

رفتارهای پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های شهر تهران

دکتر آمنه باریکانی*

چکیده

هدف: نظر به اهمیت نقش عوامل اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی در سوگیری رفتار افراد، این بررسی با هدف تعیین رفتارهای پرخطر در نوجوانان سنین مدرسه در شهر تهران انجام شده است.

روش: در این بررسی توصیفی-مقطعی با به‌کارگیری یک پرسش‌نامه دارای پرسش‌های جمعیت‌شناختی و پرسش‌هایی در زمینه مصرف سیگار، الکل، سلامت روان و غیره، ۷۰۰ دانش‌آموز (۳۲۶ دختر و ۳۷۴ پسر) راهنمایی و دبیرستان بررسی شدند. داده‌ها به کمک آزمون آماری χ^2 و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان ۱۴/۸ سال (انحراف معیار ۱/۴) بود. ۶۲۹ نفر (۸۸/۷٪) بر این باور بودند که سیگار برای سلامتی زیان‌آور است. ۸۴ نفر (۱۲/۰٪) سیگار مصرف می‌کردند. ۲۱۰ نفر (۳۰/۶٪) تجربه مصرف قلیان را داشتند. ۷۰ نفر (۱۰/۰٪) در یک‌ماه گذشته الکل و ۱۴ نفر (۲٪) هرویین مصرف کرده بودند.

نتیجه‌گیری: وجود رفتارهای پرخطری مانند مصرف سیگار، الکل و سایر مواد در دانش‌آموزان چشم‌گیر بوده و نشان‌دهنده ضرورت مداخلات لازم برای کاهش آنها می‌باشد.

کلیدواژه: رفتار پرخطر، رفتار، نوجوانان

مقدمه

خانوادگی و اقتصادی نقش مهمی در سوگیری رفتاری افراد به‌عهده دارند. اغلب نوجوانان با خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به‌سمت رفتارهای پرخطر بکشاند. جامعه امروز، نوجوانان و خانواده را با نیازهای فراوانی روبه‌رو می‌کند. در دوره نوجوانی افراد تجربه‌آموزی نموده و از این رو با خطرهای گوناگونی روبه‌رو می‌شوند. در این مرحله

نوجوانی یک دوره بحرانی در زندگی است. الگوهای رفتاری مهم که می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند در این دوران شکل می‌گیرند. مصرف مواد و الگوهای رفتار نادرست جنسی از این دوره آغاز می‌شوند (جان‌پابلو^۱ و استفان^۲، ۲۰۰۴). در نوجوانی فرد جایگاه خویش را در خانواده، دوستان و جامعه تعیین می‌کند. عوامل اجتماعی،

* متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین. قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

E-mail: barikanian@yahoo.com

دورنگار: ۰۲۸۱-۳۳۲۴۹۷۰

مدارس جایگزین وارد بررسی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه به کار برده شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹a) و گروه بین‌المللی بررسی رفتارهای پرخطر در مدارس بود. پرسش‌نامه یادشده دارای پرسش‌هایی در زمینه مصرف سیگار، الکل، سلامت روان، حمایت‌های خانواده، اطلاعات بهداشتی و فعالیت جسمی بود. پرسش‌های پرسش‌نامه در دو بخش: پرسش‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، مقطع تحصیلی، سطح تحصیلات والدین) و پرسش‌های اصلی (۵۴ پرسش) تدوین شدند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۰۲). روایی پرسش‌های پرسش‌نامه به کمک پرسش‌نامه‌های هنجاریابی شده و نظرات کارشناسی ارزیابی گردید و پایایی آن به روش آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، مقطع تحصیلی، سطح تحصیلات والدین، مصرف دست‌کم یک بار سیگار، الکل، قلیان و هروین، منبع کسب اطلاعات بهداشتی، فعالیت بدنی (دست‌کم نیم‌ساعت در روز)، برخورد خانواده و نگرانی‌های روحی (از دید دانش‌آموزان) بود. دانش‌آموزان، اجباری برای شرکت در بررسی نداشتند و افراد شرکت‌کننده پرسش‌نامه را بدون نوشتن نام تکمیل کردند. پرسش‌نامه‌ها را دانشجویان پزشکی که از آموزش‌های لازم برخوردار بودند در مدارس مورد نظر و در ساعت فراغت دانش‌آموزان توزیع و پس از تکمیل گردآوری نمودند. داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های توصیفی و آزمون‌های دو تحلیل شدند.

