نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان

لیلا سلیمانی‌نیا*، علی‌رضا جزایری**، پروانه محمدخانی***

طرح بحث: *در این مطالعه با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ابعاد مثبت و منفی سلامت روان، ۶ حوزه از رفتارهای پرخطر شایع در نوجوانان شامل خشونت، خودکشی، مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتار جنسی ناایمن مورد بررسی قرار گرفت.*

روش تحقیق: *نمونهٔ مورد پژوهش را ۳۸۵ نوجوان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۹ سال تشکیل داده‌اند که به طور تصادفی از میان دبیرستان‌های منطقه ۵ تهران انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های دموگرافیک، سلامت عمومی، آسایش روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر استفاده شد.*

یافته‌ها: *یافته‌ها حاکی از آن است که بین نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند و آنهایی که رفتار پرخطر ندارند در اغلب شاخص‌های منفی و مثبت سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد.*

نتیجه: *نتایج بررسی حاضر نشان داد که در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، هر دو بعد منفی و مثبت سلامت روان نقش داشته و به منظور طرح مداخلات پیشگیرانه در این زمینه باید ارتقاء شاخص‌های مختلف سلامت روان در نوجوانان در اولویت برنامه‌ها قرار گیرد.*

کلید واژه‌ها: رفتار پرخطر، سلامت روان مثبت، سلامت روان منفی، نوجوان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۷/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۲۳

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی <soleimaninia.l@gmail.com>

** دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دکترای روان‌شناسی عمومی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسألهٔ سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است و تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌گردد. مطالعات علمی و وسیعی که در این زمینه صورت می‌گیرد، می‌تواند با شناسایی دقیق‌تر عوامل تهدیدکنندهٔ سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری‌شناسی، کیفیت و سبک زندگی و علل آسیب‌های اجتماعی، راهگشای برنامه‌های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (Naidoo, 2000:27).

سلامت، هم در سطح فردی و هم جمعی می‌تواند علاوه بر آنکه از مراقبت‌های بهداشتی تأثیر پذیرد، تحت تأثیر عوامل دیگری چون آرایش ژنتیکی، شرایط اقتصادی ـ اجتماعی و رفتارهای افراد واقع شود (Smedley, 2000:15).

یکی از موارد جدی تهدیدکنندهٔ سلامت، که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف می‌باشد. به‌عنوان مثال، پیش‌بینی شده است که تاسال ۲۰۳۰، تنها میزان بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (Slusky, 2004:48). اگر پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد، خشونت و ایدز را نیز به حساب آوریم، آسیب‌های وارده چند برابر می‌شود.

هر چند که هیچ یک از بخش‌های جامعه از عواقب ناگوار رفتارهای تهدیدکنندهٔ سلامت در امان نیست، اما بعضی از گروه‌های اجتماعی از جمله نوجوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند، به‌طوری که بسیاری از قربانیان رفتارهای پرخطر در آینده از میان نوجوانان امروزی خواهند بود. بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری‌ها و بحران دورهٔ نوجوانی، دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده آنان را مورد تهدید قرار

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

می‌دهد. مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی ناایمن، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی را تشکیل می‌دهند (Lindberg, 2000:1). در حالی‌که بزرگسالان، بیشتر از بیماری‌هایی چون سرطان، نارسایی‌های قلبی ـ عروقی و دیابت آسیب می‌پذیرند، موارد تهدیدکنندهٔ سلامت جوانان و نوجوانان عبارتند از: قتل، خودکشی، تصادفات و ایدز که تقریباً همه آنها زیربنای رفتاری داشته و لذا قابل پیشگیری و کنترل می‌باشند (Ozer, 2003:18).

براساس آمارهای پیش‌بینی شده توسط بانک جهانی در رابطه باشاخص‌های توسعهٔ جهانی، در سال ۲۰۰۵ حدود ۸/۵ میلیون نفر از جمعیت کشورمان را نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله تشکیل می‌دهند که این میزان معادل ۱۲/۵ درصد کل جمعیت کشور خواهد بود (سازمان ملی جوانان، ۵۷:۱۳۸۱). بنابراین با توجه به ساختار سنی جوان کشور و نظر به آنکه نوجوانان، آسیب‌پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر را تشکیل می‌دهند، بدیهی است که هرگونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه، کاهش توانایی‌های این قشر حرکت‌ساز، به گونه‌ای غیرقابل اجتناب به کندی در پیشرفت جامعه می‌انجامد و ازطرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آنها ممکن است در درازمدت، روی سلامتی آحاد جامعه اثر منفی بگذارد.

