی زوجی و مستقل، آنالیز واریانس و نیز ضرایب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه بقیه (عج)، معرفی پژوهشگر به واحدهای مورد مطالعه و مسئولین پادگان، تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و کتبی از مشارکت کنندگان و جلب همکاری آنان، اجباری نبودن شرکت در تحقیق و محرمانه نگه داشتن اطلاعات مربوط به واحدهای پژوهش بود.

یافته ها

نتایج نشان داد که ۸۵/۳٪ از سربازان شرکت کننده مجرد و ۴۴/۸٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. اکثریت شرکت کنندگان خانواده های ۵ نفری داشته (۲۶/۷٪) در ۹۹/۱٪ سابقه طلاق در خانواده وجود نداشت. ۹۳/۱٪ از واحدهای پژوهش با اعضای خانواده خود زندگی می کردند. از نظر سطح سواد پدر، بیشترین فراوانی مربوط به پنجم ابتدایی (۲۷/۲٪) و سطح سواد مادر نیز بیشترین فراوانی به بی سوادی اختصاص یافته بود (۲۸/۴٪). از نظر نوع درآمد ۵۷/۳٪ درآمد خود را از طریق کار شخصی به دست می آوردند. ۵۳٪ وجود حادثه خاص ناراحت کننده در زندگی، ۴۵/۳٪ سابقه درگیری در خانواده و در ۱۱/۲٪ سابقه خودزنی و در ۵/۶٪ سابقه خودکشی در بین اعضای خانواده خود را گزارش کردند. فراوانی رفتارهای پرخطر سربازان مورد بررسی شامل: ۴۵/۶٪ رفتار درگیری، ۲۴/۶٪ اعتیاد به مصرف سیگار ۵۸/۶٪ مصرف قلیان، ۹/۱٪ مصرف الکل و مواد مخدر، ۱۰/۴۵٪ خودزنی، ۶/۸٪ افکار خودکشی و ۶/۴٪ تغذیه نامطلوب، بودند. آزمون آماری کاسکوئر و تی مستقل و آنالیز کوواریانس نشان داد که دو گروه در کلیه متغیرهای جمعیتی شناختی با هم تفاوتی ندارند، بنابراین همگن می باشند.

یافته های بدست آمده از پرسشنامه محقق ساخته ۹۲ گزینه ای بر اساس سازه های الگوی ارتقاء سلامت پندر، قبل از مداخله بررسی شد و در مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه (هفت سازه الگوی ارتقای سلامت) در دو

تناسب آیتم های ابزار را مورد ارزیابی قرار دهند. بدین صورت که قضاوت نمایند هر آیتم تاچه حد با سازه ای که جهت سنجش آن در نظر گرفته شده تناسب دارد. پس از وصول نظرات خبرگان با تغییرات و اصلاحات انجام شده، تمام آیتم ها مناسب تشخیص داده و روایی محتوی تأیید گردید. برای تعیین اعتبار درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آلفای کرونباخ هر یک از سازه های مدل را به ترتیب: منافع درک شده (۰/۷۷) $(\alpha=)$ موانع درک شده (۰/۶۵) $(\alpha=)$ خودکارآمدی درک شده (۰/۷۸) $(\alpha=)$ احساسات منفی مرتبط با رفتار (۰/۶۶) $(\alpha=)$ احساسات مثبت مرتبط با رفتار (۰/۶۵) $(\alpha=)$ تأثیر گذارنده های بین فردی (۰/۸۱) $(\alpha=)$ تأثیر گذارنده های وضعیتی (۰/۶۲) $(\alpha=)$ رفتار مرتبط قبلی (۰/۷۵) $(\alpha=)$ نشان داده شد و مشخص گردید که ابزار مورد استفاده دارای اعتبار درونی قابل قبولی می باشد.

