



Explaining High-Risk Behaviors among Students on the basis of Religious Orientation and Spiritual Health

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Habibi Kaleybar R.*¹ PhD,
Shaban Basim F.¹ MSc,
Samimi Z.¹ PhD,
Mollamohseni M.¹ MSc,
Azizi S.¹ MSc

How to cite this article

Habibi Kaleybar R, Shaban Basim F, Samimi Z, Mollamohseni M, Azizi S. Explaining High-Risk Behaviors among Students on the basis of Religious Orientation and Spiritual Health. *Islamic Life Style Centered on Health*. 2018;2(4):203-209.

¹Education Department, Education & Psychology Faculty, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

*Correspondence

Address: Azarbaijan Shahid Madani University, 35 Kilometer of Tabriz-Maragheh Road, Tabriz, East Azerbaijan Province, Iran. Postal Code: 5375171379
Phone: +98 (51) 38785860
Fax: +98 (51) 38783008
habibikaleybar@gmail.com

Article History

Received: May 03, 2018
Accepted: July 12, 2018
ePublished: December 20, 2018

ABSTRACT

Aims Religious orientation and spiritual health are important factors in students' mental health. The aim of this study was to explain high-risk behaviors among student by religious orientation and spiritual health.

Instruments & Methods In this descriptive-correlational study, among students of Azerbaijan Shahid Madani University, in 2018-2019, 361 students were selected, using multistage cluster sampling method and the Cochran formula. The data were collected by Allport's Religious Orientation Scale, Spiritual Health Questionnaire, and Iranian Youth Risk-Taking Scale. Data analysis was performed, using the Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis (stepwise) by SPSS 16.

Findings There was a negative and significant relationship between intrinsic religious orientation and spiritual health with high-risk behaviors ($p < 0.01$). Also, from the components of religious orientation, intrinsic religious orientation could predict components of high-risk behaviors. From the components of spiritual health, existential health could predict components of high-risk behaviors.

Conclusion Intrinsic religious orientation and spiritual health can predict the high-risk behaviors of students.

Keywords High-Risk Behaviors; Religious Orienta; Spiritual Health

CITATION LINKS

[1] An overview of prevention of multiple risk behavior ... [2] The relationship between religious orientation and attitude to relation before marriage ... [3] Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity ... [4] The co-occurrence of risky behaviors among high ... [5] Association between bullying victimization and health ... [6] Relationship between discordance in parental monitoring ... [7] High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use ... [8] Correlation between risky behaviors in the ... [9] Effects of a family intervention in reducing HIV ... [10] Relations between early family risk, children's behavioral ... [11] Religious climate and health risk behaviors in sexual ... [12] The impact of religious fasting on human ... [13] Personal religious orientation and ... [14] Relationship between religious orientation (internal-external) with ... [15] A comparison of religious orientation and health ... [16] Structural modeling of substance use in university ... [17] Religion, self-control, and substance ... [18] EMeta-analysis of relationships between religiosity ... [19] Measuring a dimension of spirituality for health ... [20] Review of spiritual health: definition, role, and ... [21] Study of the relationship between spiritual well-being ... [22] The relationship between religion/spirituality and ... [23] The correlation between spiritual well-being and happiness ... [24] The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties ... [25] Investigation of relationship between spiritual health ... [26] The relationship between general health and high risk behavior ... [27] Mediators between coping styles and substance use/intentions ... [28] Religion and vulnerability among low-risk ... [29] Effectiveness of psychotherapy with and without Islamic ... [30] Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual ... [31] Construction and assessment of ... [32] Personal religious practice, risky behavior, and ... [33] The role of spiritual well-being and coping strategies in risky behaviors of ... [34] The influence of religion on attitudes towards the advertising ... [35] Prediction of risky behaviors on the basis ... [36] Epidemiology of high-risk behaviors among Tehran ... [37] Religious orientation, religious coping and happiness ... [38] Public and private domains of religiosity ... [39] Relation of religion beliefs and optimistic spiritual ...

تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان براساس جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی

رامین حبیبی‌کلپبر* PhD

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

فرناز شبان‌بسیم MSc

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

زبیر صمیمی PhD

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

مهری ملامحسینی MSc

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

سمیه عزیزی MSc

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

چکیده

اهداف: جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی، عامل مهمی در سلامت روان دانشجویان به شمار می‌روند. هدف این پژوهش تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان براساس سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۶۱ دانشجو از دانشجویان دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی آلپورت، پرسش‌نامه سلامت معنوی و پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر جوانان ایرانی استفاده شد. داده‌های پژوهش از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت معنوی با رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.01$). همچنین از بین انواع جهت‌گیری مذهبی، جهت‌گیری مذهبی درونی قادر به پیش‌بینی مولفه‌های رفتارهای پرخطر بود. از بین انواع سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی قادر به پیش‌بینی مولفه‌های رفتارهای پرخطر بودند.

