

شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش آموز مقطع دبیرستان شهر قم در سال ۱۳۹۵

نویسندگان:

آمنه مرزبان^۱، مهران بزرگران^۲، مریم ایاسی^۳، هادی مرزبان^۴، سمانه دلوری^۵، وحید رحمانیان^{۶*}

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اکولوژی انسانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
- ۳- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- ۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان، بندرعباس، ایران
- ۵- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.3, Fall 2018

چکیده:

مقدمه: نوجوانی دوره حساسی از زندگی است که با تغییرات و رشد سریع مشخص می شود. این تغییرات با رفتارهایی در ارتباط است که بر سلامتی فرد تاثیر می گذارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع انواع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستانی شهر قم در سال ۱۳۹۵ اجرا شد.

روش کار: نمونه این پژوهش مقطعی شامل ۸۰۰ نفر (۴۰۰ دختر و ۴۰۰ پسر) از دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهر قم بودند که به روش نمونه گیری چند مرحله ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه استاندارد بود. داده ها با کمک نرم افزار SPSS 16 و آزمون های تی، مربع کای و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: فراوانی شیوع رفتارهای پرخطر در جامعه مورد مطالعه در هر سه حیطه مورد بررسی ۴۵۰ نفر (۵۶/۲۵ درصد) بود. شیوع درگیری فیزیکی در مدرسه و خارج از مدرسه در طول یک سال؛ حمل سلاح سرد به مدرسه در طول یک ماه؛ مصرف سیگار در مدرسه در طول یک ماه و مصرف قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر در طول یک ماه در دختران و پسران دارای اختلاف آماری معناداری بود ($P < 0.05$). میانگین استفاده از کمر بند و کلاه ایمنی در هنگام سوار شدن به ماشین، موتورسیکلت و دوچرخه ۰/۷۴ دفعه از کلیه موارد استفاده بود. میانگین استفاده از کمر بند و کلاه ایمنی در هر سه مورد در دختران و پسران اختلاف آماری معناداری داشت ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دبیرستانی ضرورت انجام برنامه های راهبردی و مداخله های علمی در این گروه سنی که آینده سازان جامعه به شمار می روند، ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: رفتارهای پرخطر، نوجوانان، دبیرستان، قم

Pars J Med Sci 2018;16(3):44-51

مقدمه:

می گیرند. مصرف مواد و الگوهای رفتاری نادرست جنسی از این دوره آغاز می شوند [۱].

توجه به رفتارهای بهداشتی در دوره نوجوانی به دو دلیل از اهمیت بالایی برخوردار است، اولاً چندین عامل مرگ و بیماری در دوره

نوجوانی دوره حساسی از زندگی است که با تغییرات و رشد سریع مشخص می شود. این تغییرات با رفتارهایی در ارتباط است که بر سلامتی فرد تاثیر می گذارند. الگوهای رفتاری مهم که می توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند در این دوران شکل

* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۷۲۴۵۸۸۹۶
پست الکترونیک: vahid.rahmani1392@gmail.com

پذیرش: ۹۷/۱۰/۵

اصلاح: ۹۷/۷/۹

دریافت: ۹۷/۳/۸

در بین نوجوانان دانش آموز دبیرستانی شهر قم در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش کار:

