عادات پرخطر بهداشتی در دانش آموزان شهر تهران

غلامرضا گرمارودی: * استادیار پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
جلیل مکارم: متخصص بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیده شهره علوی: دانشجوی دکتری تخصصی برنامه ریزی آموزش از راه دور، دانشگاه پیام نور تهران
زینب عباسی: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال نهم شماره اول زمستان ۱۳۸۸ صص ۱۹-۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۶ اسفند ۱۳۸۸]

چکیده

این مطالعه، با هدف تعیین میزان رفتارهای بهداشتی پرخطر دانش آموزان مقطع متوسطه در دانش آموزان شهر تهران، طراحی و اجرا شد.

این مطالعه از نوع مقطعی، با حجم نمونه ۲۴۰۰ نفر و نحوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. جمعیت مورد مطالعه دانش آموزان مقطع متوسطه مدارس دولتی شهر تهران بودند. روش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که با حضور در کلاس‌های درس، توسط دانش آموزان تکمیل می‌شد. داده‌ها، با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میزان رفتارهای پرخطر بهداشتی عبارت بودند از: صدمات عمدی ۴۱/۵ درصد، صدمات غیرعمدی ۸۸/۷ درصد، مصرف سیگار ۸/۷ درصد، مصرف الکل ۷/۴ درصد در یک ماه گذشته نسبت به زمان مطالعه، تجربه استفاده از مواد مخدر ۲/۷ درصد، روابط جنسی ۲۰/۲ درصد در طول زندگی، رژیم نامناسب غذایی ۱۴/۷ درصد و عدم فعالیت جسمانی ۳۲/۶ درصد در یک هفته گذشته نسبت به زمان مطالعه دیده شد. تفاوت‌های جنسی در رفتارهای بهداشتی پرخطر مشاهده شد.

با توجه به میزان قابل توجه رفتارهای پرخطر بهداشتی در دانش آموزان مورد مطالعه، بازنگری جامع، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت از طریق آموزش و پرورش، کتب درسی، مراکز آموزشی، رسانه‌های گروهی و نظام بهداشتی کشور و ارائه خدمات بهداشتی خاص نوجوانان با استفاده از کارکنان بهداشتی الزامی به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: رفتار پرخطر بهداشتی، نوجوانان، دانش آموزان دبیرستان، عوامل مرتبط

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: ghgaemaroudi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