نتیجه‌گیری: جهت‌گیری مذهبی درونی و مولفه‌های سلامت معنوی می‌توانند رفتارهای پرخطر دانشجویان را پیش‌بینی نمایند.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای پرخطر، جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۱

* نویسنده مسئول: habibikaleybar@gmail.com

مقدمه

در عصر حاضر به‌علت پیشرفت‌های فناوری و تاثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مساله سلامت و عوامل تاثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است. رفتارهای تهدیدکننده سلامت، یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی-اجتماعی هستند که بیشتر کشورهای جهان به‌نوعی با آن درگیرند و مشکلات گسترده و شدیدی را بر جوامع تحمیل می‌نمایند. به‌رغم تلاش بسیاری که در دو دهه اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به "رفتارهای پرخطر" صورت گرفته است، همچنان با افزایش روزافزون این رفتارها به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان به‌خصوص در دانشگاه‌ها روبه‌رو هستیم^[1]. دانشجویان، یکی از منابع مهم هنجار در جامعه محسوب می‌شوند و شناخت ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر رفتار آنان در این باره می‌تواند اقشار جامعه را یاری

نماید^[2]. رفتارهای پرخطر، مجموعه‌ای از رفتارها را در بر می‌گیرد که نه‌تنها برای فرد درگیر در این رفتارها و افراد مهم زندگی وی زیان‌های جدی به بار می‌آورد، بلکه صدمه غیرعمدی به افراد دیگر نیز وارد می‌شود^[3]. رفتارهای پرخطر به رفتارهایی همچون سیگارکشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زود هنگام گفته می‌شود^[4] که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد^[5].

در ایالات متحده، براساس گزارش موسسه ملی سرطان در سال ۲۰۰۳، روزانه بیش از ۶۰۰۰ نوجوان برای نخستین بار مصرف سیگار را تجربه می‌کنند و میزان مصرف مواد مخدر در نوجوانان از ۲۷٪ به ۴۷٪ افزایش یافته است. نتایج شیوع ملی در این کشور نیز نشان می‌دهد که حدود ۵۰٪ نوجوانان تجربه مصرف الکل، ۲۵٪ مصرف مواد مخدر، ۳۳٪ استعمال سیگار و ۵۰٪ رابطه جنسی داشته‌اند^[6]. در مطالعه شیوع در فرانسه نیز ۲۵/۵٪ نوجوانان مصرف دایمی سیگار، ۴۲/۳٪ مصرف الکل و ۳۴/۴٪ مصرف حبشش را گزارش کردند^[7]. شیوع رفتارهای پرخطر در ایران روزبه‌روز ابعاد گسترده‌تری به خود می‌گیرد^[8].

امروزه علل مختلفی برای گرایش به رفتارهای پرخطر گزارش شده است. این علل می‌توانند ناشی از روابط خانوادگی و روش‌های فرزندپروری والدین شامل بی‌ثباتی رفتار والدین، فقدان حمایت روانی و عدم توجه از جانب والدین، تجارب یادگیری معیوب در زمینه سازگاری با قوانین و مقررات و ارزش‌های اخلاقی و عوامل روان‌شناختی از جمله هوش کمتر از متوسط باشند^[9]. اما همچنان شناسایی رفتارهای پرخطر و عوامل موثر بر آنها و همچنین عواملی که می‌توانند در کوتاه‌مدت یا بلندمدت باعث کاهش آنها شوند، کمک زیادی به جامعه می‌کند^[10].

یکی از عوامل موثر در عدم ایجاد رفتارهای پرخطر که کمتر به آن توجه شده، "جهت‌گیری مذهبی" است^[11]. مذهب، یک نظام عمل مبتنی بر اعتقادات است که در قلمرو و ابعاد فکری و اجتماعی از جانب خداوند برای انسان‌ها در مسیر رشد و کمال ارسال شده و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتارهاست که با هم پیوند داشته و در تدارک احساس جامعیت برای فرد عمل می‌کند. مذهب به حقیقت انسان و نیازهای او توجه دارد. از این رو، برنامه همه‌جانبه‌ای را برای زندگی وی ارایه می‌دهد. پای‌بندی به ارزش‌ها و آموزه‌های دینی که مبتنی بر ویژگی‌ها و نیازهای فطری انسان است، تأمین‌کننده آرامش و سلامت دینداران خواهد بود^[12].

