



شیوع شناسی رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان

مژده قربانعلی زاده

دکتری جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیک نویسنده malizade.ed@gmail.com

چکیده

رفتارهای پرخطر، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی یا بدون اطلاع از عواقب احتمالی مرتکب می‌شوند. شیوع رفتارهای پرخطر تاثیرات نامطلوبی بر بهزیستی نوجوانان و جوانان خواهد داشت. جوان بودن بخش عمده جمعیت کشور و فقدان رویکردهای کل نگر و فراتحلیلی در پژوهش‌های آسیب شناسی از ضرورت‌های پژوهش در این حوزه است. به جهت بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و جوانان، حدود ۴۰ پژوهش در دهه ۸۰ و ۹۰ با روش کتابخانه‌ای و مروری، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. انواع رفتارهای پرخطر در این پژوهش عبارتند از پرخاشگری و خشونت، مصرف سیگار، مصرف قلیان، مصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، رفتار جنسی پیش از ازدواج. نتایج توصیفی و تحلیلی نشان می‌دهد کشور ایران به جز رفتار مصرف سیگار، در سایر رفتارهای پرخطر، با افزایش شیوع در جمعیت جوان و نوجوان مواجه است. علاوه بر افزایش کمی، کاهش سن شروع و افزایش شیوع رفتار پرخطر در دختران و زنان مشاهده می‌گردد. بررسی و مقایسه نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، فقدان مطالعات علمی کافی در بررسی رفتار پرخطر، ناهمگونی پژوهش‌ها در نتایج و آمارها، پراکندگی و مقطعی بودن پژوهش‌ها، نامشخص بودن تفکیک گروه‌های سنی، ابهام در آمارهای رسمی، فقدان مرکز جامع پایش رفتارهای پرخطر و معدود بودن پژوهش‌های شیوع شناسی ملی از مهم‌ترین چالش‌ها در بررسی تحقیقات شیوع شناسی کشور می‌باشد.

واژگان کلیدی: شیوع شناسی، رفتار پرخطر، نوجوانان، جوانان

مقدمه

رفتار پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که سلامت و بهزیستی نوجوانان، جوانان و سایر افراد جامعه را به خطر می‌اندازند. این رفتارها اثرات نامطلوب بر رشد همه جانبه و سلامتی افراد داشته و می‌تواند مانع موفقیت آنان گردد (علی تبار و همکاران، ۱۳۹۶). شیوع رفتارهای پرخطر، یکی از موضوع‌های جدی تهدید کننده سلامت است 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. به عنوان نمونه، پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، میزان بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به ۱۰ میلیون نفر در سال برسد. اگر پیامد جسمی، روانی، اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر، خشونت و رفتار پرخطر جنسی نیز به حساب آورده شود، آسیب‌های وارده چند برابر می‌شود (اسماعیل زاده و همکاران، ۱۳۹۳).