این پژوهش از نوع مقطعی و جامعه آماری آن، کلیه نوجوانان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهر قم در سال تحصیلی ۹۵ شامل ۱۰۲۱۴۷ نفر (۵۰۲۸۴ دختر و ۵۱۸۶۳ پسر) بودند. نمونه پژوهش بر اساس فرمول انتخاب نمونه Morgan & krejcie [۱۲] در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $d=0/05$ ، $z=1/96$ ، $n=102147$ ، $n=800$ نفر تعیین شد. به منظور افزایش دقت مقایسه در دو جنسیت، ۴۰۰ نفر دختر و ۴۰۰ نفر پسر وارد مطالعه شدند. شیوه نمونه گیری چند مرحله ای تصادفی بود. بدین صورت که پس از تعیین حجم نمونه و اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش شهر قم، از بین ۱۰۰ مدرسه متوسطه دوم در شهر قم ۱۰ مدرسه به طور تصادفی انتخاب و از بین مدارس انتخاب شده از هر مدرسه ۵ کلاس (در مجموع ۵۰ کلاس) و از هر کلاس به نسبت تعداد دانش آموزان کلاس، تعداد ۱۰ تا ۱۹ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه ها توسط دانش آموزان این کلاس ها تکمیل شد. معیار ورود به مطالعه، دانش آموز مقطع متوسطه دوم شهر قم و معیار خروج، عدم تکمیل یا ناقص بودن پرسشنامه بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه ای بود که در مطالعات مشابه [۱۱] مورد استفاده قرار گرفته بود و تغییراتی متناسب با جامعه مورد مطالعه در آن صورت گرفت. روایی آن با نظر سه نفر از اساتید و متخصصین آموزش بهداشت، روانشناسی و جامعه شناسی به تایید رسید. پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تایید شد. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال بود که رفتارهای پرخطر نوجوانان در حوزه های مختلف از جمله استفاده از کمر بند و کلاه ایمنی در هنگام استفاده از ماشین، موتورسیکلت و دوچرخه (۶ سوال)، خشونت و حمل سلاح سرد (۳ سوال)، استعمال سیگار و قلیان، مصرف الکل، مصرف مشروبات الکلی و استعمال مواد مخدر (۹ سوال) را مورد ارزیابی قرار می داد. سوالات مربوط به استفاده از کمر بند ایمنی به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه ای (همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ وقت) بود که از ۴-۰ نمره دهی شد. برای نمونه، به فردی که همیشه از کمر بند ایمنی استفاده می کرد نمره ۴ و به فردی که هیچ وقت از کمر بند استفاده نمی کرد، نمره صفر داده شد. در اجرای این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی بیانیه هلسینکی شامل اختیاری بودن شرکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات دانش آموزان، رعایت اصل صداقت و امانت در استفاده از منابع موجود و انتشار نتایج مطالعه حاضر رعایت شده است.

نوجوانی با رفتارهای نوجوانان ارتباط دارند [۲] و در ثانی دوره نوجوانی مرحله مهم گذر از دوره تحت کنترل والدین به مرحله استقلال است [۳]. در این دوران نوجوانان ممکن است دوستانی را برگزینند که والدین نپذیرند، یا ممکن است پوششی داشته باشند که والدین آن را نپسندند و یا این که به مقایسه خانواده خود با سایر خانواده ها بپردازند. در این دوره آن ها درباره رفتارشان به والدین پاسخگو نیستند و شناخت خانواده ها به ویژه والدین از تغییرات و رفتارهای این دوران می تواند در کاهش چالش های موجود و برقراری ارتباط با نوجوان مؤثر باشد [۴]. از این رو، دوره نوجوانی و جوانی اغلب دوره خطرپذیری هم معنی شده و فرد به عنوان موجودی خطرپذیر تعریف می شود [۵]. خطرپذیری را به رفتارهایی اطلاق می کنند که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد [۶].

شیوع رفتارهای پرخطر، یکی از موضوع های جدی تهدید کننده سلامت است که در سال های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان نمونه، پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، میزان بیماری ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به ۱۰ میلیون نفر در سال برسد. اگر پیامد جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد، خشونت و رفتار پرخطر جنسی نیز به حساب آورده شود، آسیب های وارده چند برابر می شود [۷].

مطالعات نشان داده است که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی نایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شوند [۸، ۱، ۴]. رفتارهای پرخطر در بسیاری از موارد با هم رخ داده و روی هم اثر تشدید کننده یا تقویت کننده دارند. در میان جمعیت جوان کشور رشد رفتارهای پرخطر به صورت تصاعدی است [۹]. پژوهش های انجام شده در ایران نیز بیانگر شیوع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، قلیان، الکل، مواد مخدر در بین نوجوانان ۱۸-۱۴ سال است [۵، ۱۰، ۴].

با توجه به ساختار سنی جوان کشور و این که نوجوانان آسیب پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر را تشکیل می دهند، بدیهی است که هر گونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی، روانی و در نتیجه کاهش توانایی این قشر حرکت ساز، به گونه ای غیر قابل اجتناب به کندی در پیشرفت جامعه می انجامد. از طرف دیگر، عدم سلامت جسمی و روانی آن ها ممکن است در دراز مدت بر سلامت افراد جامعه اثر منفی بگذارد. بنابراین، بررسی رفتارهای پرخطر نوجوانان به منظور تدوین برنامه های پیش گیرانه ضروری است [۱۱]. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع رفتارهای پرخطر

داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS16 شد و با استفاده از آزمون های مربع کای، تی و آمار توصیفی شامل جدول توزیع فراوانی و درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