یافته‌ها

این بررسی با هدف به‌دست‌آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی و فراوانی رفتارهای پرخطر بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انجام شده است. میانگین سنی پاسخگویان ۱۴/۸ سال (انحراف معیار ۱/۴) بود. ۵۳/۴٪ (۳۷۴ نفر) پاسخگویان مرد و ۴۶/۶٪ (۳۲۶ نفر) زن بودند. ۵۰/۷٪ (۳۵۵ نفر) در مقطع راهنمایی و ۴۵/۶٪ (۲۹۸ نفر) در مقطع دبیرستان تحصیل می‌کردند. سطح تحصیلات ۷۶٪ مادران و ۷۰٪ پدران زیر لیسانس بود (جدول ۱).

- | | |
|---|--------------|
| 1- Hassan | 2- Eldefrawi |
| 3- Centers for Disease Control and Prevention | |
| 4- Kann | 5- Kinchen |
| 6- Williams | 7- Ozcan |

نوجوان از خانواده به‌سوی جامعه کشیده می‌شود و در راستای به‌دست آوردن جایگاه اجتماعی می‌کوشد. در این دوران آنها ممکن است دوستانی را برگزینند که والدین نپذیرند و یا ممکن است پوششی داشته باشند که والدین آن را نپسندند و یا این که به مقایسه خانواده خود با سایر خانواده‌ها پردازند. در این دوره آنها درباره رفتارشان به والدین پاسخگو نیستند و شناخت خانواده‌ها به‌ویژه والدین از تغییرات و رفتارهای این دوران می‌تواند در کاهش چالش‌های موجود و برقراری ارتباط با نوجوان مؤثر باشد.

مصرف مواد مخدر و الکل و کژروی‌های اخلاقی در سنین نوجوانی آغاز می‌شود. بررسی‌های انجام شده در جوامع پیشرفته و رو به رشد، گویای افزایش رفتارهایی مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر است (حسن^۱ و الدفراوی^۲، ۱۹۹۶). در یک بررسی بر روی جوانان و نوجوانان در آمریکا که در سال‌های ۱۹۹۹-۱۹۹۱ انجام شد، روند رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گرفت. بررسی یادشده نشان داد که رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف تنباکو، الکل و مواد افزایش یافته است (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۳، ۲۰۰۲). بررسی‌های انجام‌شده در ترکیه و سوریه نیز نشان‌دهنده افزایش مصرف سیگار در نوجوانان و جوانان است (کان^۴، کینچن^۵ و ویلیامز^۶، ۲۰۰۰؛ اوزکان^۷ و اوزکان، ۲۰۰۲).

با توجه به این که نزدیک به ۴۰٪ جامعه ما در گروه سنی زیر ۲۰ سال هستند، ضرورت انجام این بررسی برای تدوین راهبردها و مداخله‌های علمی در این گروه سنی که آینده‌سازان جامعه به‌شمار می‌روند، ضروری به‌نظر می‌رسد.