نوجوانی و جوانی یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی در رشد و تکامل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد، در گذشته، دوران انتقال از کودکی به بزرگسالی برای بسیاری از نوجوانان به خوبی سپری می‌گردید، اما با توجه به تغییرات تکنولوژیک، فرهنگی و اجتماعی سریع و پرشتاب جوامع امروز، این دوران برای تعدادی از نوجوانان همراه با بروز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بوده است و پایه بسیاری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی در آنان گذاشته می‌شود. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، یک پنجم از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند که حدود ۸۵ درصد این گروه سنی در کشورهای در حال توسعه قرار دارند. قوانین و برنامه‌های مربوط به مسائل بهداشتی و ارتقاء سلامتی در نوجوانان نیازمند توجه فوری می‌باشد (آتش نفس و همکاران، ۱۳۹۳). طبق آمار، در ایران نوجوانان و جوانان درصد قابل توجهی از جمعیت را به خود اختصاص داده‌اند. بر اساس آمارهای سرشماری سال ۱۳۹۵ حدود شش میلیون نفر از جمعیت ایران را نوجوانان ۱۹ - ۱۴ ساله تشکیل می‌دهد که تقریباً معادل ۷ درصد از جمعیت کل کشور است. (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۹). مطابق آمارهای موجود، شایع‌ترین علل مرگ و میر جوانان و نوجوانان زیر ۲۵ سال در ایران، در مرتبه اول، تصادفات رانندگی و سپس مسمومیت‌های ناشی از الکل، موادمخدر و خودکشی بوده است (احمدی و معینی، ۱۳۹۴). اغلب رفتارهای پرخطر در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شوند. با توجه به ساختار سنی جوان کشور و نظر به آن که نوجوانان آسیب پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر محسوب می‌شوند، بدیهی است که هرگونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه کاهش توانایی این قشر حرکت ساز، به گونه‌ای غیرقابل اجتناب پیشرفت جامعه اثر منفی خواهد داشت و از طرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آن‌ها ممکن است در درازمدت بر سلامت افراد جامعه اثر منفی بگذارد (اسلامی و همکاران، ۱۴۰۱). رفتارهای پرخطر مواردی هستند که می‌توانند تأثیرات نامطلوبی بر تکامل و بهزیستی نوجوانان و جوانان گذاشته و مانع از موفقیت آنان در آینده شوند. همچنین رفتارهای پرخطر را تنها نمی‌توان به عنوان یک سری از مشکلات فردی تلقی کرد بلکه منجر به پیامدهای سنگین برای جامعه نیز می‌شوند (حبیبی و همکاران، ۱۴۰۱). از آن جایی که بروز رفتارهای پرخطر، افراد زیادی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (فرد، خانواده و جامعه) می‌تواند به عنوان مهم‌ترین مسایل اجتماعی کشور باشد. رفتارهایی که سلامت انسان را تهدید می‌کند یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی اجتماعی است و اکثر کشورهای جهان به گونه‌ای با آن درگیر هستند و مشکلات زیادی را بر جوامع تحمیل می‌نماید. علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در دو دهه اخیر جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به آسیب رفتارهای پرخطر صورت گرفته است اما همچنان با افزایش روز افزون این رفتارها به ویژه در میان جوانان و نوجوانان رو به رو هستیم (عشایری و همکاران، ۱۴۰۱).

پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این مسئله که بروز رفتارهای پرخطر می‌تواند به عنوان یک مانع جدی در راه شکوفایی استعدادها و فردی و نیز توسعه اجتماعی قلمداد شود؛ انجام شده است. طی دو دهه گذشته، تحقیقات متعدد و متنوعی در حوزه رفتار پرخطر در کشور صورت گرفته است. اما پژوهش‌هایی که متکی به رویکردهای فراتحلیلی یا کل نگر باشند، بسیار محدود بوده است. همچنین پراکندگی سنی در پژوهش‌های شیوع‌شناسی، چشم انداز دقیقی از وضعیت شیوع رفتار پرخطر در گروه سنی نوجوان و جوان مشخص نمی‌کند. این پژوهش قصد دارد با تمرکز بر گروه سنی نوجوان و جوان مروری بر مهم‌ترین تحقیقات با موضوع رفتار پرخطر داشته باشد با این هدف که سیر شیوع رفتارهای پرخطر و چالش‌های این حوزه را بر مبنای نتایج تحقیقات گذشته بررسی و تحلیل نماید.

رفتار پرخطر

رفتار به عنوان عملی تعریف می‌شود که برخلاف واکنش‌های غیرارادی، حاکی از تصمیم و انتخاب فرد است اکثر رفتارهای جوانان و حتی بزرگسالان ناشی از عوامل مختلف جامعه‌پذیری شامل: خانواده، مدرسه، محله و گروه‌های همسالان است. رفتارهای پرخطر، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی یا بدون اطلاع از عواقب احتمالی مرتکب می‌-