علی‌رغم تلاش بسیاری که در دو دههٔ اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به مضرات و خطرات رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، همچنان با افزایش روزافزون این رفتارها بویژه در میان جوانان و نوجوانان روبرو هستیم. مطالعات نشان داده‌اند که اغلب رفتارهای پرخطر ازجمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی ناایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شوند (Bergman, Scott, 2001:183-197). با عنایت به صدمات و خسارات جبران‌ناپذیری که هریک از رفتارهای پرخطر بدنبال دارند و از آن‌جایی که اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی طولانی مدت و پرهزینه است، به نظر می‌رسد پیشگیری، بهترین رویکرد برای کاهش رفتارهای تهدیدکنندهٔ سلامت در سطح جامعه باشد.

دلایل رفتارهای خطرجویی متفاوت است ازجمله انگیزه‌های هیجان‌خواهی، ترس‌های

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

بی‌کفایتی، نیاز به تحکیم هویت مردانه، و انگیزه‌های گروهی نظیر فشار همسالان. این رفتار ممکن است بازتاب تخیلات همه توانی برخی از نوجوانان نیز باشد که خود را در مقابل صدمات و جراحات آسیب‌ناپذیر تصور می‌کنند (کاپلان، ۵۷:۲۰۰۳).

توجه به رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان و تلاش در جهت شناخت و پیشگیری آنها از اواخر دهه ۱۹۸۰ از ایالات متحده آغاز شده و گسترش روزافزونی در میان سایر جوامع داشته است. از سال ۱۹۹۱ ایالات متحده یک برنامهٔ ملی مدرسه‌مدار تحت عنوان «سیستم نظارت بر رفتارهای پرخطر جوانان»[1] را طراحی و به اجرا گذارده که ارزیابی نه مقوله از رفتارهای پرخطر در نوجوانان ـ شامل خشونت، خودکشی، بی‌ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی که احتمال ابتلا به ایدز یا بیماری‌های مقاربتی را به‌دنبال داشته باشند، رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم و عدم انجام فعالیت‌های بدنی و ورزش ـ را در بر می‌گیرد. برنامه سیستم نظارت بر رفتارهای پرخطر جوانان یک منبع اطلاعاتی مهم برای پایش میزان شیوع و تغییرات در رفتارهای مرتبط با سلامت در میان دانش‌آموزان دبیرستانی است که داده‌های این سیستم توسط مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها از ایالات مختلف آمریکا جمع‌آوری می‌گردد.

در ایران نیز مدتی است که توجه به رفتارهای پرخطر در نوجوانان و راه‌های مقابله با آنها آغاز شده است. به عنوان مثال برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی در مقطع راهنمایی که از سال ۸۱ در برخی مدارس به اجرا درآمده، به همین منظور طراحی شده است. مسؤولان مربوطه اظهار می‌دارند که این طرح شامل آموزش‌های پیشگیرانه در چهار مورد دخانیات، اعتیاد، ایدز و خشونت است که در قالب آموزش مهارت‌های ارتباطی،توانایی تصمیم‌گیری، توانایی تفکر خلاق، مهارت خودشناسی و توانایی مقابله با هیجان‌ها و تنش و... ارائه می‌گردد. این برنامه در سال ۸۱ در ۱۰۰۰ کلاس به‌اجرا در آمد و پس از ارزشیابی، در سال۸۲ این تعداد به حدود ۲۰۰۰ کلاس رسید و در سال ۸۳ ، این میزان به ۶۰۰۰ کلاس افزایش یافت.

تحقیقات پیشین در سایر کشورها عوامل بسیاری را در بروز رفتارهای پرخطر شناسایی

1. YRBSS

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

و معرفی کرده‌اند. اما باید توجه داشت که نوجوانی، دوره‌ای است که در آن جنبه‌های مختلف سلامت روان فرد دستخوش تغییر می‌گردد و یکی از علل عمدهٔ روی آوردن اغلب نوجوانان به رفتارهای پرخطر، مقابله با احساس افسردگی، اضطراب، ناکارآمدی، افت اعتماد به نفس، عدم رضایت از زندگی، ناتوانی در پذیرش خود و مشکلاتی از این قبیل می‌باشد (Brooks, et al, 2002:240-246; Scott, 2005).