روش

این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۷۰۰ دانش‌آموز (۳۷۴ پسر و ۳۲۶ دختر) بودند که به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای-تصادفی از مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه شهر تهران واقع در ناحیه‌های سه، شش، ۱۰، ۱۳ و ۱۸ آموزش و پرورش در فاصله مهر تا آذر ماه ۱۳۸۴ انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها پس از ناحیه‌های یادشده چهار مدرسه دخترانه و پسرانه در دو مقطع انتخاب شدند. به‌طور متوسط در هر مدرسه ۳۵ پرسش‌نامه به دانش‌آموزان داده شد و در صورت عدم تکمیل آن، افراد و

جدول ۱- توزیع فراوانی سطح تحصیلات والدین پاسخگویان (N=۷۰۰)

	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی و دبیرستان	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
پدر	۹ (۱/۳)	۵۲ (۷/۴)	۲۳۱ (۲۳/۹)	۲۰۷ (۲۹/۵)	۲۰۳ (۲۸/۹)
مادر	۱۶ (۲/۳)	۷۹ (۱۱/۲)	۲۴۳ (۳۴/۵)	۲۰۹ (۲۹/۷)	۱۵۶ (۲۲/۲)

بودند که ایدز درمان دارد و ۹۲/۱٪ گفتند که می توان از بروز ایدز پیش گیری کرد.

۶۸/۷٪ در طول یک سال گذشته احساس تنهایی داشته اند. در یک سال گذشته، موضوعی باعث نگرانی و به هم خوردن خواب ۶۷٪ افراد گردیده بود. در ۳۹/۳٪ موضوع نگران کننده درسی بوده و در بقیه موارد مسایل خانوادگی و ارتباط با دوستان سبب نگرانی آنها شده بود. ۶۳/۳٪ خانواده ها از این موضوع آگاه شده اند و تنها ۵۱/۸٪ آنان برای این مشکلات به مشاور مراجعه کرده اند.

۷۱/۹٪ از زندگی راضی بودند. ۱۶/۲٪ تلاش برای خودکشی داشته اند. ۳۳/۱٪ و ۴۳/۳٪ به ترتیب مشکلات خود را با دوستان و خانواده در میان گذاشته اند و سایرین به آموزگار، مشاور مدرسه و دیگران مراجعه کرده اند. ۱۱/۵٪ در هفته گذشته اصلاً فعالیت بدنی نداشته اند.

بین مصرف سیگار، الکل و هرویین ارتباط معنی داری دیده شد ($\chi^2=33/106, p<0/001$). ۱۲ نفر (۸۵/۷٪) از کسانی که سیگار مصرف می کردند، هرویین هم مصرف می کردند و ۴۵ نفر (۶۴/۳٪) از کسانی که سیگار مصرف می کردند، الکل هم مصرف می کردند.

بین مقطع تحصیلی و مصرف مواد ارتباط معنی داری دیده شد ($\chi^2=20/879, p<0/01$). در سنین دبیرستان مصرف سیگار، قلیان، الکل و هرویین بیشتر بود (جدول ۲). بین جنسیت و مصرف مواد نیز ارتباط معنی داری دیده شد ($\chi^2=21/132, p<0/01$) (جدول ۳).

۴۶/۵٪ از دانش آموزان اعلام کردند که روابط خانوادگی بسیار صمیمی و مهربان دارند و ۴۲/۷٪ آن را عادی و معمولی دانستند. ۳۲/۸٪ گزارش نمودند که اطلاعات بهداشتی خود را از خانواده دریافت کرده اند. ۱۵/۷٪ از رادیو و تلویزیون، ۱۷/۶٪ از کتاب های غیردرسی و نشریه ها، ۴/۹٪ از کتاب های درسی، ۰/۳٪ از مشاوره مدرسه و ۲۳/۳٪ از سایر منابع، اطلاعات یاد شده را به دست آورده بودند.