مقدمه

در ایران، نوجوانان (گروه سنی ۱۹-۱۱ سال) حدود ۱۶ میلیون نفر (۲۷ درصد) از جمعیت کشورمان را تشکیل می‌دهند[۱]. سلامت نوجوانان و جوانان، کاملاً به رفتارهای بهداشتی آنها در زندگی ارتباط دارد [۲]. نوجوانان، به اندازه بزرگسالان، بهداشت را موضوع با اهمیتی در زندگی تلقی نمی‌کنند. نگاه آنها به دنیا با نگاه بزرگسالان فرق می‌کند. به همین دلیل، بزرگترین و شایع‌ترین علل مرگ نوجوانان شامل انجام رفتارهای پرخطری نظیر صدمات رانندگی (که معمولاً همراه با مصرف الکل است)، خودکشی، قتل و حوادث مثل آتش سوزی و افتادن از بلندی است. نوجوانان اغلب رفتارهایی انجام می‌دهند که معمولاً آنها را در معرض خطر بیماری‌های تهدید کننده زندگی قرار می‌دهند. برای مثال، یک چهارم موارد جدید شناخته شده ایدز و عفونت‌های انتقال یابنده از طریق جنسی، در میان نوجوانان اتفاق می‌افتد. همچنین، در دوران نوجوانی، رفتارهای دیگری مثل سیگار کشیدن، کاهش فعالیت جسمانی و تغذیه نامناسب آغاز می‌شوند، که می‌توانند در آینده منجر به بیماری‌های مزمن گردند[۳]. رفتارهای وابسته به بهداشت در کودکی و نوجوانی تثبیت می‌شوند و آموزش‌های درست قبل از شروع رفتارهای زیان آور و یا تثبیت آنها اهمیت دارد. بر اساس بررسی‌های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا در سال ۱۹۹۹، شش رفتار پرخطر بهداشتی، باعث مرگ و میر جوانان و نوجوانان می‌شوند. این رفتارها شامل صدمات عمدی و غیرعمدی، سیگار کشیدن، استفاده از الکل و مواد مخدر، رفتارهای نامشروع جنسی (که منجر به حاملگی ناخواسته و ایدز می‌شوند)، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت جسمانی هستند. این مرکز، نظام بررسی رفتارهای پرخطر جوانان را طرح ریزی نموده است که برای بررسی رفتارهای دانش آموزان دبیرستانی نیز از آن استفاده می‌شود[۴]. در کشورهایی که شهری شدن به سرعت انجام می‌شود، قشر جوان در مقابل مشکلاتی چون بی خانمانی، بی‌کاری و استفاده از مواد مخدر، آسیب پذیر است و در میان دختران جوان، رفتارهای نامشروع و خود فروشی، رو به افزایش است و این در حالی است که کارکنان بهداشتی، در زمینه آموزش نوجوانان، آموزش ندیده‌اند و اطلاعات کافی درباره آن ندارند[۵]. بر اساس آمار سازمان پزشکی قانونی نیز شایع‌ترین علل مرگ جوانان و نوجوانان زیر ۲۵ سال در ایران، در درجه اول، صدمات رانندگی و سپس به ترتیب، مسمومیت‌های ناشی از الکل، مواد مخدر، خودکشی و در نهایت بیماری سرطان بوده‌اند. این آمار نشان می‌دهند که در کشور ما نیز مانند آمریکا، ژاپن و هنگ کنگ، علت مرگ در جوانان، صدمات رانندگی است [۶]. نتایج تحقیقی که در سازمان بهزیستی انجام شده، حاکی از آنند که ۵۰ درصد از زنان روسپی ارجاع شده به مراکز باز پروری، جزء گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله و ۲۴ درصد از گروه ۲۴-۲۰ ساله بوده‌اند. این آمار نشان‌دهنده کاهش سن افراد درگیر در این آسیب اجتماعی است. همچنین از مجموعه پرونده‌های مختومه در سال ۱۳۷۸ در دادگاه‌های کشور، ۶۶۶۶۷ مورد آن مربوط به اعمال منافی عفت بوده‌اند، که خود نشانگر آنند که اعمال منافی عفت، ۲ درصد از کل جرائم را تشکیل می‌دهند [۷].

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت کنونی نوجوانان شهر تهران در زمینه رفتارهای پرخطر بهداشتی، طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی و تحلیلی بود که بر روی آن دسته از دانش آموان که در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱، در دبیرستان‌های عادی دولتی شهر تهران تحصیل می‌کردند، انجام شد. روش نمونه گیری چند مرحله‌ای تصادفی بود؛ به این ترتیب که ابتدا تهران به پنج بخش شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم گردید و از هر بخش، یک منطقه آموزش و پرورش، به طور تصادفی انتخاب شد (مناطق ۱، ۱۶، ۵، ۱۴ و ۶). نمونه گیری در هر منطقه در ۲ تا ۳ دبیرستان دخترانه و ۲ تا ۳ دبیرستان پسرانه صورت گرفت و در نهایت، ۲۴۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

روش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه از نوع استاندارد بود که در کشورهای اروپایی نیز مورد استفاده قرار گرفته بود. این پرسشنامه، برای بررسی روایی علمی در ایران، در اختیار بیست تن از استادان و اعضای هیأت علمی قرار داده شد. پس از جمع‌آوری نظرها، اصلاحات و تغییرات لازم در آن صورت گرفت. جهت بررسی پایایی پرسشنامه، ۳۰ نفر از دانش آموزان یک منطقه آن را به طور آزمایشی، تکمیل نمودند که در نهایت، اصلاحات لازم در آن انجام شد. با استفاده از ضریب α کرونباخ، میزان پایایی بررسی گردید که میزان این ضریب در مورد ۱۰ بخش جداگانه این پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ متغیر بود. این پرسشنامه شامل ده بخش جداگانه بود:

مشخصات فردی، صدمات غیرعمدی، صدمات عمدی، سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، استفاده از مواد مخدر، رفتارهای جنسی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