از نظر آلپورت، جهت‌گیری مذهبی دو نوع است: درونی و بیرونی و عبارت است از عملکرد فرد براساس باورهای دینی خویش، که اگر شخص مومن، به ایمان به‌منزله یک ارزش متعالی بنگرد، عامل به اعمال و مناسک و پای‌بند به اعتقادات دینی خودش باشد (و آنها را درونی کرده باشد)، احکام خدا را جدی بگیرد و با اعتقادات مذهبی خود زندگی کند، جهت‌گیری درونی دارد؛ ولی اگر فرد در پی سودجویی باشد و دین را برای رفع سایر نیازهایش و کسب آسایش و امنیت و جلب نظر اجتماع به کار برد، جهت‌گیری مذهبی بیرونی داشته و چنین شخصی از دین استفاده می‌کند^[13]. مذهب، طیفی است که از یک سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنا و معنایابی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد و به دیگر محرک‌ها نیازی ندارد. با توجه به این تقسیم‌بندی، فرض آلپورت این بود که مذهب بیرونی، کمتر از مذهب درونی جنبه درمان‌گرانه و پیشگیرانه دارد^[14].

باورهای مربوط به درونی‌بودن یا غیردرونی‌بودن مذهب می‌تواند با

و میزان رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین در مطالعه چوئینگ و همکاران [27]، ۹۰٪ مصرف و سوء مصرف پایین با نمرات بالا در سلامت معنوی در ارتباط بود. رگنرس و الدر [28] نیز در پژوهشی نشان دادند که بین نگرش و سلامت مذهبی جوانان، مصرف الکل، مواد و بزهکاری همبستگی منفی وجود دارد. با توجه به این که بیشتر جمعیت کشور را جوانان تشکیل می‌دهند و اغلب آنها در مدارس و دانشگاه‌ها مشغول به تحصیل هستند و همچنین با توجه به این که دانشجویان از فعال‌ترین و هوشمندترین اقشار جامعه هستند، وجود رفتارهای پرخطر در این افراد می‌تواند تأثیرات منفی فراوانی بگذارد و بر روند پیشرفت علمی و سایر جنبه‌های زندگی‌شان پیامدهای ناگواری ایجاد کند. بنابراین توجه به رفتارهای پرخطر و شناسایی عواملی که با آن همراه است از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به این که پژوهش‌های اندکی در رابطه بین جنبه‌های معنوی و مذهبی با رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان در سطح کشور انجام گرفته، نیاز است که پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام گیرد. با توجه به خلأ پژوهشی موجود، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی در بروز رفتارهای پرخطر دانشجویان انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که از بین این دانشجویان ۳۶۱ دانشجو (۲۱۱ دختر و ۱۵۰ پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند؛ به این صورت که از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان به صورت تصادفی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، دانشکده کشاورزی و دانشکده علوم پایه برگزیده شدند. سپس از هر دانشکده برای هر مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) یک کلاس به‌عنوان نمونه انتخاب شد.

قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها، برای جلب همکاری دانشجویان این کلاس‌ها، ابتدا توضیحات لازم در مورد هدف و اهمیت پژوهش به آنها ارائه شد و از آنها خواسته شد به تمام سئوالات پرسش‌نامه با دقت پاسخ دهند.

ابزارهای گردآوری شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

۱- مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی آلپورت: این پرسش‌نامه توسط آلپورت در سال ۱۹۶۷ برای سنجش جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی طراحی شده و شامل ۲۱ سؤال است که سئوال‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سئوال‌های ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را اندازه می‌گیرد. پاسخ سئوالات پرسش‌نامه به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. بر همین اساس، این پرسش‌نامه براساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه توسط جان‌بزرگی [29] در ایران ترجمه و هنجاریابی شد و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه سلامت معنوی: این پرسش‌نامه توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۴ برای سنجش سلامت مذهبی و سلامت وجودی طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰

تاثیرگذاری بر افراد، رفتارهای حفاظتی- بهداشتی آنها را افزایش یا کاهش دهد. باورهای مذهبی با بهداشت جسمی، بهداشت روانی و شادکامی در مطالعات متعدد ارتباط مثبت دارد [15]. یاوروی و همکاران [16] در پژوهشی نشان دادند که اثر فعالیت مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان از طریق عقاید منفی درباره مواد، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی میانجی‌گری می‌شود. پژوهش دسموند و همکاران [17] بیانگر این است که گرایش‌های مذهبی، موجب افزایش خودکنترلی افراد شده و به‌نوبه خود موجب کاهش مصرف الکل می‌شود. مطالعه چونگ و یونگ [18] موبد آن است که برخلاف دینداری درونی، دینداری بیرونی (شخصی و اجتماعی) ارتباط کمتری با رفتارهای مخرب مانند مصرف الکل و مواد مخدر دارد.

علاوه بر جهت‌گیری مذهبی، اهمیت "سلامت معنوی" در انسان در چند دهه گذشته، توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را بیش از پیش به خود جلب کرده است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد. سلامت معنوی دربرگیرنده ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین در خصوص بودن و داشتن معنی در زندگی است که این باورها با جنبه‌های متنوع زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی مرتبط است [19]. هاکر و همکاران [20] سلامت معنوی را حسی از ارتباط با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کردند. سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. به طور کلی، سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای بین نیروهای داخلی فراهم کرده و با ویژگی‌های ثابت در زندگی مانند صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشستن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود.