فراوانی شیوع رفتارهای پرخطر در جامعه مورد مطالعه در هر سه حیطه مورد بررسی به طور کلی ۴۵۰ نفر (۵۶/۲۵ درصد) بود. جدول ۱ توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک دانش آموزان را به تفکیک پسر، دختر و کل نشان می دهد. بررسی ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها مشخص کرد که ۳۵۵ نفر (۳۷/۴۴ درصد) ۱۵ سال سن داشتند. تعداد ۳۰۶ نفر (۳۸ درصد) از آزمودنی ها پایه دهم متوسطه بودند. از نظر تحصیلات والدین دانش آموزان ۴۰ نفر (۵ درصد) از پدران و ۶۴ نفر (۸ درصد) از مادران بی سواد، ۲۵۶ نفر (۳۲ درصد) از پدران و ۲۹۶ نفر (۳۷ درصد) از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد، فراوانی درگیری فیزیکی و کتک کاری در خارج از مدرسه در طول یک سال گذشته در دانش آموزان مورد بررسی ۲۸۷ نفر (۳۵/۸۴ درصد)؛ درگیری فیزیکی و کتک کاری در مدرسه در طول یک سال گذشته ۳۱۲ نفر (۳۸/۹۴ درصد)؛ حمل سلاح سرد به مدرسه در یک طول ماه گذشته ۴۳۶ نفر (۵۴/۴۷ درصد)؛ مصرف سیگار در مدرسه در طول یک ماه گذشته ۳۰۰ نفر (۳۷/۵۰ درصد)؛ مصرف سیگار در خارج از مدرسه

در طول یک ماه گذشته ۳۱۱ نفر (۳۸/۳۹ درصد)؛ مصرف قلیان در طول یک ماه گذشته ۴۹۰ نفر (۶۱/۲۹ درصد)؛ مصرف مشروبات الکلی در طول یک ماه گذشته ۲۶۸ نفر (۲۸/۲۸ درصد) و مصرف مواد مخدر در طول یک ماه گذشته ۴۰۹ نفر (۵۱/۰۲ درصد) است. نتایج آزمون آماری مربع کای در کلیه موارد بین دختران و پسران اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($P < 0/05$). طبق نتایج جدول ۳، بیشترین فراوانی سن شروع مصرف سیگار و قلیان در بین دختران و پسران سن ۱۶-۱۵ سالگی است. در مصرف مشروبات الکلی بیشترین فراوانی سن شروع در بین دختران ۱۵-۱۶ سالگی و در بین پسران ۱۷ سالگی و بیشتر است. در مصرف مواد مخدر، بیشترین فراوانی سن شروع در بین دختران ۱۰-۱۲ سالگی و در بین پسران ۱۷ سالگی و بیشتر است.

نتایج جدول ۴ حاکی از این مطلب است که میانگین استفاده از کمربند ایمنی در دختران در هنگام سوار شدن ماشین، موتورسیکلت و دوچرخه بیشتر از پسران است ($P < 0/05$). در کل نیز میانگین استفاده از کمربند و کلاه ایمنی در هنگام سوار شدن ماشین، موتورسیکلت و دوچرخه به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۵۵ و ۰/۹۲ دفعه از کلیه موارد استفاده بود. میانگین استفاده از کمربند و کلاه ایمنی در کل جامعه مورد مطالعه در هر سه مورد وسیله نقلیه در کلیه افراد ۰/۷۴ دفعه در کلیه موارد استفاده از این وسایل نقلیه تعیین شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک جنسیت

متغیر	پسر تعداد (درصد)	دختر تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
سن	۱۵ سال	۱۷۴ (۲۶/۴۹)	۳۵۵ (۴۴/۳۷)
	۱۶ سال	۱۸۰ (۴۵/۵۰)	۲۹۶ (۳۶/۷۵)
	۱۷ سال و بیشتر	۴۶ (۱۰/۲۴)	۱۹۶ (۱۸/۸۷)
پایه تحصیلی	دهم	۸۰ (۲۰/۲۸)	۳۰۶ (۳۸)
	یازدهم	۱۵۰ (۳۷/۷۱)	۲۶۳ (۳۳)
	دوازدهم	۱۷۰ (۴۲/۷۲)	۲۳۱ (۲۹)
تحصیلات پدر	بی سواد	۱۵ (۳/۷۰)	۴۰ (۵)
	زیر دیپلم	۱۱۸ (۲۹/۵۵)	۲۵۶ (۳۲)
	دیپلم	۱۴۸ (۳۷)	۲۴۸ (۳۱)
تحصیلات مادر	دانشگاهی	۱۱۹ (۲۹/۷۰)	۲۵۶ (۳۲)
	بی سواد	۴۱ (۱۰/۲۱)	۶۴ (۸)
	زیر دیپلم	۱۱۱ (۲۷/۷۲)	۲۹۶ (۳۷)
دانشگاهی	دیپلم	۸۷ (۲۱/۷۲)	۱۷۶ (۲۲)
	دانشگاهی	۱۶۱ (۴۰/۲۰)	۲۶۴ (۳۳)