برخی پژوهشگران معتقدند گرایشات نوجوانان به رفتارهای پرخطر که روز به روز نیز در حال افزایش است، انعکاسی از مشکلات هیجانی و روان‌شناختی است که با آنها روبرو هستند. آرنوفسکی (Arenofsky, 1977) اظهار داشته است که احساس افسردگی، تنهایی و انزوا اغلب با رفتارهای پرخطر در نوجوانان بویژه خودکشی رابطهٔ مستقیم دارد و به طور مشابه عزت‌نفس بالا و داشتن منابع حمایتی اجتماعی قوی از عوامل محافظت‌کنندهٔ نوجوان در برابر رفتارهای پرخطر هستند (Reininger, et al, 2005:61-150).

گلدنبرگ (۱۹۹۹) نیز شیوع روزافزون رفتارهای پرخطر در نوجوانان را با افزایش افسردگی در آنها مرتبط ساخته و معتقد است که امروزه به‌دلیل ازدیاد استرس‌ها و فشارهای وارده به نوجوانان، بروز افسردگی در این دوران افزایش یافته است و دلیل عمدهٔ روی آوردن نوجوانان به رفتارهایی که سلامتی آنها را مورد تهدید قرار می‌دهد نیز تلاش برای رهایی از نشانه‌های افسردگی است.

نتایج مطالعه‌ای که به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پرخطر با برخی نشانگان روانی در ۲۲۲۴ دانش‌آموز دبیرستانی پایهٔ نهم تا دوازدهم با میانگین سنی ۱۶/۲ سال در ایالت ماساچوست آمریکا انجام شد، نشان داد که بین میزان افسردگی و استرس گزارش شده توسط آزمودنی‌ها و افزایش میزان رفتارهای پرخطر در آنها در طول یک‌ماه گذشته ارتباط معنادار وجود داشته است و یک معادلهٔ رگرسیون چند متغیری نشان داد که احساسات مربوط به افسردگی و تحت استرس قرار داشتن با افزایش سطح مصرف دخانیات، افزایش خشونت و درگیری‌های فیزیکی، رابطه جنسی ناایمن و رژیم غذایی ناسالم مرتبط می‌باشد (Brooks, et al, 2002:240-246).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

بنسون (Benson, 1998:230-290) نیز با انجام تحقیقی به روی ۹۹۴۶۲ دانش‌آموز دبیرستانی نشان داد که وجود نقاط قوت و امتیازاتی که افراد در خود احساس می‌کنند، می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ بروز رفتارهای پرخطر در آنها باشد. طبق نتایج این پژوهش با افزایش ویژگی‌های مثبت در نوجوانان (از قبیل عزت‌نفس، حس یکپارچگی، تاب‌آوری، هدف‌مندی در زندگی، ارتباط مثبت با همسالان و ...) از میزان بروز رفتارهای پرخطر در آنها مثل مصرف سیگار، الکل، مواد، رفتارهای ضد اجتماع و ... کاسته می‌گردد.

جسور (Jessor, 1992:370-390) عنوان می‌کند که درگیر شدن نوجوانان در فعالیت‌هایی که سلامت ایشان را به خطر می‌اندازد، ناشی از تعامل مستقیم یا غیرمستقیم میان عوامل خاص و میزان رویارویی نوجوانان با این عوامل می‌باشد. وی همچنین مطرح می‌سازد که همان‌طور که عوامل زمینه‌ای خطرزا، احتمال بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان را افزایش می‌دهد، وجود برخی عوامل محافظت‌کننده نیز از این احتمال کاسته و یا از تأثیرات عواقب منفی آنها جلوگیری می‌کند. البته این گونه نیست که این عوامل محافظت‌کننده از رویارویی نوجوان با رفتار پرخطر جلوگیری کند بلکه میان مواجهه با رفتار پرخطر و درگیر شدن نوجوان در آن، نقش حائل را ایفا کرده و نوجوان را برای مقابله با خطر توانمندتر می‌سازد.