سلامت معنوی، عنصری روانی- اجتماعی و مذهبی است. سلامت مذهبی به‌عنوان عنصری مذهبی، بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست. سلامت وجودی نیز عنصری روانی- اجتماعی است که بیانگر احساس فرد است از این که کیست، کجاست و چه می‌کند. بعد سلامت مذهبی و هم سلامت وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود است. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند، در حالی که بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد. از آنجا که انسان به‌عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بُعد، علی‌رغم جدایی از هم، با هم تعامل و همپوشانی دارند که در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی را به انسان القا می‌کند [21].

با بررسی پژوهش‌های پیشین، مشخص می‌شود که ارتباط متغیرهای مختلفی با سلامت معنوی مورد توجه قرار گرفته است؛ از جمله می‌توان به ارتباط سلامت معنوی با سلامت روانی [22]، سلامت معنوی با شادکامی [23] و سلامت معنوی با کیفیت زندگی [24] اشاره کرد. اما در این میان به ارتباط سلامت معنوی و بروز رفتارهای پرخطر توجه چندانی نشده است. زارع و همکاران [25]، در پژوهش خود نشان دادند که بین میزان سلامت معنوی دانش‌آموزان مقطع متوسطه بوشهر با میزان رفتارهای پرخطر رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. ناعمی و فقیهی [26] با بررسی رابطه سلامت عمومی و رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار نشان دادند که بین سلامت عمومی دانشجویان

خشونت، ۲۱٪ واریانس مصرف مواد، ۱۸٪ واریانس مصرف الکل و ۱۱٪ واریانس رابطه جنسی ($p < 0/001$) و مولفه سلامت وجودی ۷٪ واریانس سیگارکشیدن ($p < 0/01$) را پیش‌بینی نماید. همچنین علاوه بر سلامت مذهبی، مولفه سلامت وجودی نیز با واریانس ۲۱٪ پیش‌بین معنی‌داری برای مولفه مصرف مواد بود ($p < 0/05$). در گروه دختران نیز فقط مولفه سلامت وجودی برای خشونت با واریانس ۷٪ ($p < 0/01$)، سیگارکشیدن با واریانس ۲٪ و مصرف مواد با واریانس ۴٪ ($p < 0/001$)، مصرف الکل با واریانس ۳٪ ($p < 0/05$) و رابطه جنسی با واریانس ۵٪ ($p < 0/01$) پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری بود.

جدول ۱) میانگین آماری نمرات متغیرهای پژوهش در دانشجویان

متغیرها	نمرات
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۳۲/۶۷±۵۱/۲۵
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۵/۴۵±۴۹/۹۲
سلامت مذهبی	۴۵/۸۷±۸۱/۶۷
سلامت وجودی	۴۶/۰۲±۹/۴۰
رانندگی پرخطر	۱۹/۴۱±۵۰/۷۰
خشونت	۱۱/۸۱±۳/۹۰
سیگارکشیدن	۸/۶۷±۳/۴۳
مصرف مواد	۹/۲۶±۳/۰۶
مصرف الکل	۱۲/۳۰±۵/۵۵
رابطه جنسی	۱۰/۱۶±۳/۷۲

جدول ۲) ضرایب همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و سلامت مذهبی و وجودی با مولفه‌های رفتارهای پرخطر در دانشجویان

متغیرها	رانندگی پرخطر	خشونت سیگارکشیدن	مصرف مواد	مصرف الکل	مصرف رابطه جنسی
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	-۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۱۰	-۰/۰۱	-۰/۰۷
جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۲۱**	-۰/۲۳**	-۰/۲۵**	-۰/۴۲**	-۰/۲۵**
سلامت مذهبی	-۰/۲۰**	-۰/۳۰**	-۰/۳۶**	-۰/۳۱**	-۰/۲۹**
سلامت وجودی	-۰/۱۸**	-۰/۳۰**	-۰/۲۸**	-۰/۲۹**	-۰/۲۵**

$p < 0/01$ **

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان براساس سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی با مولفه‌های رفتارهای پرخطر، رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد، اما بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مولفه‌های رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که از بین مولفه‌های جهت‌گیری مذهبی، فقط جهت‌گیری مذهبی درونی، رفتارهای پرخطر (رانندگی پرخطر، خشونت، سیگارکشیدن، مصرف مواد، مصرف الکل و رابطه جنسی) را پیش‌بینی می‌کند و از بین مولفه‌های سلامت معنوی، سلامت مذهبی مولفه‌های رانندگی پرخطر، مصرف مواد، مصرف الکل و رابطه جنسی و سلامت وجودی مولفه‌های خشونت و سیگارکشیدن را پیش‌بینی می‌نماید. همچنین نتایج رگرسیون گام‌به‌گام تأثیر جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی بر مولفه‌های رفتارهای پرخطر به تفکیک دختران و پسران دانشجو را نشان داد که از بین انواع جهت‌گیری مذهبی، جهت‌گیری مذهبی درونی برای گروه پسران قادر به پیش‌بینی مولفه‌های رفتارهای پرخطر از جمله رانندگی پرخطر، خشونت، سیگارکشیدن، مصرف الکل و رابطه