برنامه آموزشی مبتنی بر مدل ارتقاء سلامت پندر طراحی گردید. در این برنامه بر افزایش منافع درک شده ای اجتناب از درگیری و نیز افزایش احساس های منفی مرتبط با رفتار درگیری و خود کار آمدی درک شده و احساس توانمندی فرد و دستور العمل های مدیریت خشم در شواهد دینی و علمی تأکید بیشتری شده بود. این برنامه آموزشی طی مدت ۷ روز و در جلسات ۴۵ دقیقه ای به گروه مداخله: از طریق سخنرانی، نمایش فیلم، پمفلت و آموزش و تکرار و تمرین مهارتهای: سکوت کردن در هنگام خشم، نشستن روی زمین، مصافحه و دست دادن، تعبیر وضع و حالت دادن، دور شدن از محل و تغییر محیط، وضو گرفتن یا نشستن دست و صورت با آب سرد، استعاذه و پناهندگی به خدا با دعا، فرستان صلوات، گفتن ذکر شریف «لا حول و لا قوه الا بالله العلی العظیم، گفتن ذکر یونسیه "لا اله الا انت سبحانک انی کنت من الظالمین، انجام ورزش وریلکسیشن و تن آرامی، تکنیک های تنفسی، استفاده از تصاویر آرام بخش، استفاده از تلقین و تکرار جملات موثر با خود به طور آهسته همراه با نفس های عمیق، به صورت فردی و گروهی ارائه گردید. به دلیل محدودیت دوره آموزشی ۵ هفته پس از اتمام آموزش، هر دو گروه پرسش نامه ها را مجدد تکمیل نمودند. پس از جمع آوری داده ها، با استفاده از نرم افزار

بعد از مداخله کلیه سازه ها در دو گروه از اختلاف معنی داری به لحاظ آماری برخوردار بودند. که این فرضیه اولیه، مبنی بر مؤثر بودن برنامه مداخله در مدیریت هیجان خشم و کاهش رفتار پر خطر درگیری را تایید نمود.

گروه مداخله و شاهد، با آزمون تی مستقل مشخص شد: تنها خود کارآمدی و منافع درک شده اجتناب از درگیری در گروه شاهد به طور معنی داری بیش از گروه مداخله بود ($P=0/05$) و به لحاظ بقیه متغیر ها دو گروه یکسان بودند ($P=0/05$). سازه های مورد بررسی در دو گروه بعد از مداخله نشان می دهد که

جدول ۱ - مقایسه اختلاف نمره رفتار درگیری و سایر متغیر های مورد بررسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

T-test	شاهد		مداخله		متغیر
	S.D	میانگین	S.D	میانگین	
$P=0/000$	۱۳/۳۰	-۶۱/۷۵	۸/۴۱	-۶۶/۹۶	درگیری
$P=0/000$	۵/۲۴	۵/۸۹	۵/۷۵	۱۲/۰۵	منافع درک شده
$P=0/000$	۵/۲۰	۹/۵۱	۶/۵۹	۲/۸۱	موانع درک شده
$P=0/000$	۴/۶۰	۹/۷۳	۴/۴۰	۱۵/۱۰	خودکارآمدی درک شده
$P=0/000$	۳/۰۸	۲/۶۲	۳/۵۳	-۰/۰۴	احساس منفی مرتبط با رفتار
$P=0/000$	۲/۷۶	۲/۰۶	۳/۱۱	۳/۳۵	احساس مثبت مرتبط با رفتار
$P=0/۰۰۳۸$	۲/۱۲	۲/۳۲	۲/۸۷	۳/۱۶	تأثیر گذارنده های بین فردی
$P=0/000$	۲/۵۱	-۰/۱۶	۲/۶۱	۱/۳۳	تأثیر گذارنده های موقعیتی

اختلاف نمره در دو گروه دارای اختلاف معنی داری به لحاظ آماری می باشد. همچنین با استفاده از آزمون آماری کوواریانس با تعدیل اثر پیش از نمرات دو گروه بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفتند که یافته های قبلی تایید گردید و در تمامی مولفه ها بین دو گروه تفاوت معنی دار است.