۸۸/۷٪ بر این باور بودند که سیگار برای سلامتی زیان آور است و ۱۲٪ به پرسش مصرف سیگار پاسخ بلی دادند. میانگین سن شروع مصرف سیگار ۱۴ سال (انحراف معیار ۳/۱) بود. ۲۷/۲٪ برای نخستین بار سیگار را خودشان خریده بودند. ۴۶/۹٪ با تعارف دوستان و ۲۲/۲٪ نیز سیگار اعضای خانواده را کشیده بودند. ۲۸/۱٪ پاسخ دادند که در میان دوستان نزدیک خود و ۴۳/۴٪ در خانواده، فرد سیگاری دارند که در ۲۸/۱٪ پدر خانواده بود. ۳۰/۶٪ در پاسخ به پرسش مصرف قلیان جواب مثبت دادند. در حالی که ۷۱/۷٪ بر این باور بودند که مصرف قلیان برای سلامتی زیان بار است. ۴۶/۶٪ دوستان نزدیکی داشتند که قلیان می کشیدند. ۲۹/۸٪ کشیدن قلیان را در خانواده گزارش کردند. ۱۰٪ در یک سال گذشته الکل مصرف کرده بودند و میانگین سن شروع آن مشابه سیگار بود. دو درصد نیز مصرف هرویین را تجربه کرده بودند.

۴۱ نفر تزریق خون آلوده، ۴۲ نفر فرورفتن سوزن آلوده را به بدن، ۱۴ نفر تماس جنسی و ۵۵۵ نفر هر سه راه یاد شده را به عنوان راه های انتقال ایدز مطرح کردند. ۳۶/۵٪ بر این باور

جدول ۲- توزیع فراوانی مواد بر حسب مقطع تحصیلی (N=۷۰۰)

مقطع تحصیلی	سیگار	الکل	قلیان	هرویین
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
راهنمایی	۳۴ (۴۰/۴)	۳۰ (۷۸/۶)	۸۷ (۴۱/۴)	۳ (۲۱/۴)
دبیرستان	۵۰ (۵۹/۶)	۴۰ (۵۷/۱)	۱۲۳ (۵۸/۶)	۱۱ (۷۸/۶)
جمع	۸۴ (۱۰۰)	۷۰ (۱۰۰)	۲۱۰ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)

جدول ۳- توزیع فراوانی مصرف مواد بر حسب جنس (N=700)

جنس	سیگار فراوانی (%)	الکل فراوانی (%)	قلیان فراوانی (%)	هرورین فراوانی (%)
مرد	۶۴ (۷۶/۲)	۵۳ (۷۵/۷)	۱۲۶ (۵۹/۷)	۱۱ (۷۸/۶)
زن	۲۰ (۲۳/۸)	۱۷ (۲۴/۳)	۸۴ (۴۰/۳)	۳ (۲۱/۴)
جمع	۸۴ (۱۰۰)	۷۰ (۱۰۰)	۲۱۰ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)

جدول ۴- توزیع فراوانی مصرف سیگار در آزمودنی‌های پژوهش بر حسب وجود نگرانی‌ها (N=700)

نگرانی‌ها	مصرف سیگار فراوانی (%)	بلی فراوانی (%)	خیر فراوانی (%)	جمع فراوانی (%)
بلی	۶۴ (۱۸/۵)	۲۷۶ (۸۱/۵)	۳۴۰ (۱۰۰)	
خیر	۲۰ (۵/۵)	۳۲۵ (۹۴/۵)	۳۴۵ (۱۰۰)	
جمع*	۸۴ (۱۲)	۶۰۱ (۸۸)	۶۸۵ (۱۰۰)	