عادات تغذیه‌ای، فعالیت جسمانی، نظر فرد نسبت به خود، والدین و دوستان. پس از استخراج داده‌ها، روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۱، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. از آمار توصیفی نظیر فراوانی و فراوانی نسبی، برای خلاصه و دسته بندی داده‌ها و آزمون کای دو برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مختلف استفاده شد. به تمامی واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات قید شده در پرسشنامه محرمانه هستند و از آنها فقط برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده خواهد شد. پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی مورد استفاده قرار گرفتند و نام مدارس محرمانه باقی ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۴۰۰ دانش آموز مقطع متوسطه مورد مطالعه قرار گرفتند که شامل ۱۲۰۰ پسر و ۱۲۰۰ دختر بودند. در جدول شماره ۱، مشخصات زمینه‌ای این دانش آموزان ارائه شده‌اند. اکثر نوجوانان، ۱۶ سال داشتند (۳۸/۹ درصد در کل، ۲۴/۳ درصد پسران و ۳۸/۴ درصد دختران) و اکثر آنها در پایه تحصیلی دوم دبیرستان تحصیل می‌کردند (۳۸/۲ درصد کل، ۴۴/۲ درصد پسران و ۳۱/۸ درصد دختران). تحصیلات پدر، در قریب به اتفاق موارد، دبیرستانی (در کل ۳۵/۸ درصد، ۳۰/۹ درصد پسران و ۴۰/۸ درصد دختران) و تحصیلات مادر نیز در این سطح بود (در کل ۴۱/۷ درصد، پسران ۴۱/۲ درصد و دختران ۴۲/۱ درصد).

اکثر دانش آموزان درآمد والدین خود را خوب توصیف کردند (۷۵/۸ درصد کل، ۳۷/۷ درصد پسران و ۷۷/۷ درصد دختران) و اکثر دانش آموزان با پدر و مادر خود زندگی می‌کردند (۸۸/۷ درصد کل، ۸۵/۵ درصد پسران و ۹۱/۹ درصد دختران).

بررسی رفتارهای پرخطر بهداشتی، با توجه به اهداف پژوهش، نتایج زیر را در بر داشت. رفتارهای منفرد پرخطر بهداشتی، شامل ۶ مؤلفه صدمات عمدی و غیرعمدی، سیگارکشیدن، استفاده از الکل و مواد مخدر، روابط جنسی، رژیم نامناسب غذایی و عدم فعالیت جسمانی بود. توزیع فراوانی رفتارهای منفرد پرخطر بهداشتی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. افزون بر این‌ها، تفاوت هر یک از رفتارهای پرخطر بهداشتی در دانش آموزان دختر و پسر در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۱- پایه و رشته تحصیلی جمعیت مورد مطالعه (n=۲۴۰۰)

	کل	پسر	دختر
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
پایه تحصیلی			
اول	۸۶۰ (۳۵/۸)	۳۶۰ (۳۰)	۵۰۰ (۴۱/۷)
دوم	۹۱۰ (۳۷/۹)	۵۲۸ (۴۴)	۳۸۲ (۳۱/۸)
سوم	۶۱۱ (۲۵/۵)	۳۰۶ (۲۵/۵)	۳۰۵ (۲۵/۴)
پاسخ نداده	۱۹ (۰/۸)	۶ (۰/۵)	۱۳ (۱/۱)
رشته تحصیلی			
ریاضی	۶۶۸ (۲۷/۸)	۴۸۶ (۴۰/۵)	۱۸۲ (۱۵/۱)
تجربی	۳۳۲ (۱۳/۸)	۸۸ (۷/۳)	۲۴۴ (۲۰/۳)
انسانی	۵۱۶ (۲۱/۵)	۲۵۵ (۲۱/۳)	۲۶۱ (۲۱/۸)
پاسخ نداده	۸۸۴ (۳۸/۸)	۳۷۱ (۳۰/۹)	۵۱۳ (۴۲/۸)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