برای تعیین میزان تأثیر برنامه مداخله نمره به دست آمده در سازه های مورد بررسی قبل از مداخله از نمره سازه ها بعد از مداخله کسر گردید و توزیع اختلاف این دو نمره برحسب دو گروه مداخله و شاهد مورد مقایسه قرار گرفت. که آزمون تی مستقل نشان داد که در تمامی سازه های مورد بررسی این

بحث

تأثیر گذارنده های موقعیتی از وضعیت نامطلوب تر و متاهلین (۴/۳٪) از سطح مسئولیت پذیری بیشتری برخوردار بودند. متاهلین به کلیه شواهدی که در محیط مبنی بر عدم انجام رفتار های پرخطر وجود داشت توجه بیشتری می نمودند. اکثر سرباز ها دارای تحصیلات زیردیپلم (۵۷/۳) و دیپلم (۴۲/۷) بودند و خود کارآمدی و تأثیر گذارنده های موقعیتی آنان همبستگی مثبت با میزان تحصیلات داشت. چون افرادی که از سطح سواد بیشتری برخوردارند در جامعه محترم شمرده شده و این احترام بیشتر، باعث افزایش اعتماد به نفس و در نتیجه خودکارآمدی آن ها می شود. این مسئله با نتایج مطالعه شانگ، شانگ و یوم و نیز مطالعه والکر و همکاران همخوانی دارد (۳۵). همبستگی خود کارآمدی با تحصیلات مادر نیز مثبت و معنی دار بود. تأثیرات مثبت سطح تحصیلات بر سلامت و نیز خودکارآمدی در

در این تحقیق در غربالگری اولیه میزان شیوع رفتار های پرخطر: درگیری، افکار خودکشی، خودزنی و تغذیه نامطلوب، به ترتیب ۴۵/۶٪، ۶/۸٪، ۱۰/۵٪، ۶/۴٪ مشخص گردید. این ارقام نشان دهنده فراوانی بالای رفتار پرخطر درگیری در بین سربازان می باشد که می تواند عوارض ناگواری را به دنبال داشته باشد و در ایفای نقش های اجتماعی ایشان اختلال ایجاد کند.

بیشتر سربازان مجرد، دارای سطح سواد زیر دیپلم و دیپلم و دارای خانواده ۵۰۴ نفره بودند و اکثراً با خانواده خود زندگی می کردند و بیشتر والدین آن ها سطح سواد ابتدایی و کمتر داشتند و تنها ۰/۹٪ سابقه جدایی والدین را گزارش کردند. که این یافته ها با نتایج مطالعه زمانی (۳۳) و فتحی آشتیانی و همکاران مطابقت دارد. (۳۴) در بررسی رفتار های پرخطر و سازه های الگوی ارتقاء سلامت، سربازان مجرد (۸۵/۳٪) از نظر

مطالعات مختلفی (۳۵ و ۳۶) مشخص شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

(۳/۵۷٪) از سربازان منبع درآمد خود را کار شخصی و (۹/۲۸٪) منبع درآمد خود را پدر خویش ذکر کردند. براساس نتایج حاصل از پژوهش وضعیت درآمد شخصی سرباز تأثیری بر سازه های مورد مطالعه نداشت. ولی سربازانی که فاقد درآمد شخصی بودند دارای خودزنی بیشتر و موانع درک شده، احساس مثبت مرتبط با رفتار درگیری بودند.

از بین سازه های مورد بررسی موانع درک شده در سربازان بیمه شده نسبت به سربازان غیر بیمه به طور معنی داری کمتر بود که می تواند به علت نقش حمایتی بیمه و اطمینان خاطر افراد باشد. ولی متأسفانه مطالعات در زمینه بیمه شغلی محدود بوده و مطالعه ای که امکان مقایسه نتایج این مطالعه را نشان دهد یافت نشد.

در مورد سایر سازه های مدل، سربازانی که مشاجرات کمتر والدین را گزارش کردند، وضعیت مطلوب تر داشتند. مالتبای و همکاران دریافته اند، افرادی که رضایت بالاتری از زندگی داشته و از سبک های مقابله ای مؤثرتر استفاده می کنند، احساسات مثبت عمیق تری را تجربه کرده و از سلامت بالاتری برخوردارند و عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی همبسته است (۳۷).

اما در مطالعه حاضر (۶/۲۴٪) از افراد از دخانیات استفاده می کردند، و ۹/۱٪ آن ها سابقه استفاده از مواد مخدر داشتند و نمره رفتارهای پرخطر آن ها از سربازانی که سابقه مصرف مواد مخدر نداشتند بالاتر بود. شیوع مصرف سیگار در سربازان مورد پژوهش با نتایج مطالعه محتشم امیری و همکاران (۱/۲۵٪) و مطالعه قربانی و همکاران (۷/۲۱٪) و رمضانخانی (۸/۲۰٪) مطابقت دارد (۳۸ و ۳۹ و ۴۰).