عزت‌نفس به عنوان یک عامل محافظت‌کنندهٔ مهم در برابر رفتارهای پرخطر شناخته شده است. نوجوانانی که خودانگاره مثبت داشته و احساس غرور و ارزشمندی می‌کنند، بهتر می‌توانند با چالش‌های رشدی و اجتماعی دوران نوجوانی مقابله نموده و در هویت‌یابی و رسیدن به خودگردانی و استقلال موفق‌تر خواهند بود (Wright,2004:655).

بنابراین مطالعات نشان داده‌اند که ارتقاء سلامت روان نوجوانان، علاوه بر مزایای بالقوه آن در حوزه سلامت، یکی از روش‌های شناخته شده در راستای پیشگیری از بروز رفتاهای پرخطر نیز می‌باشد. اما در ایران مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه هنوز مطالعات و تحقیقات در حوزهٔ سلامت روان و عوامل وابسته به آن در ابتدای مسیر قرار دارند و نیاز به پژوهش‌های گسترده و کاربردی در این زمینه به‌ویژه روی افراد و گروه‌هایی که در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

معرض خطر بالاتری قرار دارند، کاملاً احساس می‌گردد.

این پژوهش ابتدا شیوع انواع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و همچنین وضعیت سلامت روان آنها را مورد مطالعه قرار داده و سپس با در دست داشتن این اطلاعات به کشف روابط موجود میان این دو مقوله و چگونگی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ابعاد سلامت روان در آنها پرداخته است.

آن‌چه که پژوهش حاضر را مهم و قابل توجه می‌کند، آن است که علاوه بر دربرداشتن برخی مسائل مربوط به رفتارهای پرخطر نوجوانان که تحقیقات اندکی در این زمینه صورت گرفته، دیدگاه جدیدی را نسبت به مفهوم سلامت روان مطرح ساخته است. اغلب مطالعات صورت گرفته روی سلامت روان، این مفهوم را به معنای عدم وجود اختلال یا نشانگان روانی درنظر گرفته‌اند، درحالی که این تعریف تنها یک بعد از سلامت روان را شامل می‌شود. سازمان جهانی بهداشت[1](WHO) سلامت روان را مرکب از دو بعد ذیل تعریف می‌کند: بعد منفی یا سلامت «روان منفی»[2] که بر عدم وجود اختلالات، نشانه‌ها و مشکلات روانی دلالت دارد و بعد مثبت یا سلامت روان مثبت[3] که دربرگیرندهٔ هیجانات و خصوصیات شخصیتی مثبت از قبیل عزت‌نفس، غلبه برمحیط، حس یکپارچگی، خودکار آمدی و... است (Jagger, 2001:6). بر این اساس، برنامه‌های ارتقاء سلامت روان نیز نباید تنها بر جنبهٔ پیشگیری از بیماری‌های روانی تکیه نمایند بلکه طبق تعریف داوین (Dowine, 1996:24) و دیگران، این برنامه‌ها باید علاوه بر تلاش در جهت کاهش خطر بروز بیماری در جامعه، در برگیرندهٔ اقداماتی نیز باشند که به منظور افزایش شاخص‌های مثبت سلامت روان و میزان «آسایش روان‌شناختی»[4] در افراد صورت می‌گیرد.

1. World Health Organization
2. Negative Mental Health
3. Positive Mental Health
4. Psychological Well-being

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

۱) روش

تحقیق حاضر، یک مطالعهٔ پس رویدادی از انواع مطالعات توصیفی با روش علی ـ مقایسه‌ای می‌باشد که به صورت مقطعی انجام شده است. جامعهٔ آماری این پژوهش را نوجوانان دختر و پسر ساکن منطقه ۵ تهران تشکیل می‌دهند که در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ در یکی از پایه‌های اول تا سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه مورد پژوهش که متشکل از ۳۸۵ نوجوان (۱۹۷ دختر و ۱۸۸ پسر) می‌باشد، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. دامنه سنی این افراد بین ۱۴ تا ۱۹ سال و میانگین سنی آنان ۱۶/۳ می‌باشد. به منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به بعد منفی سلامت روان از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و در مورد بعد مثبت سلامت روان از پرسش‌نامه آسایش روان‌شناختی (PWS) استفاده شد. تحقیقات قبلی، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را بالا گزارش کرده‌اند. طبق این مطالعات، حساسیت و ویژگی این آزمون به ترتیب بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ و همچنین ضریب پایایی آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ بوده است. پرسش‌نامه آسایش روان‌شناختی نیز در بخش مقدماتی همین تحقیق، از لحاظ ویژگی‌های روان‌سنجانه و تناسب برای جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار گرفت که ضریب اعتبار ۰/۷۷ و ضریب پایایی ۰/۸۴ برای آن بدست آمد. سایر اطلاعات نیز از طریق پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و چک لیست رفتارهای پرخطر جمع‌آوری گردید. کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS.13 مورد تجزیه و تحلیل واقع شد که با توجه به هدف تحقیق و ارائه الگویی برای پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد نیاز، از روش تحلیل تمایزات[1] استفاده شد.