* ۱۵ نفر بی پاسخ

دانش‌آموزان آمریکایی نشان دادند که ۳۵٪ آنها در یک ماه گذشته سیگار کشیده‌اند. اغلب افراد مصرف تنباکو را پیش از ۱۸ سالگی شروع می‌کنند (یونسکو، ۱۹۹۹). در بررسی دانش‌آموزان کرمانی ۲۶/۵٪ پسران و ۱۱/۵٪ دختران سابقه دست کم یک بار مصرف مواد را گزارش نمودند (ضیاءالدینی، زارع‌زاده و حشمتی، ۱۳۸۵). در بررسی حاضر میانگین سن شروع مصرف سیگار ۱۴ سال بود. در بررسی انجام‌شده در مصر بر روی دانشجویان میانگین سن شروع مصرف سیگار ۱۶ سال بود (رفات^۵، ۲۰۰۴). این یافته لزوم برخورد منطقی و جدی با این مشکل را نشان می‌دهد. بررسی حاضر نشان داد که ۲۲/۲٪ افراد سیگاری از سیگار اعضای خانواده استفاده کرده‌اند. یک بررسی در مکزیک در گروه سنی ۱۱-۱۳ سال نشان داد که درصد چشم‌گیری از آنان هم در معرض دود سیگار خانواده و سایر اعضای جامعه هستند و هم خود سیگار می‌کشند (برد^۶، موراروس^۷ و اولسن^۸، ۲۰۰۷).

در بررسی حاضر ۳۰/۶٪ پاسخگویان قلیان مصرف کرده‌اند که با یافته‌های انجام‌شده در مصر (۲۰/۴٪) نزدیک است (رفات، ۲۰۰۴). برنامه‌های مداخله‌ای در راستای کاهش

بین داشتن دوست سیگاری و وجود فرد سیگاری در خانواده با مصرف سیگار افراد ارتباط معنی‌دار دیده شد ($\chi^2=19/687$, $p<0/001$). ۸۰٪ از افراد سیگاری در خانواده و در میان دوستان، فرد سیگاری داشتند. بین وجود نگرانی‌ها و مصرف سیگار ارتباط معنی‌داری دیده شد ($p<0/001$) (جدول ۴).

بین میزان تحصیلات والدین و فعالیت فیزیکی با مصرف مواد ارتباط معنی‌داری دیده نشد. بین برخورد خانواده ($\chi^2=23/169$, $p<0/01$)، رضایت از زندگی ($\chi^2=20/364$, $p<0/001$) و وجود افکار خودکشی ($\chi^2=24/256$) با مصرف مواد ارتباط معنی‌دار بود.

بحث

در این پژوهش رفتارهای پرخطر در قالب مصرف سیگار، الکل، سلامت روان، حمایت‌های فردی، اطلاعات بهداشتی و فعالیت فیزیکی بررسی شدند. یافته‌ها نشان دادند که برخی رفتارهای پرخطر در جامعه نوجوان، چشم‌گیر است. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده در دنیا گویای افزایش مصرف سیگار در نوجوانان هستند (کنداس^۱، کریس^۲ و آنتونی^۳، ۲۰۰۴). یک بررسی در سوریه نشان داد که ۱۷٪ پسرها و ۷٪ دخترها سیگار می‌کشیده‌اند (مازیاک^۴، ۲۰۰۲) که با یافته‌های بررسی حاضر هم‌خوانی دارد. کان و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی

1- Condace
3- Antony
5- Refaat
7- Moraros

2- Chris
4- Maziak
6- Bird
8- Olsen

مصرف تنباکو باید شامل همه فرآورده‌های تنباکو شود و افراد باید به زبان‌های آن آگاه شوند. ۱۰٪ از پاسخگویان در یک‌ماه گذشته الکل مصرف کرده بودند. در بررسی انجام‌شده در مصر ۱۴/۴٪ الکل مصرف می‌کردند و میانگین سن شروع آن را ۱۷ سال گزارش نمودند. در بررسی دیگری که در مکزیک بر روی نوجوانان انجام شد مصرف الکل در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال نزدیک به ۳۲٪ در پسرها و ۲۳٪ در دخترها (تاپیا- کانترا^۱، مدینا-مورا^۲ و سپولودو^۳، ۱۹۹۰) و میانگین سن شروع آن ۱۲ سال بود. ضیاءالدینی و همکاران (۱۳۸۵) میزان مصرف الکل را در پسران ۱۶/۲٪ و در دختران (۴/۵٪) گزارش کردند. در بسیاری از کشورها میزان مرگ ناشی از مصرف الکل بیشتر در سنین ۴۵-۵۴ سالگی گزارش می‌شود. ارتباط میان سن شروع مصرف الکل و الگوی مصرف در سنین نوجوانی، اهمیت پرداختن به این موضوع را چند برابر می‌کند (پویکلولانن^۴، تولیو-هنریکسون^۵ و آلتو-ستالا^۶، ۲۰۰۱). این بررسی نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان مصرف سیگار، الکل و هرویین وجود دارد. نوجوانانی که الکل مصرف می‌کنند تمایل بیشتری برای مصرف سیگار و سایر داروها و هم چنین رفتارهای پرخطر جنسی دارند (هیبیل^۷، اندرسون^۸ و آهلسترون^۹، ۲۰۰۰). الکل می‌تواند بر رشد روانی نوجوانان و فعالیت‌های تحصیلی و تفریحی آنها تأثیر بگذارد (کوری^{۱۰}، هورلمان^{۱۱} و سترتوبولت^{۱۲}، ۲۰۰۰). ملزر-لونگ^{۱۳} (۱۹۹۸) در بررسی رفتارهای پرخطر نشان داد نوجوانانی که الکل مصرف می‌کنند، دو برابر سایرین تمایل به حمل سلاح و آسیب‌رسانی به دیگران دارند. یافته دیگری که در این بررسی به دست آمد مصرف هرویین در ۲٪ از دانش‌آموزان بود که با یافته‌های بررسی انجام‌شده در مصر (۱٪) تفاوت زیادی ندارد (رفات، ۲۰۰۴). ضیاءالدینی و همکاران (۱۳۸۵) میزان مصرف هرویین را ۵/۵٪ گزارش نمودند. این افراد افزون بر خطراتی که سلامتی خود و خانواده آنها را تهدید می‌کند، عامل خطری برای جامعه و دوستان به‌شمار می‌روند. ۷۹/۴٪ از دانش‌آموزان از راه‌های انتقال بیماری ایدز آگاهی داشتند و تنها ۶/۸٪ هیچ‌گونه آگاهی از راه‌های انتقال این بیماری نداشتند. مظلومی و عباسی (۱۳۸۵) در نزدیک به ۸۲٪ از دانش‌آموزان آگاهی درستی از راه‌های انتقال ایدز گزارش نمودند. برآورد شده است که ۱۱/۸ میلیون نفر جوان ۱۵-۲۴ ساله در جهان مبتلا به ویروس بیماری ایدز هستند (یونیسف، ۲۰۰۲).

برنامه‌های بهداشتی مدارس می‌توانند نقش مهمی در آموزش دانش‌آموزان داشته باشند. رفات (۲۰۰۴) در بررسی دانشجویان مصری نشان داد که ۳۰٪ آنان در زمینه ایدز آگاهی کافی نداشته‌اند. در هر کشور بر پایه فرهنگ ویژه حاکم بر آن مشکلات روانی ویژه‌ای وجود دارد و افسردگی در دوران نوجوانی و جوانی به‌علت مشکلات اجتماعی و اقتصادی رو به افزایش است. بر پایه آمار جهانی نزدیک به چهار میلیون نوجوان در سال تلاش برای خودکشی دارند که نزدیک به ۱۰۰۰۰۰ مورد آن به مرگ می‌انجامد (آنان^{۱۴}، ۲۰۰۱). در بررسی حاضر ۶۷٪ در یک‌سال گذشته موضوعی در زندگیشان سبب نگرانی و به‌هم‌خوردن خواب آنها شده است که در بیشتر موارد موضوع درسی و یا در ارتباط با دوستان بوده است. با توجه به مدت زمانی که نوجوان از زندگی خود را در مدرسه می‌گذرانند، پرداختن به این موضوع و برنامه‌ریزی برای کاهش نگرانی‌های مربوط به مدرسه ضروری به نظر می‌رسد.