شوند (کورت و سومرز، ۲۰۰۵؛ به نقل از پورسعید، ۱۴۰۰). رفتارهای پرخطر اکثرا در سنین نوجوانی رخ می‌دهد و تاثیرات منفی کوتاه مدت و بلند مدت بر سلامت و بهزیستی جسمانی و روانی افراد جامعه دارند (عشایری و همکاران، ۱۴۰۱). رفتارهای پرخطر را افراد از روی اراده انجام می‌دهند اما پیامدهای غیرارادی بر جای می‌گذارد که برای سلامتی آن‌ها مضر است. رفتارهای پرخطر از نظر اخلاقی خارج از هنجارهای مورد قبول بزرگسالان بوده و از نظر اجتماعی رفتارهایی منفی تلقی می‌شوند که به شدت توسط رسانه‌ها، مؤسسات و سایر بزرگسالان محکوم می‌گردند. رفتارهای پرخطر به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروه اول، رفتارهایی است که تنها تهدیدکننده سلامت خود فرد است و گروه دوم رفتارهایی را شامل می‌شود که تهدیدکننده سلامت و آرامش افراد دیگر جامعه هم خواهد بود (نیازی و سلیمان نژاد، ۱۳۹۹). توجه به رفتارهای پرخطر در نوجوانان و تلاش در جهت شناخت و پیشگیری آن‌ها از اواخر دهه ۱۹۸۰ از ایالات متحده آغاز شد و گسترش روز افزونی در میان سایر جوامع داشته است. از سال ۱۹۹۱ ایالات متحده یک برنامه ملی مدرسه مدار تحت عنوان «سیستم نظارت بر رفتارهای پرخطر نوجوانان» را طراحی و به اجرا گذارده که ارزیابی ۹ مقوله از رفتارهای پرخطر در نوجوانان شامل خشونت، خودکشی، بی ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی که احتمال ابتلا به ایدز یا بیماری‌های مقاربتی را به دنبال داشته باشند، رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم و عدم انجام فعالیت‌های بدنی و ورزش را در بر می‌گیرد (سلیمانی نیا و همکاران، ۱۳۸۴). پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که بسیاری از رفتارهای پرخطر با هم همبستگی دارند. به عنوان مثال مصرف الکل با خشونت رابطه دارد و در معرض خشونت بودن با مصرف مواد و شروع زود هنگام برقراری رابطه جنسی همبسته است (رادمهر و همکاران، ۱۳۹۷). اهداف، ارزش‌ها و عادات رفتاری در سال‌های نوجوانی تثبیت می‌شوند و در صورتی رفتارهای پرخطر در نوجوان نمود پیدا کند، سلامت و بهزیستی کل جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد. از این رو؛ اولویت‌بندی رفتارهای پرخطر، مسیر تمرکز مراقبت‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری را تعیین می‌کند.

بر اساس بررسی‌های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (۲۰۱۰) شش رفتار پرخطر شامل صدمات عمدی و غیرعمدی، سیگار کشیدن، استفاده از الکل و مواد مخدر، رفتارهای جنسی، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت‌های جسمانی است که باعث مرگ و میر جوانان و نوجوانان می‌شود (نوتن و نیکان به نقل از پروین، ۱۳۹۶). در ایران، پژوهش‌های متعددی به بررسی رفتارهای پرخطر در گروه‌های مختلف جمعیتی پرداخته‌اند. در برخی پژوهش‌ها صرفا بر یک یا دو مورد از رفتارهای پرخطر تمرکز شده است و در برخی دیگر، مجموعه رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گرفته‌اند که می‌توان سنخ‌شناسی رفتارهای پرخطر را از این نوع پژوهش‌ها استخراج کرد. عشایری و همکاران (۱۴۰۱) یک سنخ‌شناسی از رفتار پرخطر ارائه داده‌اند که شامل ۱۱ رفتار می‌باشد.

سنخ‌شناسی پدیده رفتار پرخطر (عشایری و همکاران، ۱۴۰۱)

ردیف	نوع	شرح
۱	خشونت	شکست و پرتاب کردن شیشه و چیزهای دیگر، صدمه زدن به اموال دیگران، تحقیر و تهدید دیگران، تخریب وسایل عمومی شهر (شکری و همکاران: ۱۳۹۴)
۲	رانندگی خطرناک	رانندگی با سرعت غیرمجاز، نیستن کمربند ایمنی هنگام رانندگی، سبقت غیرمجاز و خطرناک، استفاده از موبایل هنگام رانندگی، کم توجهی به علائم رانندگی (اسماعیل زاده و همکاران: ۱۳۹۳)
۳	مصرف خود سرانه دارو	داروهای خواب آور، ضد افسردگی، داروهای جنسی، تزریق خودسرانه آمپول (نیازی و همکاران: ۱۳۹۶)
۴	خودکشی	فکر کردن به خودکشی، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۴)
۵	اعتیاد به شبکه‌های مجازی و هرزه نگاری اینترنتی	دید تصاویر مسهجن و غیر اخلاقی، بازدید از سایت‌های مسهجن، ارسال عکس و فیلم مسهجن، تقاضای عکس و فیلم مسهجن، تقاضای برقراری رابطه جنسی در فضای مجازی، برقراری رابطه جنسی

1. Center for Disease Control and Prevention

در فضای مجازی (نیازی و همکاران: ۱۳۹۶)