جدول ۲: نتایج آزمون مربع کای برای مقایسه فراوانی تجربه رفتارهای پرخطر به تفکیک جنسیت

P*	میزان کای دو	جنسیت		رفتارهای پرخطر
		یک بار تعداد (درصد)	دو بار یا بیشتر تعداد (درصد)	
<۰,۰۰۱	۷۷,۳۲	۱۰ (۲,۵۰)	۸۹ (۲۲,۲۱)	دختر درگیری فیزیکی و کتک کاری در خارج از مدرسه در طول یک سال
		۴۸ (۱۲)	۱۴۰ (۳۵)	پسر
		۵۸ (۷,۲۲)	۲۲۹ (۲۸,۶۲)	کل
<۰,۰۰۱	۷۲,۸۰	۹ (۲,۲۰)	۱۰۴ (۲۶)	دختر درگیری فیزیکی و کتک کاری در مدرسه در طول یک سال
		۷۸ (۱۹,۵۱)	۱۲۱ (۳۰,۲۱)	پسر
		۸۷ (۱۰,۸۲)	۲۲۵ (۲۸,۱۲)	کل
<۰,۰۰۱	۵۶,۵۸	۱۸ (۴,۵۱)	۱۵۳ (۳۸,۲۱)	دختر حمل سلاح سرد با خود به مدرسه در یک ماه
		۶۴ (۱۶)	۲۰۱ (۵۰,۲۰)	پسر
		۸۲ (۱۰,۲۵)	۳۵۴ (۴۴,۲۲)	کل
<۰,۰۰۱	۱۰,۶۳	۱۳ (۳,۲۵)	۸۴ (۲۱)	دختر مصرف سیگار در مدرسه در طول یک ماه
		۲۷ (۶,۷۵)	۱۷۶ (۴۴)	پسر
		۴۰ (۵)	۲۶۰ (۳۲,۵۰)	کل
<۰,۰۰۱	۴۳,۳۸	۸ (۲)	۹۸ (۲۴,۵۱)	دختر مصرف سیگار در خارج از مدرسه در طول یک ماه
		۲۰ (۵)	۱۸۵ (۴۶,۲۰)	پسر
		۲۸ (۳,۵۱)	۲۸۳ (۳۵,۳۸)	کل
<۰,۰۰۱	۲۲۰,۲۳	۳۹ (۹,۷۵)	۱۰۴ (۲۶)	دختر مصرف قلیان در طول یک ماه
		۷۸ (۱۹,۵۱)	۲۶۹ (۶۷,۲۱)	پسر
		۱۱۷ (۱۴,۶۷)	۳۷۳ (۴۶,۶۲)	کل
<۰,۰۰۱	۱۲۲,۱۶	۱۱ (۲,۷۲)	۵۴ (۱۳,۵۰)	دختر مشروبات الکلی در طول یک ماه
		۴ (۱)	۱۹۹ (۴۹,۷۱)	پسر
		۱۵ (۱,۸)	۲۵۳ (۳۱,۶۳)	کل
<۰,۰۰۱	۱۷۸,۶۶	۱۲ (۳)	۱۰۱ (۲۵,۲۸)	دختر مواد مخدر در طول یک ماه
		۸۳ (۲۰,۷۰)	۲۱۳ (۵۳,۲۳)	پسر
		۹۵ (۱۱,۸۰)	۳۱۴ (۳۹,۲۲)	کل

*chi-square Test

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد رفتارهای پرخطر بر اساس سن شروع برحسب جنسیت