در بررسی حاضر نزدیک به یک‌سوم پاسخگویان در هفته گذشته فعالیت بدنی نداشتند. بر پایه برآوردهای انجام‌شده در بسیاری از کشورها کمتر از یک‌سوم جوانان فعالیت فیزیکی کافی دارند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). نقش خانواده در حمایت از نوجوانان بسیار مهم است. بدون حمایت خانواده، نوجوانان ممکن است با انواع خطرات محیطی روبه‌رو شوند (رفات، ۲۰۰۴). رفتارهای پرخطر مانند مصرف نکردن فیبر، افزایش وزن، بی‌حرکی بدن و مصرف سیگار در دانش‌آموزان چشم‌گیر گزارش شده است (برنر^{۱۵}، کان و گاسیا^{۱۶}، ۲۰۰۷). در این بررسی بین مصرف سیگار و سایر انواع رفتارهای پرخطر ارتباط معنی‌داری دیده شد. این یافته نشان می‌دهد که انجام یک رفتار پرخطر راه را برای انجام سایر رفتارهای خطرناک هموار می‌کند. خانواده و یا جامعه هیچ‌یک به‌تنهایی نمی‌توانند مانع از بروز رفتارهای پرخطر و یا کنترل آنها در نوجوانان شوند؛ بلکه نیازمند همکاری، مشارکت و هماهنگی آنها است.

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1- Tapia-conter | 2- Medina-mora |
| 3- Sepulvedu | 4- Poikolainen |
| 5- Tuulio-Henriksson | 6- Aalto-Setala |
| 7- Hibell | 8- Anderson |
| 9- Ahlstron | 10- Currie |
| 11- Hurrelmann | 12- Settertobulte |
| 13- Melzer-longe | 14- Annan |
| 15- Brener | 16- Gaecia |

- Hassan, F., & Eldefrawi, M. H. (1996). Smoking among students of Suez Canal University Egyptian. *Journal of Psychiatry*, 19, 49-60.
- Hibell, B., Anderson, B., & Ahlstron, S. (2000). *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*: Stockholm. Sweden: Council of Europe.
- Juan-Pablo, G., & Stefan, M. (2004). *Sexual risk behavior among adolescence: The role of socioeconomic and demographic household characteristics*. Mexico: Global Forum for Health Research Forum.
- Kann, L., Kinchen, S. A., & Williams, B. I. (2000). Youth risk behavior surveillance. United States 1999. *Journal of School Health*, 70, 271-285.
- Maziak, W. (2002). Smoking in Syria: Profile of a developing arab country. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6, 183-191.
- Melzer-longe, M. D. (1998). Violence and associated high-risk health behavior in adolescents: Substance abuse, sexually transmitted disease and pregnancy of adolescents. *Pediatric Clinics North America*, 45, 307- 317.
- Ozcan, Y. Z., & Ozcan, K. M. (2002). Determinants of youth smoking evidence from Turkey. *Substance Use and Misuse*, 37, 313-336.
- Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., & Aalto-Setala, T. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early: A 5-year follow-up of 15-19 year-old Finish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 85-88.
- Refaat, A. (2004). Practice and awareness of health risk behavior among Egyptian university students. *Eastern Mediteranian Health Journal*, 10, 72-81.
- Tapia-conter, R., Medina-mora, M. E., & Sepulvedu, J. (1990). The national addictions survey of Mexico. *Solud Publica Mex*, 32, 507-522.
- UNAIDS (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Genera, Switzerland: UNAIDS.
- UNESCO (1999). *Education international. WHO information series on school health-tobacco use prevention: An import entry point for the development of health-promoting schools*. Genera Switzerland: WHO.