جدول شماره ۲- توزیع رفتارهای منفرد پرخطر بهداشتی در جمعیت مورد مطالعه

	کل			
	دارد		ندارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
صدمات عمدی	۱۳۹۸	۵۸/۵	۹۹۱	۴۱/۵
صدمات غیرعمدی	۲۱۱۶	۸۸/۷	۲۷۱	۱۱/۳
کشیدن سیگار	۲۰۵	۸/۷	۲۱۶۰	۹۱/۳
نوشیدن الکل	۱۷۷	۷/۴	۲۱۷۰	۹۲/۵
استفاده از مواد مخدر	۶۳	۲/۷	۲۲۹۹	۹۷/۳
روابط جنسی	۴۷۲	۲۰/۲	۱۸۶۸	۷۹/۸
تغذیه نامناسب	۳۴۱	۱۴/۷	۱۹۷۹	۸۵/۳
عدم فعالیت جسمانی	۱۶۰۹	۶۷/۴	۷۷۹	۳۲/۶

جدول شماره ۳- بررسی ارتباط جنسیت با رفتارهای پرخطر بهداشتی در جمعیت مورد مطالعه

	پسر				دختر				P *
	دارد		ندارد		دارد		ندارد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
صدمات عمدی	۶۷۹	۵۶/۶	۵۲۱	۴۳/۴	۷۱۹	۶۰/۵	۴۷۰	۳۹/۵	۰/۰۵۴
صدمات غیرعمدی	۱۰۸۶	۹۰/۳	۱۱۶	۹/۵	۱۰۳۲	۸۶/۸	۱۵۷	۸۳/۲	۰/۰۰۷
کشیدن سیگار	۱۴۰	۱۱/۷	۱۰۵۲	۸۸/۳	۶۵	۵/۵	۱۱۰۸	۹۴/۵	<۰/۰۰۱
نوشیدن الکل	۱۳۴	۱۱/۵	۱۰۲۹	۸۸/۵	۴۳	۳/۶	۱۱۴۱	۹۶/۴	<۰/۰۰۱
استفاده از مواد مخدر	۴۳	۳/۶	۱۱۳۸	۹۶/۴	۲۰	۱/۷	۱۱۶۱	۹۸/۳	۰/۰۰۳
روابط جنسی	۳۲۱	۲۷/۸	۸۳۵	۷۲/۲	۱۵۱	۱۲/۸	۱۰۳۳	۸۷/۲	<۰/۰۰۱
تغذیه نامناسب	۱۳۳	۱۱/۸	۹۹۰	۸۸/۲	۲۰۸	۱۷/۴	۹۸۹	۸۲/۶	<۰/۰۰۱
عدم فعالیت جسمانی	۶۶۰	۵۵	۵۴۰	۴۵	۹۴۹	۷۹/۹	۲۳۹	۲۰/۱	<۰/۰۰۱

* بر اساس آزمون کای مجذور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

بحث و نتیجه گیری

نوجوانی دوران نگرانی و اضطراب است. گرچه، به صورت کلیشه‌ای، آن را دوران رشد و تکامل در نظر می‌گیرند، اما، این دوران، زمانی برای ایجاد و تکامل یک سبک زندگی سالم، عملکردها و رفتارهای بهداشتی است. نوجوانی، دورانی با تغییرات سریع بدنی، انتظارات جدید، الگوهای جدید و نقش‌های اجتماعی است. تحقیقات نشان می‌دهند که دانش آموران دبیرستانی، به علت فقدان نظام حمایت اجتماعی قوی، با مشکلاتی مثل استفاده از سیگار، الکل، مواد مخدر و غیره روبرو می‌شوند[۸].

این بررسی، برای اولین بار در ایران، به صورت بررسی چند رفتار و در میان دانش آموزان دبیرستانی صورت گرفت. آمار نشان داد که نوجوانان تهرانی نیز در خطر هستند و میزان رفتارهای پرخطر بهداشتی آنان هر چند کمتر از آمریکا ولی به سطح برخی از کشورهای شرقی، مثل ژاپن، نزدیک بود.

در بحث از رفتارهای پرخطر بهداشتی جامعه، باید مسائل فرهنگی آن جامعه را نیز در نظر بگیریم. ارزش‌های هر جامعه و هنجارهای آن در الگوی این رفتارها مؤثر هستند و این امر باید مورد توجه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی قرارگیرد.