۶	تغذیه ناسالم	مصرف زیاد گوشت، نمک، شکر و قند، فست فود و غذاهای سرخ کردنی (کوهی و وفایی اقدم، ۱۳۹۶)
۷	تحرك ناکافی	ورزش نکردن، پیاده روی نکردن، خواب نامناسب (کوهی و وفایی اقدم، ۱۳۹۶)
۸	مصرف سیگار و قلیان	کشیدن سیگار و قلیان به صورت مفرط (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۴)
۹	مصرف الکل و مواد مخدر	شامل حشیش، تریاک، شیشه (علیوردی نیا، ۱۳۹۴)، تولید، خرید و فروش، قاچاق و مصرف مواد مخدر از راه های گوناگونی بر توسعه اجتماعی جامعه اثر می گذارد و عوامل اجتماعی و اقتصادی خاص مانند فقر، تحصیلات پایین و فقدان خدمات و مراقبت های بهداشتی نیز می تواند اثری منفی بر مصرف مواد داشته باشند (گزارش جهانی مواد مخدر، ۲۰۱۶، ۶۹)
۱۰	رابطه جنسی ناسالم	داشتن رابطه جنسی متعدد، رفتار جنسی محافظت نشده (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲)
۱۱	قمار کردن	نیازی و همکاران (۱۳۹۶)

ادبیات نظری

از منظر جامعه شناسی، مساله اجتماعی وضعیت اظهار شده ای است که با ارزش های شمار مهمی از مردم مغایرت دارد و معتقدند باید برای تغییر آن وضعیت اقدام کرد. در این تعریف؛ منظور از «وضعیت اظهار شده»، وضعیتی است که مردم در مورد آن صحبت می کنند یا در رسانه ها مورد توجه است. تاکید بر «ارزش ها» به این دلیل است که مردم در چارچوب نظام ارزشی مورد قبولشان وضعیتی را مساله اجتماعی می دانند. رویکردهای نظری، شامل ایده های منسجم و تحلیلی هستند که در خود شیوه های متفاوتی از نگاه کردن به مسایل اجتماعی را دارند (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). هفت رویکرد نظری جامعه شناختی که می توان در تحلیل رفتارهای پرخطر به عنوان مسایل اجتماعی به کار گرفت عبارتند از: ۱- آسیب شناسی اجتماعی ۲- بی سازمانی اجتماعی ۳- کج رفتاری ۴- تضاد ارزشی ۵- برچسب زنی ۶- انتقادی ۷- برساخت گرایی اجتماعی

آسیب شناسی اجتماعی: این رویکرد جامعه را یک ارگانیزم می داند و کارکرد آن را در حالت نرمال، وضعیت «جامعه سالم» تلقی می کند. توجه اصلی آن به بیماری ها یا آسیب های جامعه است. در تشریح وضعیت آسیب، این رویکرد معتقد است شرایط و تنظیمات به گونه ای است که رفتارهای «خوشایند» اجتماعی را سالم بر می شمرد، اما آنانی را که با رفتارهای «خوشایند» فاصله گرفته اند، «بیمار» و در نتیجه بد تلقی می کند. بنابراین رویکرد آسیب شناسی اجتماعی، تخلف از انتظارات اخلاقی را مساله اجتماعی می داند. علت نهایی مسایل اجتماعی ناکامی در جامعه پذیری است. که ابتدا به میراث ژنتیکی (آسیب شناسان متقدم) و سپس به محیط اجتماعی و ارزش های غلط یاد گرفته شده (آسیب شناسان متاخر) نسبت داده شده است در این رویکرد، ناملازمات اجتماعی هزینه حفظ یک نظم اجتماعی مشروع را افزایش می دهند. راه حل مسایل اجتماعی، در آموزش اخلاقیات طبقه متوسط به مشکل آفرینان نهفته است (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). به طور کلی در این رویکرد فرض بر آن است که بین «بهنجار» و «کجرو» تمایزی خاص وجود دارد و به دنبال اندیشه تعیین یافته بودن رفتار هستند. بدان معنا که رفتار افراد را اساسا عوامل و نیروهایی خارج از کنترل مستقیم آن ها شکل می دهد. کانون تحلیل رویکرد آسیب شناسی که مبتنی بر نگرش اثبات گرایی است به جای اینکه بر عمل مجرمانه متمرکز باشد، متوجه ماهیت و ویژگی های مجرم است (وایت و هینز، ۱۳۹۴).