محدودبودن مدارس مورد بررسی، ناکافی بودن پرسش نامه برای سنجش رفتار و وجود محدودیت های اخلاقی، اجتماعی و قانونی برای بررسی رفتارهای پرخطر جنسی از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می روند. توجه بیشتر به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان و گنجاندن مطالب آموزشی در کتاب های درسی و ارتباط بیشتر با پدران و مادران پیشنهاد می شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۲۵

منابع

- ضیاءالدینی، حسن؛ زارع زاده، علیرضا؛ حشمتی، فرزاد (۱۳۸۵). شیوع سوء مصرف و اعتیاد و برخی عوامل مرتبط در دانش آموزان سال آخر دبیرستان و پیش دانشگاهی کرمان سال ۱۳۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، سال سیزدهم، شماره ۲، ۹۴-۸۴.
- مظلومی، سیدسعید؛ عباسی، معصومه (۱۳۸۵). بررسی آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستان های استان یزد در مورد ایدز. *مجله علمی پژوهشی طبیب شرقی*، سال هشتم، شماره ۱، ۶۲-۵۲.
- Annan, K. A. (2001). *We the children: Meeting of the Promises of the World Summit for Children*. New York, NY: UNICEF.
- Bird, Y., Moraros, J., & Olsen, L. K. (2007). Smoking practices, risk perception of smoking and environmental tobacco smoke exposure among 6th grade students in Ciudad Juarez, Mexico. *Nicotine Tob Res*, 9, 195-203.
- Brener, N. D., Kann, L., & Gaecia, D. (2007). Youth risk behavior surveillance-selected steps communities, *MMWR Surveill Summit*, 56, 1-16.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). *Fact sheet: Youth risk behavior trends, 1991-1999*. Silver Spring, Maryland: Adolescent and School Health Information Service.
- Condace, C., Chris, R., & Antony, M. (2004). Health behavior in school-aged children (HBSC) study International report from the 2001/2002, No 4. survey.
- Currie, C., Hurrelmann, K., & Settertobulte, W. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

UNICEF (2002). *Young people and HIV/AIDS. Opportunity in crisis*. New York, NY: UNICEF.

Us Department of Health and Human Services (1994). *Preventing tobacco use among young people*. Washington, DC.: Us Government Printing Office.

Vinee-Whitman, C., Aldinger, C., Levinger, B. (2001). *School health and nutrition*. Geneva: UNESCO.

WHO (1998). *Non communicable disease and mental health cluster*. Geneva: WHO.

WHO (1999a). *Education international. WHO information series on school health-tobacco use prevention*. Geneva: WHO.

WHO (1999b). *What in the world works?* Singapore: International Consultation on Tobacco and Youth.

High Risk Behaviors in Adolescent Students in Tehran

Barikani, A. (2008). High risk behaviors in adolescent students in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 192-198.

Abstract

Objectives: Due to the important roles of social, familial, and economic factors in behavior patterns in individuals, this study aims to determine high risk behavior in adolescent students in the city of Tehran.

Method: In this descriptive cross-sectional study 700 guidance school and high school students (326 girls and 374 boys) were examined using a demographic questionnaire containing questions about cigarette smoking, alcohol drinking, mental health status and so on. Data were analyzed using χ^2 test.

Results: Mean age of subjects was 14.8(\pm 1.4) years. 629 subjects (88.7%) believed that cigarette smoking is detrimental to health. 84 subjects (12.0%) were cigarette smokers. 210 subjects (30.6%) had experienced smoking hookah. 70 (10.0%) and 14 (2%) of them had consumed alcohol and abused heroin respectively in the previous month.

Conclusion: High risk behaviors such as using cigarettes, alcohol and other substances are prevalent among adolescent students and indicate the necessity for applying appropriate interventions aimed at decreasing their abuse.

Key words: risk-taking, behavior, adolescent

Ameneh Barikani *

* Community Medicine Specialist, Assistant Prof. of Quazvin University of Medical Sciences, Department of Community Medicine, School of Medicine, Quazvin, Iran, IR.

Fax: +98281-3324970

E-mail: barikanius@yahoo.com