سؤال آن سلامت مذهبی (تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا) و ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی (احساس هدفمندی و رضایت از زندگی) را می‌سنجد. پاسخ سؤالات پرسش‌نامه به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. بر همین اساس، این پرسش‌نامه براساس یک مقیاس شش‌درجه‌ای از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. شیوه نمره‌گذاری در برخی سؤالات معکوس است و نمره بالا نشان‌دهنده سلامت معنوی بالاست. این پرسش‌نامه توسط *فرهانی‌نیا* و همکاران^[30]، روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی اجرا و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر جوانان: این پرسش‌نامه توسط *زاده‌محمدی و احمدآبادی*^[31] با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران روی نوجوانان دختر و پسر شهر تهران و برای سنجش رفتارهای پرخطر از جمله رانندگی پرخطر، خشونت، سیگارکشیدن، مصرف مواد مخدر و الکل و رابطه و رفتار جنسی طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۸ گویه است و پاسخ سؤالات، به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است که براساس یک مقیاس ۴ چهاردرجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بین جهت‌گیری مذهبی درونی با همه مولفه‌های رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین متغیرهای سلامت مذهبی و سلامت وجودی با مولفه‌های رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت، اما بین متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مولفه‌های رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۱ و ۲).

جهت‌گیری مذهبی درونی، مولفه‌های رانندگی پرخطر را با تبیین ۴٪ واریانس، مولفه خشونت را با تبیین ۵٪، مولفه سیگارکشیدن را با تبیین ۹٪، مولفه مصرف مواد را با تبیین ۶٪، مولفه مصرف الکل را با تبیین ۱۷٪ و مولفه رابطه جنسی را با تبیین ۶٪ واریانس پیش‌بینی کرد ($p < 0/001$).

سلامت مذهبی، مولفه رانندگی پرخطر را با تبیین ۴٪ واریانس، مولفه مصرف مواد را با تبیین ۱۳٪، مولفه مصرف الکل را با تبیین ۱۰٪ و مولفه رابطه جنسی را با تبیین ۸٪ واریانس پیش‌بینی نمود. همچنین سلامت وجودی، مولفه خشونت را با ۹٪ واریانس و مولفه سیگارکشیدن را با ۵٪ واریانس پیش‌بینی کرد ($p < 0/001$).

جهت‌گیری مذهبی درونی برای گروه پسران قادر به پیش‌بینی رانندگی پرخطر با ۶٪ واریانس ($p < 0/05$)، خشونت با ۶٪ واریانس، سیگارکشیدن با ۱۷٪ واریانس، مصرف مواد با ۱۶٪ واریانس، مصرف الکل با ۲۷٪ واریانس و رابطه جنسی با ۸٪ واریانس بود. همچنین برای گروه دختران، جهت‌گیری مذهبی درونی فقط برای مولفه مصرف الکل با ۶٪ واریانس پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری محسوب شد ($p < 0/001$).

از بین مولفه‌های سلامت معنوی برای گروه پسران، مولفه سلامت مذهبی توانست ۷٪ واریانس رانندگی پرخطر، ۱۲٪ واریانس

مانند فساد، خودفروشی و خشونت نهی کرده است [37]. در دوره نوجوانی و جوانی، رشد و تحول مذهبی و معنوی همراه با سایر تغییر و تحولات بدنی و روانی نیز صورت می‌گیرد. این رشد و تحول ممکن است تجارب دینی جدید، درکی تازه از باورها یا تجارب مذهبی قبلی، احساس معنا و هدفداری بیشتر در زندگی یا آگاهی افزون‌تر از نقش خداوند در زندگی روزمره را شامل شود. بدون تردید، مذهب، یک عامل بازدارنده و مهم برای انسان در مقابل هجوم اضطراب، تردید و ناامیدی است. همچنین مذهب، به‌عنوان یک سیستم ارزشی به حرکت‌های انسان، جهت داده، هدفمند نموده و به سوی اعتلای روانی، انسانی و تکامل رهنمون می‌سازد. این سیستم ارزشی، روی تمام وجوه زندگی فرد انگشت گذاشته و همه چیز را شامل می‌شود که نهایتاً زمینه لازم را برای یک شخصیت و زندگی سالم آماده می‌کند [35]. در این راستا، نانمیکر و همکاران [38] نیز تایید نمودند که باور مذهبی عمومی و خصوصی هر دو، حالت حمایت‌کننده در مقابل مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا در نوجوانان دارد، اما باور مذهبی خصوصی اثر حمایت‌کنندگی بیشتری در مقابل سوء مصرف مواد دارد.