۲) یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شیوع هریک از رفتارهای پرخطر در نوجوانان به طور کلی و به تفکیک

1. Discriminant Analysis

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

جنس در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: فراوانی هر یک از رفتارهای پرخطر در نوجوانان به تفکیک جنس

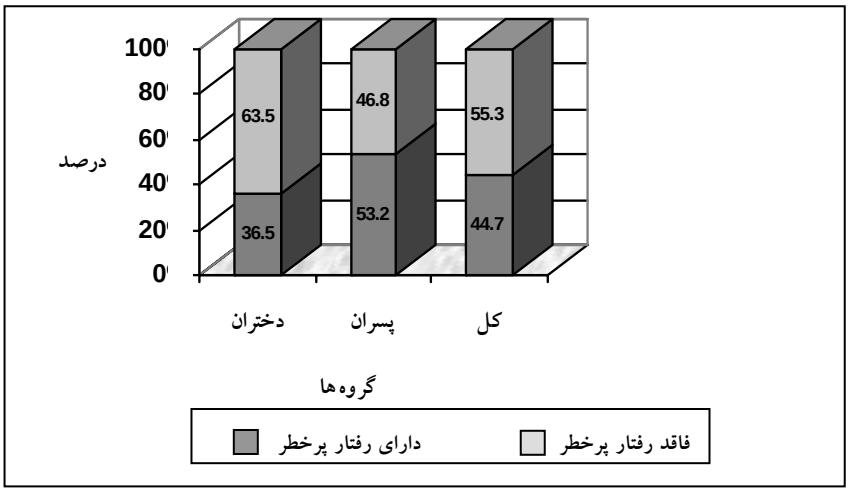
گروه‌ها / حوزه‌های رفتار پرخطر	پسران (درصد)	دختران (درصد)	کل (درصد)
خشونت	۱۲/۲	۸/۶	۱۰/۴
اقدام به خودکشی	۸	۴/۶	۶/۲
مصرف سیگار (در۱۲ ماه گذشته)	۲۷/۱	۱۵/۲	۲۱
مصرف الکل (در۱۲ ماه گذشته)	۳۰	۱۳/۷	۲۱/۶
مصرف مواد (در۱۲ ماه گذشته)	۱۹/۱	۲/۵	۱۰/۱
رفتار جنسی نا ایمن	۲۰/۷	۱۸/۳	۱۹/۵

براساس آمارهای به‌دست آمده در زمینهٔ ۶ حوزهٔ رفتاری مورد بررسی، مشخص گردید که به طور کلی ۵۴/۵ درصد (۲۱۰ نفر) از نوجوانان، هیچ یک از انواع رفتارهای پرخطر را نداشته و۱۷۲نفر (۴۴/۷درصد) از آنان، حداقل یکی از انواع رفتارهای پرخطر را داشته‌اند. این تعداد شامل ۷۲ نفر (۳۶/۵ درصد) از دختران و ۱۰۰ نفر (۵۳/۲ درصد) از پسران می‌گردد (نمودار شمارهٔ ۱).