رفتارهای پرخطر	سن			
	۱۲-۱۰ سالگی	۱۴-۱۳ سالگی	۱۶-۱۵ سالگی	۱۷ سالگی و بیشتر
جنسیت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سیگار	دختر	۴۳ (۳۵,۲۴)	۱۰ (۸,۱۹)	۲ (۱,۶۳)
	پسر	۲۴ (۱۳,۴۰)	۵۶ (۳۱,۲۸)	۱۰ (۵,۵۸)
	کل	۶۷ (۲۱,۵۴)	۶۶ (۲۱,۲۲)	۲۲ (۷,۰۷)
قلیان	دختر	۲۱ (۱۲,۴)	۱۴ (۸,۲)	۳۶ (۲۱,۳)
	پسر	۷۷ (۲۴,۶۷)	۷۵ (۲۴,۰۳)	۶۳ (۲۰,۱۹)
	کل	۹۸ (۲۰)	۹۸ (۲۰)	۹۹ (۲۰,۲۰)
مشروبات الکلی	دختر	۱۵ (۵,۵۹)	۱۰ (۳,۷۳)	۲۰ (۷,۴۶)
	پسر	۳۰ (۱۶,۰۴)	۲۸ (۱۴,۹۷)	۹۰ (۴۸,۱۲)
	کل	۴۵ (۱۶,۸۰)	۳۸ (۱۴,۱۷)	۱۱۰ (۴۱,۰۴)
مواد مخدر	دختر	۶۰ (۳۲,۴)	۳۸ (۲۴,۳)	۴۷ (۲۲,۹)
	پسر	۸۰ (۳۲,۱۲)	۱۶ (۸,۴)	۹۶ (۴۰)
	کل	۱۴۰ (۳۴,۲۲)	۵۴ (۱۳,۲۰)	۱۴۳ (۳۴,۹۶)

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار استفاده از کمربند و کلاه ایمنی به تفکیک جنسیت

متغیر	شاخص		P*	
	میانگین	انحراف معیار		
استفاده از کمربند ایمنی در هنگام سوار شدن ماشین به عنوان سرنشین	دختر	۱,۴۳	<۰,۰۰۱	
	پسر	۰,۴۸		
	کل	۱,۲۳		
استفاده از کلاه ایمنی در هنگام استفاده از موتورسیکلت	دختر	۰,۸۵	۰,۰۳۰	
	پسر	۰,۴۳		
	کل	۴,۴۰		
استفاده از کلاه ایمنی در هنگام رانندگی با دوچرخه	دختر	۱,۶۰	<۰,۰۰۱	
	پسر	۰,۵۴		
	کل	۴,۱۶		
کل		۳,۱۱	۰,۷۴	

*Independent-Sample T-T

est

بحث:

این پژوهش با هدف بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان شهر قم انجام گرفت. شیوع بالای (۵۶/۲۵ درصد) رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مورد بررسی این پژوهش نگران کننده است. این نتیجه با نتایج پژوهش باریکانی [۴]، اسماعیل زاده [۱۱]، برنر [۱۳]، ایتون [۱۴] و [۱۵] همسو است. موارد خطرپذیری به صورت خود به خود در نوجوانان وجود دارد. این خطرپذیری برای برخی از نوجوانان بالفعل و برای برخی دیگر بالقوه است که دلایل مختلف در این امر موثرند از جمله ساختار فرهنگی قومی، اجتماعی و تربیت خانوادگی. با توجه به این که در حال حاضر در ایران از یک سو هیچ نهادی مسئولیت امور خانواده را متقبل نشده و برای آموزش این حوزه هیچ ساز و کار مشخصی وجود ندارد و از سوی دیگر در مرحله‌ای بالاتر از نهاد خانواده هماهنگی و تعامل میان نهادها و دستگاه‌های ذیربط از جمله آموزش و پرورش، بهداشتی و ... وجود ندارد، هیچ وظیفه‌ای سخت‌تر از فرزندپروری نیست [۹]. همه این موارد می‌تواند باعث افزایش رو به رشد رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان شود.

در پژوهش حاضر مشخص شد که شیوع درگیری فیزیکی و کتک کاری در مدرسه و خارج از مدرسه، حمل سلاح سرد به مدرسه، مصرف سیگار، قلیان، مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر در پسران بیشتر از دختران است. این نتایج با نتایج مطالعه باریکانی [۴]، اسماعیل زاده [۱۱]، آسوده [۱۷]، حبیبی [۱۸] و محمدپورسال [۱۹] و پولاک [۱۶] همسو است. یکی از دلایل این امر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های جنسیتی پسران و دختران باشد. بدین معنا که دختران به احتمال بیشتری تحت تاثیر عوامل مربوط به والدین قرار می‌گیرند. همچنین وجود ویژگی‌های