بررسی‌های اولدز نشان دادند که هنجارهای اجتماعی، قوی‌ترین عامل در انجام رفتارهای پرخطر بهداشتی بودند[۹]. این هنجارها را باید برای نوجوانان تعریف کرد. بنابر مطالعه او، هنجارهای اجتماعی را باید به صورت نظام مند در مدارس راهنمایی و دبیرستان‌ها آموزش داد. سپس آنها را باید مجدداً برای دانش آموزان تعریف کرد به گونه‌ای که آنها با شناختی تازه از هنجارها تلاش کنند که محیط اجتماعی خود را تغییر دهند. این برنامه‌ها از آموزش‌های مقاومت درباره مواد مخدر نیز مؤثرتر بود. این حقیقت ممکن بود توضیحی برای شکست برنامه‌های مقاومت در مقابل مصرف مواد مخدر باشد.

شایع‌ترین رفتار پرخطری که در دانش آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر تهران مشاهده شد، صدمات غیرعمدی (عدم بستن کمربند ایمنی) با ۸۸/۶ درصد بود و کمترین درصد (۲/۷ درصد) استفاده از مواد مخدر تعلق داشت. با توجه به آمار کشورهایی چون آمریکا و ژاپن و بیشتر بودن عدم استفاده از کمربند ایمنی در کشورمان، بازنگری جدی در برنامه‌های آموزش نکات ایمنی در جامعه، به خصوص برای نوجوانان، مورد نیاز بود. صدمات عمدی، در میان دانش آموزان تهرانی، شیوع زیادی داشت. در آمریکا، ۱۴/۱ درصد از دانش آموزان به ندرت از کمربند ایمنی استفاده کرده‌اند و یا هرگز استفاده‌ای از آن نکرده‌اند. پسران با ۱۸/۱ درصد بیشتر از دختران چنین رفتاری داشته‌اند و رانندگی پس از نوشیدن مشروبات الکلی، ۱۳/۳ درصد و در پسران، ۱۷/۲ درصد و بیشتر از دختران (۹/۵۱ درصد) بود[۱۰]. آمار بیشتر کشورها نیاز به بازنگری داشت. صدمات عمدی و یا خواسته، از دیگر علل شایع مرگ نوجوانان بودند. صدمات خواسته و ناخواسته بیشترین علل مرگ و میر را در سنین ۲۴-۱۵ سال به خود اختصاص می‌دادند که بسیاری از این مرگ‌ها ناشی از رانندگی بودند (۷۳ درصد) و بقیه شامل طیفی از عوامل، مانند اسلحه گرم و انفجار، سقوط، صدمات دوچرخه‌رانی، مسمومیت و تصادف با یک شیء بود [۴].

با توجه به عواملی که صدمات عمدی را شامل می‌شوند، مثل کتک کاری، حمل سلاح، احساس عدم امنیت، افسردگی، خودکشی و مورد تجاوز قرار گرفتن، به نظر می‌رسد پرخاشگری در جامعه ما نیز شیوع زیادی دارد. دخترانی که، به جهت عدم احساس امنیت، با خود سلاح حمل می‌کنند، بیشتر از سوی والدین و خانواده مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند. میزان زیادی از آنها به افسردگی مبتلا هستند و با آماری نزدیک به کشور آمریکا، خودکشی میان آنان شایع است و متأسفانه به زور مورد تجاوز جنسی نیز قرار می‌گیرند. وجود این صدمات در جامعه باید مورد توجه مسئولان قرار گیرد و به تلاش جدی دولتمردان و رسانه‌های گروهی در جهت کاهش پرخاشگری در جامعه نیاز مبرم دارد. بنا به تحقیق، عوامل اشاعه دهنده پرخاشگری شامل رادیو و تلویزیون و رسانه گروهی بوده‌اند. از سوی دیگر، فرهنگ خاص جامعه ما که خشونت مردان علیه زنان را یک هنجار می‌داند به این مسئله دامن می‌زند. نتایج نشان داده‌اند که در یک ماه گذشته، نسبت به زمان مطالعه، ۱۷/۴ درصد از دانش آموزان، یک بار و بیشتر، حداقل یک سلاح حمل کرده‌اند و پسران (۲۹/۳ درصد) بیشتر از دختران (۶/۲ درصد) مرتکب این رفتار شده‌اند[۱۰].

استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر در میان دانش آموزان، دبیرستان‌های دولتی شهر تهران، نیز هر یک میزان قابل توجهی را به خود اختصاص داده بود. در بررسی گرانبوم و کان آمریکا، ۶۳/۹ درصد از دانش‌آموزان مصرف سیگار در طول زندگی را تجربه کرده بودند و میزان تجربه پسران (۶۶/۳ درصد) بیشتر از دختران (۶۰ درصد) بود[۱۰].