شیوع افکار خودکشی در سربازان مورد پژوهش (۸/۶٪) در مقایسه با مطالعه انبسی (۸/۵٪) اندکی بیشتر دیده شد (۴۱). مطالعه نشان داد افکار خودکشی در سربازانی که شرایط زندگی خود را کاملاً بد می دانستند بیشتر بود که با نتایج مطالعات

هاوتون (۴۲) و مطالعه مولانا همخوانی داشت. (۴۳) این افکار در سربازانی که از وضعیت درآمد خود کاملاً ناراضی بودند هم به طور معنی داری بیشتر دیده شد این نتایج با مطالعه زمانی در رابطه با رضایت از درآمد و تأثیر آن بر بروز واکنش های هیجانی همخوانی داشت و نشان داد که رضایت از درآمد با افسردگی رابطه معنی داری دارد. (۳۳) آرمین مولانا بیان کرد که هرچه وضعیت اقتصادی - اجتماعی فرد در سطح بالاتری باشد خطر خودکشی بیشتر است و نزول این وضعیت نیز خطر خودکشی را بالا می برد. (۴۳) همچنین افکار خودکشی در سربازانی که خود را کاملاً ناسالم می دانستند و یا خود را سالم و قوی نمی دانستند، بیشتر وجود داشت. این یافته نیز مورد انتظار بود و با تحقیقات کاپلان و سادوک که عنوان نموده اند: ارتباط معنی داری بین سلامت جسمی و خودکشی دیده شده، همخوانی دارد (۴۴). غلامرضا محمدی نشان داد که اقدام به خودکشی در بین اشخاصی که پدر و یا مادر آن ها بیسوادند به طور معنی داری از نظر آماری بیشتر است. در خانواده هایی که والدین تحصیلات دانشگاهی دارند، به مراتب میزان اقدام به خودکشی کاهش می یابد (۴۵).

رفتار خودزنی (۵/۱۰٪) دارای همبستگی منفی با متغیر تحصیلات داشت. این یافته می تواند بیانگر این مسئله باشد که افراد با تحصیلات بالا بهتر می توانند از شیوه های تطابقی و حل مشکل بهره جسته و قادر به گذراندن بحران ها با موفقیت بیشتر می باشند. اما رتبه تولد همبستگی مثبتی با رفتار خودزنی نشان داد در حالی که تحصیلات پدر و مادر با خودزنی، احساس منفی مرتبط با رفتار و رفتار مرتبط قبلی همبستگی منفی داشت. رفتار درگیری (۶/۴۵٪) در سربازانی که سابقه مشاجره والدینشان را گزارش نمودند، بیشتر دیده شد. اما به لحاظ آماری معنی دار نبود. در حالی که سابقه فامیلی درگیری احساس های منفی بیشتری مرتبط با اجتناب از رفتار پرخطر درگیری ایجاد نمود. این نتایج با مطالعات کاهنی (۴۶) و ریچارد و همکاران همخوانی دارد (۴۷). سربازانی که سابقه طلاق والدین داشتند دارای احساس های منفی مرتبط با رفتار بوده و همچنین از سطح تأثیر گذارنده های موقعیتی پایین تری نیز برخوردار بودند.

افزایش رفتار های ارتقا دهنده سلامت و نیز رفتار های محافظتی مؤثر بوده است (۵۲، ۵۱، ۵۰).