شخصیتی مرتبط با رفتارهای پرخطر از قبیل عصیانگری، ارزش‌های غیرسنجی و فقدان تاکید بر پیشرفت در پسران و احساس ملامت، بی‌اعتمادی و دفاعی بودن در دختران منجر به این تفاوت‌ها شده است. همچنین به علت آزادی اجتماعی و فرهنگی پسران نسبت به دختران دسترسی بیشتر به مواد مخدر و غیر مجاز در پسران در مقایسه با دختران بالاتر است [۱۱]. از راه‌های موثر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز نوجوانان می‌توان از آموزش معلمان و مسئولان مدرسه در زمینه روش‌های سازنده تربیتی، مهارت‌های حل تعارض و روابط میان فردی با در نظر گرفتن تفاوت‌های شخصیتی پسران و دختران نام برد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد شیوع مصرف قلیان، نسبت به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر در حد بالاتری قرار دارد، و بیشترین فراوانی شروع مصرف قلیان در هر دو جنس ۱۶- ۱۵ سالگی است که با یافته‌های مطالعات باریکانی [۴] و اسماعیل زاده [۱۱] همخوانی دارد. ایران، هند و ترکیه از اولین استفاده‌کنندگان قلیان در دنیا هستند [۲۰]. نتایج طرح ملی و سلامت، حاکی از افزایش مصرف قلیان در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بود [۲۱]. امروزه مصرف قلیان به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است، به طوری که روزانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان قلیان مصرف می‌کنند و حتی در بعضی از مناطق شیوع آن از استعمال سیگار فراتر رفته است [۲۲]. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که ترکیبات دود قلیان حاوی مقادیر زیادی از مواد سرطان‌زا از قبیل هیدروکربن‌ها و فلزات سنگین است [۲۳]. قلیان ۱۰۰ برابر دود بیشتری نسبت به سیگار تولید می‌کند و با مشکلات مهمی از قبیل بیماری‌های قلبی - عروقی و عفونی، سرطان

مجله علوم پزشکی پارس، دوره شانزدهم، شماره سه، پاییز ۹۷

در پایان به منظور بررسی و مقایسه نقش عوامل مختلف از جمله فرهنگ، آب و هوا و گروه‌های مختلف سنی و... در شیوع رفتارهای پرخطر پیشنهاد می‌شود، پژوهشی با هدف مشابه به صورت یک طرح ملی در تمام استان‌های کشور اجرا شود. امید است نتیجه نهایی آن راه‌گشای برنامه ریزی مسؤولان برای پیشگیری از گسترش رفتارهای پرخطر باشد.

نتیجه‌گیری:

پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر در مدارس به ویژه در گروه نوجوانان در معرض خطر نیاز به پیش‌نیازهای خاصی دارد که از ضروری‌ترین آن‌ها مداخلات ویژه دانش‌آموزان در معرض خطر و تدوین نقشه خطرپذیری مدارس است. همچنین لازم است آموزش‌های پیشگیری به کتاب‌های درسی وارد شود. مهم‌ترین آسیب اجتماعی کودکان و نوجوانان رفتارهای پرخطر است. در نوجوانان به علت قرار داشتن در دوره حساس بلوغ و هیجانات ناشی از این دوره بحث رفتارهای پرخطر پررنگتر بوده که با توجه به نتایج این پژوهش و شیوع بالای رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دبیرستانی ضرورت انجام برنامه‌های راهبردی و مداخله‌های علمی در این گروه سنی که آینده‌سازان جامعه به شمار می‌روند، ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کارکنان اداره آموزش و پرورش شهر قم و مدیران مدارس برای انجام هماهنگی‌های لازم جهت انجام این پژوهش و همچنین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض و منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان اعلام نشده است.

دهان، ریه، کاهش عملکرد تنفسی و کاهش باروری در ارتباط است [۲۴]. با این حال، وجود باورهای غلط در مورد این که دود قلیان ضرر کمتری نسبت به سیگار و سایر مواد مخدر داشته و قدرت اعتیاد آوری کمتری دارد، همچنین سهولت دسترسی به این ماده، عدم اجرای قانون منع مصرف در مجامع عمومی، نداشتن سرگرمی‌های صحیح و بهتر را می‌توان از جمله دلایلی بر فراوانی زیاد مصرف قلیان در بین نوجوانان دانست [۱۰]. از این رو، توصیه می‌شود مسئولین کشوری با فوریت و الویت در راستای مرتفع نمودن این دلایل برنامه ریزی کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین استفاده از کمربند و کلاه ایمنی (۰/۷۴) دفعه از کلیه موارد استفاده) بسیار پایین و نگران‌کننده است. میانگین استفاده از کمربند و کلاه ایمنی در موارد استفاده از ماشین، موتورسیکلیت و دوچرخه در زنان بالاتر از مردان بود که با نتایج مطالعه ترکمن نژاد [۲۶] همسو بود، اما با مطالعات اسماعیل زاده [۱۱]، وقاری [۳۷] و اکبری [۲۸] همخوانی نداشت.