بررسی رابطه رفتار پرخطر با جنسیت نوجوانان نشان داد که تفاوت میان دختران و پسران در رفتارهای پرخطر مربوط به مصرف سیگار، الکل و مواد معنادار است اما این تفاوت در حوزه‌های خشونت، خودکشی و رفتار جنسی ناایمن معنادار نمی‌باشد. همچنین رفتار پرخطر با سن نوجوانان رابطه مستقیم دارد بدین ترتیب که با افزایش سن نوجوانان، درصد شیوع رفتار پرخطر در آنان به طور معناداری افزایش می‌یابد (x2= ۲۹/۱۱ و p= ۰/۰۰۰).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

نمودار ۱: فراوانی رفتار پرخطر در نوجوانان به تفکیک جنس



متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در بعد منفی سلامت روان عبارت بودند از: مشکلات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی؛ و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در بعد مثبت سلامت روان شامل خودگردانی[۱]، تسلط محیطی[۲]، روابط مثبت با دیگران[۳]، هدفمندی در زندگی[۴]، پذیرش خود[۵] و رشد فردی[۶] بودند. تحلیل تمایزات نشان داد که تابع تشخیصی که با استفاده از شاخص‌های هر یک از ابعاد سلامت روان به تنهایی بدست می‌آید، قادر است نوجوانان دارای رفتار پرخطر را از نوجوانانی که رفتار پرخطر ندارند متمایز نماید، اما قدرت تمایز و صحت پیش‌بینی بُعد مثبت سلامت روان بیشتر از بعد منفی آن است (توان پیش‌بینی

1. Autonomy
2. Environmental Mastery
3. Positive Relations with Others
4. Purpose in Life
5. Self-Acceptance
6. Personal Growth

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

صحیح بعد منفی ۶۸/۸ درصد موارد و برای بُعد مثبت ۷۱/۹ درصد موارد می‌باشد). تابع تشخیصی که با استفاده از ترکیب شاخص‌های مثبت و منفی سلامت روان به‌دست می‌آید، بهتر از هر یک از ابعاد سلامت روان به تنهایی می‌تواند نوجوانان دارای رفتار پرخطر و نوجوانان فاقد رفتارهای پرخطر را تمیز می‌دهد. این تابع قادر است ۷۵/۳ درصد از کل موارد را به درستی پیش‌بینی نماید که این صحت پیش‌بینی برای نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند ۷۲/۷ درصد و برای نوجوانانی که رفتار پرخطر ندارند ۷۷/۵ درصد است.

میزان همبستگی هر یک از شاخص‌های مثبت و منفی سلامت روان با تابع تشخیص رفتارهای پرخطر نوجوانان در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اضطراب و مشکلات جسمانی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پرخطر بوده و افزایش هریک به افزایش احتمال ظهور رفتار پرخطر در نوجوانان می‌انجامد. کلیه شاخص‌های بعد منفی سلامت روان با تابع تشخیص رفتار پرخطر، همبستگی مثبت داشته‌اند بدین معنی که با افزایش نمره فرد در هریک از شاخص‌های مذکور، احتمال ظهور رفتار پرخطر در وی بیشتر می‌گردد. به عنوان مثال افزایش یک نمره‌ای شاخص اضطراب در فرد، احتمال ظهور رفتار پرخطر در او را ۰/۵۴۷ افزایش می‌دهد. عکس این قضیه در مورد شاخص‌های بعد مثبت سلامت روان صادق است، بدین ترتیب که افزایش نمرهٔ فرد در آنها (به استثناء خودگردانی) احتمال ظهور رفتار پرخطر در وی را کاهش می‌دهد.

۳) بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش برخی از رفتارهای پرخطر شایع در میان نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. البته این رفتارها لیست وسیع رفتارهای پرخطر را شامل نمی‌شوند، اما انعکاس‌دهندهٔ حوزه‌های بحرانی نگرانی عمومی در جامعهٔ کنونی می‌باشند. هرچند پیامدهای مرتبط با این رفتارها به‌طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت از یکدیگر هستند، اما هر کدام بالقوه دامنه‌ای از مشکلات سلامتی از کوتاه‌مدت تا بلند مدت را به‌دنبال دارند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۲: ماتریکس متغیرهای پیش‌بینی‌کنندهٔ رفتار پرخطر در نوجوانان (ترکیب شاخص‌های منفی و مثبت سلامت روان)

متغیرها به ترتیب اثر پیش‌بینی‌کننده آنها	همبستگی با تابع تشخیص
اضطراب	۰/۵۴۷
مشکلات جسمانی	۰/۵۱۸
پذیرش خود	-۰/۴۰۹
افسردگی	۰/۳۶۴
رشد فردی	-۰/۳۴۴
هدفمندی در زندگی	-۰/۳۱۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۰/۳۰۰
تسلط بر محیط	-۰/۲۳۷
خودگردانی	۰/۱۴۰
روابط مثبت با دیگران	-۰/۰۳۹