نتیجه گیری نهایی

فراوانی بالای رفتارهای پرخطر، خصوصا درگیری ناشی از هیجان خشم، در بین جوانان سرباز که جوایب هیجان می باشند، می تواند سلامت معنوی آنان را به خطر انداخته و در بقیه ایام عمر به عنوان یک سبک آسیب رسان رفتاری تثبیت شود و مخاطرات بهداشتی در پی داشته باشد. ضروری است نحوه مدیریت هیجان ها را به جوانان آموزش داد. آموزش مبتنی بر دستورالعمل های دینی و علمی به واسطه جامعه نگر بودن و کل نگر بودنشان میتواند مفید باشد. اما نکته اساسی شیوه آموزش است که در قالب ترس و تهدید قرار نگیرد. الگوی ارتقای سلامت با تقویت احساس خودکار آمدی جوان و با توجه به عوامل زیستی روانی اجتماعی و تاثیر گذارنده های محیطی و انسانی، احساس مرتبط با رفتار را تغییر داده و توان اصلاح رفتار نادرست را با درک منافع رفتار درست و یادگیری چگونگی مقابله با موانع تغییر رفتار، تسهیل می کند لذا بکارگیری این الگو به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات با هدف کاهش رفتارهای پرخطر پیشنهاد می گردد. مسلما بهره گیری از دستور العمل های مبتنی بر شواهد دینی در محتوی آموزشی بسیار اثر بخش خواهد بود چرا که باور قلبی جوانان به فرمایش حضرت حق و قول معصومین علیهم السلام میتواند ضامن اجرای این دستور العملها باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام فرماندهان و سربازان محترم پادگان ولیعصر اردکان یزد که در انجام این تحقیق ما را صمیمانه یاری نمودند تشکر کرده و از ایشان عذر تقصیر میخواهم.

جدایی و طلاق، یک عامل مهم ناسازگاری در بین جوانان می باشد. کیفیت ارتباط در دوران کودکی و نوجوانی در شکل گیری شخصیت، تأثیر فراوان دارد. جدایی های طولانی، فقدان ها، ارتباط کم با والدین و اعضای خانواده و تضاد های خانوادگی در بروز اختلالات شخصیت نقش اساسی دارد. این نتایج با نتایج کاهنی که نشان داد افسردگی در خانواده های مطلقه به طور معنی داری بیشتر از افسردگی در فرزندان خانواده های پیوسته می باشد همخوانی دارد. کاهنی همچنین نشان داد که پرخاشگری در فرزندان خانواده های مطلقه به طور معنی داری بیشتر از پرخاشگری در فرزندان خانواده های پیوسته می باشد (۴۶). بین رفتار درگیری با موانع درک شده، احساس منفی مرتبط با رفتار و نیز سابقه رفتار قبلی درگیری، همبستگی مثبت معنی داری و با منافع درک شده همبستگی منفی دیده شد. جونز و نایس بین ورزش سالمندان و منافع درک شده و موانع درک شده همبستگی گزارش نمودند. مک کولاک و همکاران نیز در رابطه با منافع و موانع درک شده به همین نتایج دست یافتند. مروتی شریف آباد و کریم زاده شیرازی نیز ارتباط معنی داری بین احساس های منفی مرتبط با رفتار و رفتار های بهداشتی دهان و دندان گزارش کرده اند (۴۸).

سربازانی که سابقه تجربه حادثه دلخراش در یکسال گذشته را ذکر کرده بودند، رفتار درگیری، افکار خودکشی و نیز خودزنی به طور معنی داری در آن ها بیشتر بود و با نتایج مطالعه نوحی و همکاران همخوانی داشت (۴۹).

برنامه آموزشی تأثیر معنی داری بر کاهش رفتار درگیری و همچنین موانع درک شده اجتناب از درگیری و نیز احساس مثبت مرتبط با مدیریت خشم و اجتناب از درگیری داشت. باعث افزایش منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس منفی مرتبط با رفتار درگیری و تأثیر گذارنده های بین فردی و موقعیتی شد. اگرچه این مطالعه در نوع خود اولین نمونه ای است که الگوی ارتقاء سلامت پندر راجهت رفتار های پرخطری مانند درگیری به کار برده ولی شواهد قابل توجهی در دست می باشد که برنامه های مداخله ای مبتنی بر این الگو بر