در کل، ۷۸/۲ درصد از دانش‌آموزان تجربه مصرف الکل داشته‌اند و ۵۰ درصد از دانش‌آموزان در یک ماه گذشته، نسبت به زمان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

مطالعه، یک بار و بیشتر الکل نوشیده‌اند و پسران کلاس ۱۱ (۵۳/۶ درصد) بیشتر از دختران کلاس ۱۱ (۵۴/۱ درصد) چنین رفتاری داشته‌اند[۱۰]. در آمریکا، ۲۴/۴ درصد از دانش‌آموزان، در طول زندگی، سابقه مصرف ماری جوانا داشته‌اند و پسران با ۴۶/۵ درصد بیشتر از دختران (۳۸/۴ درصد) مرتکب این رفتار شده‌اند[۱۰].

در فرهنگ ما، استفاده از الکل، سیگار و مواد مخدر در میان نوجوانان شایع نبوده و این مقادیر هر چند پایین نگران کننده بود. دسترسی آسان به این مواد، تبلیغات در فیلم‌های خارجی، مصرف این مواد در خانواده و توسط دوستان، اصلی‌ترین عوامل مصرف آن توسط نوجوان است. روابط جنسی قبل از ازدواج در فرهنگ و مذهب ما به شدت منع شده است. وجود چنین رفتاری در میان دختران دبیرستانی، نشان از کمرنگ شدن توجه به مذهب در میان نوجوانان دختر، عدم امید به ازدواج در آینده و گاهی[به گفته خود آنها] نشانه تجدد است. اگرچه بررسی گرانبوم و کان نشان می‌دهد که ۴۵/۶ درصد از دانش‌آموزان، در طول زندگی خود، روابط جنسی داشته‌اند، اما پسران دانش‌آموز (با ۴۸/۵ درصد) بیشتر از دختران دانش‌آموز (۴۲/۹ درصد) به این رفتار مبادرت کرده‌اند. ۶/۶ درصد از دانش‌آموزان اولین روابط جنسی‌شان قبل از ۱۳ سالگی بوده بود و پسران ۹/۳ درصد و بیشتر از دختران (۴ درصد) این رفتار را قبل از ۱۳ سالگی داشته‌اند، ولی فرهنگ آنها با فرهنگ ما بسیار تفاوت دارد. در ۱۴/۷ درصد از دانش آموزان، رژیم غذایی بد دیده می‌شود. آنها، از طرفی، مایل هستند وزن خود را همین گونه که هست حفظ کنند و کاری برای بهبود وزن انجام نمی‌دهند. این یک نقطه قوت برای جمعیت نوجوان دبیرستان‌های دولتی شهر تهران بود، برخلاف کشورهای آمریکا و ژاپن که چاقی نوجوانان یک معضل است. نگاهی به رفتار اخیر، یعنی فعالیت جسمانی، نشان می‌دهد که ۶۷/۴ درصد از دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران فاقدچنین فعالیتی هستند. فعالیت جسمانی و ورزش که فواید آن بر هیچکس پوشیده نیست، عاملی برای سلامت حال حاضر و زندگی سالم در بزرگسالی بود. میزان زیاد عدم فعالیت جسمانی نوجوانان ما به ویژه در دختران (۷۹/۹ درصد) نشان از نسل آینده‌ای از مادران سالمند ناتوان و مبتلا به پوکی استخوان، بیماری قلبی و عروقی، دیابت و غیره دارد. برنامه‌ریزی برای ورزش نوجوانان، تشویق دختران به فعالیت جسمانی، برنامه‌های فرهنگی ویژه، از جمله ایجاد فرهنگ ورزش در میان خانواده‌ها، عوامل تأمین کننده نسل آینده سالم بود. این مطالعه، یک بررسی مقطعی بود و محدودیت‌هایی داشت؛ نخست از این جهت که چون یافته‌های مطالعه علل ایجاد کننده را به طور کامل بررسی نمی‌کنند، نمی‌توان با این مطالعه گفت که چرا برخی از نوجوانان، در شرایطی همسان، چنین رفتارهایی نمی‌کنند، هرچند که عوامل روانشناختی و اجتماعی ممکن است توضیحی برای این امر داشته باشند. جامعه در بروز این رفتارها بسیار مؤثر بود. محیط اجتماعی و همسالان، دسترسی به موادی مانند سیگار، الکل، موادمخدر، نگرش دوستان و خانواده به این رفتارها، علل روان شناختی و تجارب دوران کودکی، همگی در الگوی این رفتارها مؤثرند [۱۱]. این مطالعه نمی‌تواند تعیین کند به وضوح، کدام عامل یا رفتار به بقیه رفتارها منجر گردیده بود. از سوی دیگر، این یافته‌ها در دانش آموزانی به دست آمده که در مدرسه حضور داشته‌اند و دانش آموزان غایب ترک تحصیل کرده، افرادی که افت تحصیلی داشته‌اند و وارد دبیرستان نشده‌اند و یا در مدارس شبانه تحصیل می‌کنند، در مطالعه لحاظ نشده‌اند. از آنجا که این پرسشنامه را خود فرد پر می‌کرد، ممکن است که در مورد برخی از سؤالات حساس، مثل استفاده از مواد مخدر و روابط جنسی، جواب‌های کاملاً درستی دریافت نشده باشند. البته در مطالعه ما سعی شده است که این مشکلات از طریق بی نام کردن پرسشنامه‌ها و محرمانه داشتن اطلاعات و توضیحات لازم برای دانش آموزان در خصوص اهمیت و فایده این تحقیق، حل شوند. با این حال، مطالعه سیمانتگن، (۲۰۰۰) نشان داد که گزارش خود فرد از رفتارهای پرخطر روایی زیادی دارد[۱۲].با توجه به این که مطالعه حاضر، اولین نمونه از این دست مطالعات همه جانبه است، پژوهشگر توصیه می‌کند که با استفاده از رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی، چنین مطالعه‌ای، نظیر دیگر کشورها، هر ۳-۲ سال یک بار و در کل کشور انجام گیرد. این نتایج پژوهش هر چند میزان کمتری از رفتارهای پرخطر بهداشتی را در شهر تهران، نسبت به مطالعات آمریکا، ژاپن و هنگ کنگ، نشان می‌دهند، اما لزوم شناسایی این رفتارهای خطرناک و تلاش برای تصحیح آنها را نفی نمی‌کنند. با توجه به جمعیت جوان کشورها، محافظت از این سرمایه‌ها و ایجاد نسل بزرگسال سالم در گرو شناسایی این رفتارها، آموزش رفتارهای درست و ایجاد یک سبک زندگی صحیح بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]