مشخص شده است که علت اصلی مرگ و میر ناشی از تصادفات در ایران عدم استفاده از کمربند ایمنی است [۲۴]. کمربند ایمنی علاوه بر جلوگیری از مرگ، از شدت جراثم و جراحات نیز می‌کاهد. با این وجود، هنوز فرهنگ استفاده از کمربند ایمنی در میان مردم به خصوص نوجوانان که رانندگان آینده جامعه خواهند بود نهادینه نشده است [۱۱]. به نظر می‌رسد اجرای کلاس‌های آموزشی و حتی گنجاندن مفاهیم مرتبط با فرهنگ صحیح رانندگی در متون درسی دانش‌آموزان بتواند عوارض ناشی از عدم انجام رفتار پیشگیری‌کننده هم چون به خطر افتادن سلامتی، ایجاد معلولیت، هزینه‌های بالای درمان، تصادفات، نقص عضو را به خوبی توجیه کرده و در تغییر نگرش و به دنبال آن ایجاد رفتار صحیح استفاده موثر واقع شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر مقطعی بودن آن و خودگزارش دهی بوده است که بدین ترتیب قابل تعمیم به کل نوجوانان کشور با فرهنگ‌های مختلف نخواهد بود.

References:

1. Smith TM, Wessel MT. Alcohol, drugs, and links to sexual risk behaviors among a sample of Virginia college students. *Journal of drug education*. 2011 Mar; 41(1):1-6.
2. Cowell J M, Marks B A. Health behavior in adolescents. In: D.S. Coachman (ed) *Handbook of health behavior research Vol. 3. Demography, development and diversity*. New York: Plenum press; 1997:43-96.
3. Beck KH, Hartos JL, Simons-Morton BG. Parent-teen disagreement of parent-imposed restrictions on teen driving after one month of licensure: Is discordance related to risky teen driving? *Prevention Science*. 2005 Sep 1;6(3):177-85.
4. Barikani A. High risk behaviors in adolescent students in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008 Aug 15;14(2):192-8.
5. Ahmadabadi Z. Investigating the risky behaviors among adolescents and suggestions for preventing crime in the family. *The Quarterly of Family Research*. 2009; 5(4):467-485.