همچنین سلامت معنوی، از مفاهیم پیچیده وابسته به معنویت و مذهب است و به‌عنوان بعد مهم و برجسته زندگی سالم است که منجر به هدفدارشدن زندگی می‌شود. این مفهوم، از تاکید بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا منشا گرفته است و ساختار چندبعدی دارد [39]. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌های ناشی از شرایط مختلف زندگی محسوب می‌شود که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن مثل سلامت روانی می‌شود و به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به‌صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی مثل احساس تنهایی، اضطراب، ازدست‌دادن معنای زندگی و در نتیجه ارتقای سلامت روان افراد می‌شود. در این حالت، توانایی‌سازی افراد با مسایل و مشکلات بیشتر شده و باعث می‌شود که افراد گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر داشته باشند [21]. در این راستا، مطالعات متعددی نشان داده که افراد برخوردار از بهزیستی معنوی به‌علت برخورداری از منبع کنترل درونی، احتمالاً کمتر تحت تاثیر همسالان خود قرار گرفته و در نتیجه احتمال بروز رفتارهای پرخطر نیز کاهش می‌یابد [33].

با توجه به محدودیت‌هایی که وجود داشت این مطالعه فقط در گروه دانشجویان یک دانشگاه انجام گرفت، بنابراین نمی‌توان نتایج آن را به همه افراد و گروه‌های سنی تعمیم داد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، گروه‌های سنی دیگر از جمله دانش‌آموزان دوره متوسطه نیز مورد مطالعه قرار گیرند و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود.

با عنایت با این که گروه جوانان و عمدتاً دانشجویان یکی از گروه‌های اصلی در معرض خطر برای رفتارهای پرخطر هستند، بدیهی است که افزایش سلامت معنوی و همچنین ارتقای جهت‌گیری مذهبی دانشجویان از جهت‌گیری مذهبی بیرونی به درونی، می‌تواند در برنامه‌های آموزشی و پیشگیری دانشگاه‌ها لحاظ شود و تاکید بر مشاوره به‌عنوان اساسی‌ترین راه پیشگیری از بروز و شیوع رفتارهای پرخطر در جامعه مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

جهت‌گیری مذهبی درونی و مولفه‌های سلامت معنوی می‌توانند به‌عنوان منابعی برای پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دانشجویان

جنسی بود و برای گروه دختران، جهت‌گیری مذهبی درونی، مولفه مصرف الکل را پیش‌بینی نمود. از بین مولفه‌های سلامت معنوی برای گروه پسران، سلامت مذهبی برای رانندگی پرخطر، خشونت، مصرف مواد، مصرف الکل و رابطه جنسی و مولفه سلامت وجودی برای سیگارکشیدن پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری بودند. همچنین علاوه بر سلامت مذهبی، سلامت وجودی نیز قادر به پیش‌بینی مولفه مصرف مواد بود. در گروه دختران نیز فقط سلامت وجودی قادر به پیش‌بینی خشونت، سیگارکشیدن، مصرف مواد، مصرف الکل و رابطه جنسی بود.

یافته‌های فوق با نتایج پژوهش‌های دسموند و همکاران [17] مبنی بر رابطه گرایش‌های مذهبی و مصرف الکل، چونگ و یونگ [18] مبنی بر رابطه دینداری بیرونی و رفتارهای مخرب، زارع و همکاران [25] مبنی بر رابطه سلامت معنوی و رفتارهای پرخطر، ناعمی و فقیه [26] مبنی بر رابطه سلامت عمومی و رفتارهای پرخطر، چوئینگ و همکاران [27] مبنی بر ارتباط سلامت معنوی و مصرف مواد، رگنرس و الدر [28] مبنی بر رابطه سلامت مذهبی و مصرف الکل، مواد و بزهکاری، مک‌نمار و همکاران [32] مبنی بر رابطه دینداری و رفتارهای پرخطر، حسن و همکاران [33] مبنی بر نقش بهزیستی معنوی در رفتارهای پرخطر، فام و همکاران [34] مبنی بر تاثیر اعتقادات مذهبی بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر و قه‌داعی و همکاران [35] مبنی بر پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس جهت‌گیری مذهبی همسو است. به‌صورت خلاصه، نتایج پژوهشگران نشان داده است که به هر میزان جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی در افراد بالا باشد، میزان گرایش به رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد.