منابع

۱- ملک افضلی حسین. مجموعه آموزش عمومی بهداشت باروری. چاپ دوم، انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران و دفتر صندوق ملل متحد در ایران، تهران ۱۳۸۰

2- Berner ND, Collins JL. Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. American Journal of Epidemiology 1994; 14: 575-80

3- Stanhope MY, Lancaster J. Community health nursing. 5th Edition, Mosby: UK, 2000

4- Center for diseas contol and prevention. State injury mortality retrieved November 1, 2000 from the world wide web: http: // www.cdc.gov/

۵- وقار نسرین. هدایتی گیتی. بهداشت و وضعیت زنان. پیک ماما، ۸، ۱۳۷۲

6- Lee, AYRBSS survey of youth risk behauior at alternative highschool in hong kong. Journal of School Health 2001; 71: 443-46

۷- اداره کل آمار و خدمات دادگستری، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۱

8- Kan L. Kinehens, youth risk behavor surveillance-united state 1999. Journal of School Heath 2000; 70: 271-82

9- Olds R, Thombs D. The relationship of adolescent perception of peer norms and parent involvement to eigarette and school use. Journal of School Health 2001; 71: 223-28

10- Grunbaum JK. Out risk behavior surveillance-united state. Surveillance Summaries 2002; 51: 1-64

11- Everet S, Malarcher A. Relation ships between cigarette, smokeless Tobaceo and cigar use and other health risk behaviors amony us highschool students. Journal of School Health 2000; 70: 234-40

12- Simantogen E, Schoen C. Health compromising behavior: why do adolescents smoke or drink? Family Planning Perspectives 1997; 29: 725-28

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.2.6]