منابع

- 1- Esfahani MM. Health Regulations, Tehran: Management Community Health Education, Department of Health, Ministry of Health & Medical Education.1389, 16. [in Persian]
- 2- Asadzandi M. Analysis of nursing concepts and theory, with Sound Heart Model. Tehran: Publication Heydari; 1392; 250-256. [in Persian]
- 3- Asadzandi M. Access to the sound heart identifies the concept of spiritual health. Journal of Medical Jurisprudence.1393; 6 (18): 35-45. [in Persian]
- 4- Tomey AN, Alligood MR. Nursing theorists and their work. Sixth edition. Philadelphia: Mosby com.2010.
- 5- Parsi Nia S, Rafii Farr S, Yar S, Pour Mohammad M. Research in Health promotion Ministry of Health and Medical Education. First edition .1390.[in Persian]
- 6-TaghizadehKarati K , Asadzandi M, Tadrissi SD, Ebadi A. Effect of Prayer on Severity of Patients Illness in Intensive Care Units .Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011; 4(1):1-6.[in Persian]
- 7- Rald Emerson N. Foundations of Pediatrics. Tehran: thoughts publishers, 1390.page: 136
- 8- Frvzndh N, Delaram M, Idriss F. Assess the mental health of night nursing students of Shahre Cord. Guilan University School of Nursing & Midwifery. 1381;13(53):46-7. [in Persian]
- 9- Noorbala A, Ali BY, Yasami MT. Assessment of mental health in people over 15 years in the Islamic Republic of Iran, Hakim Research Journal.1390; 5 (1): 1-10. [in Persian]
- 10- Rafati F, Sharif F, Ahmadi J, Shafie N. Impact of Students mental health on their academic achievement. Journa l Shahid sadoughi. 1379; pp: 82-81. [in Persian]
- 11- Burke L. Developmental Psychology. Translator Yahya Mohammed. VolumeII. Tehran: Arasbaran, 1389 .pp:101-144.
- 12- Abbaszadeh A. The Global health report in 2001, mental health: Darky noomidi no, Tehran,The cultural institute of great Ibne sina. 1382; pp: 30-33. [in Persian]
- 13- Koushan M, Waghei S, mental Hygiene1, Hth ed, Tehran, Andisheh Rafee Publication.1386;pp:24-26. [in Persian]
- 14- Farahbakhsh S, Gholamrezaiee S, Nikpey I. Study of Students mental health in relation to educational factors. Journal of Mental Health.1386: the eighth year's Spring-Summer. pp: 66-61. [in Persian]
- 15- Asadzandi M. Nursing Concepts and Theories. Tehran: Publisher: Center for authoring textbooks - Department of Education - General Education Corps headquarters human resources 1388. pp: 517-530. [in Persian]
- 16- Aghamohammadian HR, Nickhah M. Effectiveness of cognitive behavioral skills training in marital satisfaction. In Proceedings of the First National Congress of Family Pathology in Iran. Martyr Beheshti University in Tehran in 1383; pp: 247. [in Persian]
- 17 - Mohammadi R. Community Health Nursing. Tehran: Publication straw.1389.pp:35. [in Persian]

- 18- Mirzamani M. Application of Psychology in the military. Tehran: Compilation of textbooks Corps .1389.pp:145. [in Persian]
- 19- Nayery B. Clinical Psychology. Tehran: Publication Sphere. 1390.
- 20- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry .Tenth edition. Translation: Rezaei F. Tehran: Arjomand. 1390 .pp:196-206.
- 21- Averill R. Anger and Aggression: an essay on Emotion, New York: Springer 2009.
- 22- Russell A, Fehr B. Fuzzy cocepts in a fuzzy hierarchy: Varieties of anger. Journal of Personality & Psychology. 2005; 67(5):186-205.
- 23- Novaco R. Anger as a risk factor for violence among the mentally disorders. In J.2010.
- 24- Shokohinia M, Faghihi NA, Zamani N, Paranda. Anger Manengement based on Islam & New Psychology. Biquarterly journal of Studies in Islam & Psychology. 2009; 3(5): 44-63. [in Persian]
- 24- Mayer GD, Salovey P, Caruso R. Selecting a measure of emotional intelligence. California: Bass Inc.2009.pp:320-342.
- 25- Cockerham WC. Medical Sociology. 6th edition. New Jersey: prentice Hall.2005.
- 26- Simon SB, Simon S. Forgiveness. (Translated by Mehdi Book heated) Tehran: Publication successful. 1391.pp:135-147.
- 27- Smith SM, Oleary S. Multivariate models of mothers and fathers aggression toward their children .Journal of Consulting and Clinidal Psychology. 2007;75:739-751.
- 28-Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health-Promotion in Nursing Practice. 6th edition Prentice Hall:USA. 2006.
- 29- Safari M, Shojaeizadeh D,Ghofranipour A, Fazlullah M, Heidarnia AR.Theories, models, methods of health education and Health Promotion.Tehran: Sobhan 1391.pp: 184-194
- 30- National Youth Organization. Check the status of the youth population. Tehran, National Youth Agency. 2010. pp: 49-38.
- 31- Eftekhari H, Ammar saeidi H, Rohani M. Spiritual Mental health clinic for commanders and units. Nezaja health department in spection 1383 ;(2):26-146.
- 32- Soleimani MA, Nasir Z, ZoonematKermani A, Hosseini F. Comparison of mental health nurses in constant shifts and variable shifts. Journal of Iran Nursing.1386;20 (50):12-28.
- 33- Zamani M. Effects of coping skills training on reducing anxiety and emotional reactions [dissertation]. Tehran: Sahid Beheshti University of Medical Sciences; 1388.pp:350
- 34- FathiAshtiani A, Sajadehshi A. Psychological evaluation and support readiness of soldiers in command of a military unit. Journal of Military Medicine. 1384; (2): 159-153. [in Persian]
- 35- Shong KY, Shong S, Yeom HA. Health-Promotion behaviors of elderly Korean in the USA. Public health nursing. 2008;19(4):294-300.
- 36- Hulme PA, Walker SN, Effle KJ. Health promotion behaviours of Spanish New York: Williams & Wilkins. 2005
- 37- Maltaby J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. British Journal of Psychology, 2009; (95): 411-428.