در تبیین نقش جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی در رفتارهای پرخطر دانشجویان می‌توان به "نظریه رفتار مشکل" جسور در سال ۱۹۷۷ که یکی از نظریه‌های مهم در حوزه رفتارهای پرخطر به شمار می‌رود، اشاره کرد. در این نظریه، مدلی اولیه برای رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل، مصرف مواد، رفتار جنسی پرخطر و بزهکاری در نوجوانان و جوانان ارایه می‌شود. جسور بیان می‌کند که گرایش نوجوانان به رفتارهای مشکل‌آفرین، برآیند گرایش درونی وی به سوی رفتارهای نابهنجار و گرایش نیرومند به شکستن هنجارهای فرهنگی و اجتماعی مورد پذیرش بخش زیادی از جامعه است. فرض اساسی این نظریه آن است که این رفتارها برآیند کنش متقابل فرد و پیرامون است که با هم به تبیین رفتار مشکل می‌پردازند؛ متغیرهایی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار مشکل اثر می‌گذارند. در این نظریه، رفتار مشکل به‌عنوان رفتاری که از نظر اجتماعی ناپذیرفتنی است، شناخته می‌شود. نظریه رفتار مشکل به بررسی اثر کنش متقابل عوامل فردی و اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای نابهنجار و نابهنجار می‌پردازد. این نظریه، فرد را در درون محیط اجتماعی‌اش مورد بررسی قرار می‌دهد و به عوامل موثر بر انجام رفتار انحرافی یا بازدارنده از انجام آن توجه دارد که یکی از این عوامل میزان تمایل و گرایش فرد به عوامل مذهبی است. به‌طور کلی، این نظریه، نشانگر تاثیرپذیری رفتارهای پرخطر از عوامل گوناگون فردی و اجتماعی است؛ عواملی که با توجه به تغییرات عصر کنونی، نقش زیادی در افزایش میزان شیوع رفتارهای پرخطر در جوامع گوناگون داشته‌اند [36].

علاوه بر این، با توجه به نظریه رفتار مشکل، مذهب و جهت‌گیری مذهبی یکی از عوامل تاثیرگذار بر رفتار افراد است. بسیاری از جنبه‌های مذهب بر امید، خوش‌بینی، همدلی، پیوندجویی، عفو و بخشش تاکید کرده و پیوسته از تجاوز و رفتارهای ضداجتماعی

- behavioral regulation, and academic achievement. *Early Child Res Q.* 2010;25(4):464-79.
- 11- Hatzembuehler ML, Pachankis JE, Wolff J. Religious climate and health risk behaviors in sexual minority youths: A population-based study. *Am J Public Health.* 2012;102(4):657-63.
- 12- Trepanowski JF, Bloomer RJ. The impact of religious fasting on human health. *Nutr J.* 2010;9(1):57-69.
- 13- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 1967;5(4):432-43.
- 14- Jafari A. Relationship between religious orientation (internal-external) with methods of overcoming stress in students of Islamic Azad University of Abhar. *Psychol Res.* 2011;1(4):239-43.
- 15- Merrill RM, Steffen P, Hunter BD. A comparison of religious orientation and health between Whites and Hispanics. *J Relig Health.* 2012;51(4):1261-77.
- 16- Yavari S, Nouri R, Hasanabadi HR. Structural modeling of substance use in university students: Religious involvement, social modeling, spiritual well-being and attitude towards substance. *J Res Psychol Health.* 2015;9(2):1-12. [Persian].
- 17- Desmond SA, Ulmer JT, Bader CD. Religion, self-control, and substance use. *Deviant Behav.* 2013;34(5):384-406.
- 18- Cheung CK, Yeung JWK. Meta-analysis of relationships between religiosity and constructive and destructive behaviors among adolescents. *Child Youth Serv Rev.* 2011;33(2):376-85.
- 19- Frey BB, Daaleman TP, Peyton V. Measuring a dimension of spirituality for health research: Validity of the spirituality index of well-being. *Res Aging.* 2005;27(5):556-77.
- 20- Hawks SR, Hull M, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot.* 1995;9(5):371-8.
- 21- Heidarzadegan AR, Koochakzaee M. Study of the relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. *Iranian J Eng Educ.* 2015;17(65):79-93. [Persian].
- 22- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain.* 2005;116(3):311-21.
- 23- Dehghani E, Nejat S, Yaseri M. The correlation between spiritual well-being and happiness in the administrative staff of Semnan University of Medical Sciences. *J Relig Health.* 2015;3(2):9-18. [Persian].
- 24- Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *Am J Public Health.* 1995;85(1):41-7.
- 25- Zare MGH, Sharifatpour B, Dehghani F. Investigation of relationship between spiritual health of high-risk behavior of high school students in Bushehr. 1st Scientific Conference of Psychology, Education and pathology of Society. Kerman: Green Gold Company, Association of Supervision; 2015. [Persian]
- 26- Naemi AM, Faghihi S. The relationship between general health and high risk behavior among students of Sabzevar Universities. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2015;22(2):436-47. [Persian].
- 27- Chiong AS, Bry BH, Johnson VL. Mediators between coping styles and substance use/intentions in urban, high school freshmen. *Addict Behav.* 2010;35(1):57-9.
- 28- Regnerus MD, Elder GH. Religion and vulnerability

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مسئولان و دانشجویان دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان که با حمایت‌های خود زمینه انجام این پژوهش را ممکن ساختند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تأییدیه اخلاقی: کدهای رایج اخلاق ۱، ۳ و ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها) و کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) در این مطالعه رعایت شده است.