یافته‌های مربوط به شیوع انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان حاکی از آن است که مصرف الکل با شیوع ۲۱/۶ درصد شایع‌ترین رفتار پرخطر در میان نوجوانان بوده است و پس از آن به ترتیب مصرف سیگار (۲۱درصد)، رفتار جنسی ناایمن (۱۹/۵درصد)، خشونت (۱۰/۴ درصد)، مصرف مواد (۱۰/۱ درصد) و اقدام به خودکشی (۶/۲ درصد) رفتارهای پرخطر شایع در میان نوجوانان را تشکیل داده‌اند. البته باید توجه داشت که به‌دلیل سکونت نمونه مورد پژوهش در یک منطقه از تهران، شباهت زیادی در ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آنها وجود دارد و همان‌طور که سایر مطالعات نشان داده‌اند این مسأله بر نوع رفتارهای پرخطری که نوجوانان اتخاذ می‌کنند، تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال در مناطقی که از وضعیت اقتصادی ضعیفی برخوردارند، شیوع الکل کمتر از سیگار است و یا اینکه رفتارهای خشونت‌آمیز با سطح فرهنگی و اجتماعی نوجوانان رابطهٔ معکوس دارد. در پژوهش حاضر به دلیل همگونی نمونهٔ مورد مطالعه و کافی نبودن حجم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

برخی از طبقات، آزمون این موارد میسر نشد.

اغلب تحقیقات صورت گرفته در زمینه رفتارهای پرخطر نوجوانان به‌ویژه در ایران با استدلال آنکه شیوع رفتارهای پرخطر در پسران بیشتر از دختران بوده و در اولویت پژوهش و برنامه‌ریزی قرار دارند، گروه دختران را از مطالعه خود حذف کرده‌اند. این در حالی است که طبق آن‌چه که از یافته‌های پژوهش حاضر به‌دست آمد، تفاوت میان دختران و پسران تنها در مقوله‌های مصرف موادی مثل سیگار، الکل و مواد مخدر معنادار بوده است و این تفاوت در حوزه‌های خشونت، خودکشی و رفتار جنسی ناایمن به چشم نمی‌خورد. بنابراین با توجه به نزدیکی مرز میان رفتارهای پرخطر دختران و پسران و با مدنظر قرار دادن روند کم‌رنگ شدن هرچه بیشتر نقش‌های جنسیتی در جوامع صنعتی و در حال توسعه، ضرورت پرداختن به مداخلات پیشگیرانه در زمینهٔ رفتارهای پرخطر در دختران نیز درکنار پسران بیش از پیش احساس می‌گردد.

همسو با سایر بررسی‌های صورت گرفته روی ارتباط سن نوجوانان و رفتارهای پرخطر درآنها (Lindberg, Boggest, Williams, 2000:4) نتایج مطالعهٔ حاضر نیز نشان داد که با افزایش سن نوجوانان و رفتن به سوی جوانی، احتمال درگیری آنها در رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه روابط میان ابعاد سلامت روان و رفتارهای پرخطر، اهمیت شناسایی ویژگی‌های روانی و تأثیر تعاملی آنها روی ظهور انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان را خاطرنشان ساخته و لزوم ارزیابی و مداخلات مؤثر در زمینه برطرف ساختن شاخص‌های منفی و تقویت شاخص‌های مثبت سلامت روان در نوجوانان به منظور کاهش رفتارهای پرخطر در آنها را آشکار می‌سازد. آنچه که قابل توجه می‌نمایاند آن است که تنها پیشگیری و یا درمان اختلالات و مشکلات عاطفی و روانی نوجوانان و به عبارت دیگر پرداختن به بعد منفی سلامت روان نمی‌تواند ضامن سلامت نوجوانان و صیانت آنها در برابر رفتارهای پرخطر باشد، بلکه تلاش در جهت پیشگیری از رفتارهای پرخطر نوجوانان زمانی به ثمر خواهد نشست که ارتقاء بعد مثبت سلامت روان به‌ویژه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

ویژگی‌هایی چون خودکارآمدی یا پذیرش خود و کمک به رشد و شکوفایی استعدادها و برجسته ساختن امتیازات و نقاط قوت آنان نیز در راستای برنامه‌ها و مداخلات قرار گیرد.