6. CarrGregg M R C, Grover S R. Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behaviors. *Medical Journal of Australia*.2003; 178(17):601-604.
7. Slusky RI. Decreasing. High- risk behavior in teens. Theatre program empowers students to reach out to their peers. *Healyh Care Exes* 2004; 19: 48-90.
8. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' well-being and health- risk behaviors: gender and socioeconomic differences. *Journal of Adolescence*.2001; 24(2):183-197.
9. Shamsipour M, Karani BR, Mohamadpour AA, Mansouri A. Smoking status and factors affecting students' tendency to live in dormitories of Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2012; 6(1): 75-82.
10. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Delavari A, Heshmat R, Mokhtari MR, Razaghi EM, Motaghian M, Ahangar-Nazari I, Mahmood-Arabi MS. Smoking behavior and its influencing factors in a national-representative sample of Iranian adolescents: CASPIAN study. *Preventive medicine*. 2006 Jun 1;42(6):423-6.
11. Esmailzadeh H, Asadi M, Miri N, Keramatkar M. Prevalence of High Risk Behaviors Among High School Students of Qazvin in 2012. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014 Dec 15;10(3):75-82.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970 Sep;30(3):607-10.
13. Brener N, Lowry R, Kann I, Kolbe I, Lehnerr J. Trends in sexual risk behaviors among high school students--United States 1991-2001. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 2002;51(38):856-9.
14. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*. 2008 Jun;57(4):1-31.
15. Headley S. Young adolescents' well-being and health-risk behaviors: Gender and socioeconomic differences.(Mental health). *Youth Studies Australia*. 2002 Jun 1;21(2):63-4.
16. Sterdt E, Pape N, Kramer S, Urban M, Werning R, Walter U. Do preschools differ in promoting children's physical activity? An instrument for the assessment of preschool physical activity programmes. *BMC public health*. 2013 Dec;13(1):795.
17. Parnianfar M, Mehrabi Y, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadkhani S. Assessment of the Risk Factors of Drug Abuse among the Students of Second Course of High School in Shahroud City in 2013-2014 School Year, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2016;10(1):67-75.
18. Habibi M, Besharat MA, Bahrami-Ehsan H, Rostami R, Ferrer-Wrder. Predicting substance use in adolescents according to risk and protective factors preventing individual, family, peers and location. *J Clin Psychol* 2012;4(1):43-54.
19. Mohammadpourasl A, Rostami F, Fakhari A. The incidence rate of illicit drug use in male students of Tabriz high schools. *Adv Cogn Sci* 2008;10(1):58-67.
20. Kiter G, Ucan ES, Ceylan E, Kilinc O. Water-pipe smoking and pulmonary functions. *Respir Med*. 2000; 94(9): 24. 891-4.
21. Maziak W, Ward KD, Afifi Soweid RA, Eissenberg T. Tobacco smoking using a waterpipe: A re-emerging strain in a global epidemic. *Tob Control*. 2004; 13(4): 327-33.
22. Mohammad K, Noorbala AA, Majdzadeh SR, Karimloo M. Trend of smoking prevalence in Iran from 1991 to 1999 based on two national health survey. *Hakim Res J*. 2001; 3(4): 290-7.
23. Aryanpour M, Sharifi H. Smoking. 1st ed. Tehran, Iran: Baraye Farda Publication. 2003; 14-21.
24. Sepetdjian E, Shihadeh A, Saliba NA. Measurement of 16 polycyclic aromatic hydrocarbons in narghile waterpipe tobacco smoke. *Food Chem Toxicol*. 2008; 46(5): 1582-90.
25. Khorasani-Zavareh D, Haglund BJ, Mohammadi R, Naghavi M, Laflamme L. Traffic injury deaths in West Azarbaijan province of Iran: a cross-sectional interview-based study on victims' characteristics and pre-hospital care. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2009 Sep 1;16(3):119-26.
26. Torkamannejad Sabzevari J, Khanjani N, Molaei Tajkooh A, Nabipour AR, Sullman MJ. Seat belt use among car drivers in Iranian safe communities: An observational study. *Traffic injury prevention*. 2016 Feb 17;17(2):134-41.
27. Veghari G, Sedaghat M, Maghsodlo S, Banihashem S, Moharloe P, Angizeh A, Tazik E, Moghaddami A. The trend of seat belt use among drivers in the north of Iran, 2007-2010: An epidemiologic study. *World Applied Sciences Journal*. 2012;17(10):1365-9.
28. Akbari M, Nabipour AR, Hesampour M, Khanjani N. The rate of safety belt use and its associated factors in 15 to 44-years old of Kerman in 2012. *journal of safety promotion and injury prevention* ۲۰۱۳ . Dec 17;1(3):116-

Prevalence of High Risk Behaviors in High School Students of Qom, 2016

Ameneh Marzban¹, Mehran Barzegaran², Maryam Ayasi³, Hadi Marzban⁴
Samaneh Delavari⁵, Vahid Rahmanian^{6*}

Received: 2018.05.29

Revised: 2018.10.01

Accepted: 2018.02.26

1. Msc Student of Human Ecology, Student Research Committee, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
3. School of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. Student Research Committee, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar abbas, Iran
5. Students Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
6. Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.3, Fall 2018

Pars J Med Sci 2018;16(3):44-51

Abstract:

Introduction:

Adolescence is a critical period of life characterized by changes and rapid growth, Behavioral changes in this period are effective on person's health. The aim of study was to estimate the prevalence of health risk behaviors among high school students of Qom.

Materials and Methods:

This is a cross-sectional study. The sample consisted of 800 high school students in Qom (400 girls and 400 boys) that were selected by randomly multistage sampling. The research instrument was a standard questionnaire. Data were analyzed using Independent-Sample T Test, Chi-squared test and descriptive statistics by SPSS 16 software.

Results:

The prevalence of high-risk behaviors in the studied population in all three areas was 450 (56.25%). The prevalence of physical contact at school and outside school during a year; carrying a sharp weapon to school during a month; smoking in school during a month; and hookah smoking, use of alcohol and drug during a month had statistically significant difference in both sex ($P < /05$). The mean of seat belt and Helmet use was 0.74 times of all use when using a car, motorcycle and bicycle, and the average of seat belt and Helmet use in all three cases was statistically significant in both sex ($P < /05$).

Conclusion:

Due to high prevalence of High Risk Behaviors in high school students, there is a need for strategic plans and scientific interventions in this age group which are the future makers of country.

Keywords: High Risk Behaviors, Adolescence, High school, Qom

* Corresponding author Email: vahid.rahmani1392@gmail.com