تعارض منافع: تعارض منافی در این پژوهش بین نویسندگان وجود نداشته است.

سهم نویسندگان: رامین حبیبی کلیبر (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (۳۰٪)، فرناز شبان بسیم (نویسنده دوم)، روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۱۰٪)، زبیر صمیمی (نویسنده سوم)، پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۴۰٪)، مه‌ری ملامحسینی (نویسنده چهارم)، نگارنده بحث (۱۰٪)، سمیه عزیز (نویسنده پنجم)، نگارنده بحث (۱۰٪)

منابع مالی: این پژوهش، بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است.

منابع

- Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behavior in adolescence and young adulthood. *J Public Health (Oxf).* 2012;34(1):i31-40.
- Jahangir P, Mahboubinie Z, Yaghoubi S, Jamshidi MA. The relationship between religious orientation and attitude to relation before marriage among the students center at Sharif University of Workshops. *J Psychol Justice.* 2016;1(1):168-94. [Persian]
- Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *Am J Prev Med.* 2016;50(3):344-52.
- Zadeh-Mohammadi A, Ahmadabadi Z. The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. *J Fam Res.* 2008;4(13):87-100. [Persian]
- Hertz MF, Everett Jones S, Barrios L, David-Ferdon C, Holt M. Association between bullying victimization and health risk behaviors among high school students in the United States. *J Sch Health.* 2015;85(12):833-42.
- Han Y, Grogan-Kaylor A, Bares C, Ma J, Castillo M, Delva J. Relationship between discordance in parental monitoring and behavioral problems among Chilean adolescents. *Child Youth Serv Rev.* 2012;34(4):783-9.
- Melchior M, Chastang JF, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addict Behav.* 2008;33(1):122-33.
- Shokri N, Yoosefi M, Safae Rad E, Akbari T, Moosavi SM, Nazari H. Correlation between risky behaviors in the pre-university adolescent students in Hamadan with Parents' child raising method. *J Health Promot Manag.* 2015;5(1):73-82. [Persian].
- Prado G, Pantin H, Huang S, Cordova D, Tapia MI, Velazquez MR, et al. Effects of a family intervention in reducing HIV risk behaviors among high-risk Hispanic adolescents: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(2):127-33.
- Sektnan M, McClelland MM, Acock A, Morrison FJ. Relations between early family risk, children's

religion on attitudes towards the advertising of controversial products. *Eur J Marketing*. 2004;38(5/6):537-55.

35- Gharedaghi A, Mahmoodi J, Asl Fattahi B. Prediction of risky behaviors on the basis of religious orientation and coping style in high school female students in city of Marand. *Q Woman Fam Stud*. 2012;4(15):149-66. [Persian].

36- Rashid Kh. Epidemiology of high-risk behaviors among Tehran adolescent girls and boys. *Q Soc Welfare*. 2015;15(57):31-55. [Persian].

37- Lewis CA, Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Pers Indiv Differ*. 2005;38(5):1193-202.

38- Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Soc Sci Med*. 2003;57(11):2049-54.

39- Askary P, Roushani Kh, Mehri Adriani M. Relation of religion beliefs and optimistic spiritual health of Ahwaz Islamic university students. *J Soc Psychol*. 2009;4(10):27-39. [Persian]

among low-risk adolescents. *Soc Sci Res*. 2003;32(4):633-58.

29- Jan-Bozorgi M. Effectiveness of psychotherapy with and without Islamic religious orientation on anxiety and stress. *J Psychol*. 1998;2(8):343-68. [Persian].

30- Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *Iran J Nurs*. 2006;18(44):7-14. [Persian].

31- Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(3):218-25. [Persian].

32- McNamara P, Burns JP, Johnson P, McCorkle BH. Personal religious practice, risky behavior, and implementation intentions among adolescents. *Psychol Relig Spirituality*. 2010;2(1):30-4.

33- Hassan J, Sheikhan R, Mahmoodzadeh A, Nikroo M. The role of spiritual well-being and coping strategies in risky behaviors of adolescents. *J Clin Psychol Idea Behav*. 2014;9(33):17-26. [Persian].

34- Fam KS, Waller DS, Erdogan BZ. The influence of