از آن‌جایی که مطالعه حاضر تنها جامعه دانش‌آموزان را دربرمی‌گیرد، آن دسته از نوجوانان که ترک تحصیل کرده‌اند و یا در مدارس حضور ندارند را پوشش نمی‌دهد. در حالی که اغلب مطالعات نشان داده‌اند که شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانانی که ترک تحصیل کرده و یا دوران دبیرستان را به اتمام رسانده‌اند، بیشتر از سایر نوجوانان است. بنابراین این احتمال وجود دارد که شیوع رفتارهای پرخطر در نمونهٔ مورد مطالعه کمتر از حد واقعی آن تخمین‌زده شده باشد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات بعدی، جامعهٔ آماری مورد مطالعه به کل نوجوانان جامعه گسترش یافته و مناطق وسیع‌تری از جامعه با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متنوع‌تر تحت پوشش قرار گیرند تا نتایج مطالعه قابلیت تعمیم بیشتری یابد. همچنین انتظار می‌رود در صورت نمونه‌گیری وسیع، تابع تشخیص هر یک از انواع رفتار پرخطر با یکدیگر تفاوت داشته باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی با فراهم ساختن حجم نمونهٔ کافی در هر یک از حوزه‌های رفتار پرخطر، به بررسی این مسأله در مورد هریک و مقایسه آنها با یکدیگر پرداخته شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

منابع

References

۱. سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۱)، **بررسی وضعیت بهداشت جوانان**، واحد پژوهش و تحقیق.

۲. کاپلان، جرالد. سادوک، بنیامین. (۱۳۸۳)، **خلاصه روان‌پزشکی**، (نصرت‌الله پورافکاری)، تهران، انتشارات شهرآب.

3. Benson, P. L. Leffert, N. (1998), **Developmental Assets: Measurement and Prediction of Risk Behaviors among Adolescents**, Journal of Applied Developmental Science, 2(4):209-230.

4. Bergman, M. M. Scott, J. (2001), **Young Adolescents' Well-being and Health-risk Behaviors: Gender and Socioeconomic Differences**, Journal of Adolescence, 24, 183-197.

5. Brooks, T. L. Harris, S. K. Thrall, J. S. Woods, E.R. (2002), **Association of Adolescent Risk Behaviors with Mental Health Symptoms in High School Students**, Journal of 31 (3):240-246.

6. Dowine, R. Tannahill, C. Tannahil, A. (1996), **Health Promotion: Models and Values**, Second edition, Oxford university press.

7. Jagger, C. (2001), **Mental health indicators in Europe**, International seminar on the Measurement of Disability, New York, 4-5 June .

8. Jessor, R. (1992), **Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action**, Developmental Review, 12, 374-390.

9. Lindberg, LD. Boggest, S. Williams, S. (2000**), Multiple Threat: The Co-occurrence of Teen Health Risk Behaviors**,The Urban Institute.

10. Naidoo, J. Wills, J. (2000), **Health Promotion: Foundations for Practice,** Second edition, London, Bailliere Tindall.

11. Ozer, EM. Park, MJ. Paul, T. Brindis, CD. Irwin, CE. (2003), **America's Adolescents: Are They Healthy?**, San Francisco, CA, University of California, National Adolescent Health Information Center.

12. Reininger, BM. Evans, AE. Griffin, SF. Sanderson, M. Vincent, ML. Valois, RF. Parra-Medina, D. (2005), **Predicting Adolescent Risk Behaviors Based on an Ecological Framework and Assets**, American Journal of Health

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

References منابع

Behaviors, 29(2):150-61

13. Scott, D. (2005)**, Program Outcome for Youth,** Evaluation the National Outcomes.
14. Slusky, RI. **Decreasing High-risk Behavior in Teens. A Theatre Program Empowers Students to Reach out to Their Peers**, Health Care Exec, 19(1):48-9.
15. Smedley, B. D. Syme, S. L. (2000), **Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research**, Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention.
16. Wright, D.R. Fitzpatrick, K.M. (2004), **Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth Adolescence.**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]