- 38- Mohtasham AZ, Mirzamani S, Rezwani SM .Smoking Pattern in military and police soldiers Gilan Province in 84. *Journal of Military Medicine*. 1384;7(3):198-193.
- 39- Ghorbani G, Esfahani AA, Naghizadeh M. Investigate effects of Adding to months of service of military solders' on their health. *Journal of Artsh*. 1386; 5(4):17-28.
- 40- Ramazan- Khani A, Hydrniya A, Ghofranipour F, Babaei Gh. Prevalence of smoking in adolescents and young when entering military service. *Journal of Scholar*. 1387;6(23):53-58
- 41- Ennis J, Fathi- Ashtiani A, Amiri M. Prevalence and factors associated with suicidal ideation among Army Guard soldiers. *Journal of Military Medicine*. 1385; 8 (2): 118-113.
- 42- Hawton J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health .*British Journal of Psychology* .2004;95:411-428.
- 43- Molana A. Prevalence of suicide (actual Suicid and aborted Suicide) in patients with mental disorders martyr Beheshti Hospital of Kerman in 1378. [Dissertation].Kerman: University of Medical Sciences; 1379.pp:290.
- 44- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry. Tenth edition. Translation: Rezaei F. Tehran: Arjomand. 1390 .pp:106-216.
- 45- Mohammadi GR, sadaty A. Epidemiology and etiology of suicide steps and its relation to demographic variables among hospital patients admitted to emergency ward of February 22 Nishapur 1383; 6(23 and 24):125-117.
- 46- Kahenny S. Anxiety and depression, aggression and delinquency in adolescents aged 19-12 years of continuous and discrete families. *Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*.1379; 7(4):35-42
- 47- Richards, M. The Effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort .*Psychol, Med*. 2006; 27(5):1121 - 1128.
- 48- Morowati sharifabad M, Shirazi KK, Determinants of Oral Health Behaviors among Pre-University (12th Grade) Students in Yazd (Iran): An Application of the Health Promotion Model. *Journal of Family Community Health*. 2007; 30(4): 342–350.
- 47- Nouhi S. Reviewe the clinical severity of aggression with traumatic stress Shaid Beheshti University of Medical Sciences. 1385; 11(50): 95–99.
- Morowati sharifabad MA, Ghofranipour F, Haidarnia A, Rvchy Babai Gh. Religious support, perceived health-promoting behaviors and the behaviors in adults aged 65 and over in the city of Yazd. *Journal of Yazd University of Medical Sciences and Health Service*. 1383; 12 (1): 23-29. [in Persian]
- 51- Kerman Sarooee M. Reviews the application of Health Promotion model to improve health behaviors of workers. *Gilan Medical University course* .1385; 58: 54-60. [in Persian]
- 52- Timuri L. The impact of school-based intervention based on Pender's health promotion model to increase physical activity among female students. *Journal of Knowledge brings*. 1389; 2: 47-55.