بی سازمانی اجتماعی: این رویکرد جامعه را نظامی اجتماعی می داند یعنی یک کل پویای پیچیده که اجزای آن با یکدیگر هماهنگی دارند. هرگاه رویدادها جزئی از این نظام را تغییر دهند، سایر اجزا باید با آن سازگار شوند. بی سازمانی اجتماعی به فقدان این سازگاری یا سازگاری ضعیف بین اجزای یک نظام اشاره دارد. به عبارت دیگر، بی سازمانی اجتماعی عبارت است از وضعیت عدم توفیق مقررات. سه نوع عمده بی سازمانی عبارت است از: بی هنجاری، ستیز فرهنگی و اختلال. علت ریشه ای بی-

سازمانی اجتماعی، به طور کلی تغییرات اجتماعی است. رویکرد بی سازمانی اجتماعی پیش بینی کننده پیامدهای تغییر برای نظام و برای افراد داخل نظام است. بی سازمانی اجتماعی برای افراد، تولید فشار روانی می کند که خود موجب بی سازمانی شخصیتی (به طور مثال بیماری روانی و الکلیسم) می شود. بی سازمانی اجتماعی برای نظام می تواند پیامدهای سه گانه ای داشته باشد: ۱- ممکن است تغییر در نظام روی دهد. ۲- نظام می تواند در وضعیتی پایدار به کار خود ادامه دهد. ۳- نظام ممکن است مختل شود یعنی بی سازمانی چنان مخرب است که نظام را متلاشی می کند. تلاش برای کاهش بی سازمانی اجتماعی وقتی می تواند موثر بیفتد که تشخیص آسیب درست باشد. بنابراین اجزای یک نظام که از ردیف خارج شده اند باید به وضعیت تعادل برگردند (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱).

کج رفتاری: رویکرد کج رفتاری که از اندیشه های جامعه شناسانی چون دورکیم و مرتن متأثر است، کج روی را ناشی از تنش های ساختاری و نبود نظم و ترتیب اخلاقی در جامعه می داند. اگر آرزوها و خواسته های افراد جامعه با مواهب و پاداش های موجود تطابق نداشته باشد، این اختلاف میان آرزوها و تحقق آن؛ به محرک و زمینه ای برای کج روی برخی اعضای جامعه بدل می شود (گیدنز، ۱۳۹۸). در رویکرد کج رفتاری، مسائل اجتماعی انعکاس تخلف از انتظارات بهنجارند. رفتارها یا وضعیت هایی که از هنجارها فاصله بگیرند، کج روی اجتماعی اند. علت کج رفتاری در جامعه پذیری نامتناسب نهفته است. به عنوان مثال زمانی که آموزش شیوه های کج روی سهمی بیش از آموزش شیوه های غیر کج روی داشته باشد. فرض اصلی این رویکرد آن است که گرایش به کج رفتاری در جامعه و در متن گروه اولیه آموخته می شود و راه حل مسائل اجتماعی در جامعه پذیری مجدد است. بهترین راه جامعه پذیری مجدد، افزایش تماس گروه اولیه مهم با الگوهای رفتاری مشروع و کاهش تماس گروه اولیه مهم با الگوهای رفتاری نامشروع است. در عین حال فرصت ها هم باید از ساختاری باز برخوردار باشند تا گرایش های محرک افراد به رفتارهای نامقبول کاهش یابد. هر چه فرصت های مشروع افزایش یابد، رفتارهای مساله دار اجتماعی کاهش می یابد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). نقطه شروع در رویکرد کج رفتاری این تصور است که جرم اصولا پدیده ای اجتماعی است. یعنی فهم عملی خاص مانند جرم را به نوعی با فرایندها و ساختارهای فراگیر اجتماعی مرتبط می بیند. در این رویکرد، موجبات شکل گیری جرم را باید در درون اجتماع جست. یک «مجرم» یا «کجرو» محصول نوعی نظم خاص اجتماعی است. کانون عمده تحلیل در رویکرد کج رفتاری، فشارهایی است که با «فرصت های ساختاری» و «فرایندهای فرهنگی» پیوند دارد (وایت و هینز، ۱۳۹۴).

تضاد ارزشی: در رویکرد تضاد ارزشی، مساله اجتماعی ریشه در تضاد ارزش ها دارند. رقابت و انواع خاص برخورد بین گروه ها، شرایط زمینه ساز این گونه تضادها هستند. علت ریشه ای مسایل اجتماعی، تضاد ارزش ها یا منافع است. گروه های مختلف چون منافع متفاوتی دارند، رودروی یکدیگر قرار می گیرند و به مجرد اینکه این رودرویی خود را به شکل تضاد متبلور سازد، مساله اجتماعی متبلور می شود. شرایط زمینه ساز موثر بر ظهور و دوام مسایل اجتماعی عبارت است از رقابت و برخورد بین گروه ها. در نگاه این رویکرد، تضادها فرساینده و پرهزینه اند. تضادها گاهی به فداکردن ارزش های مهم تر-به پای ارزش های کم اهمیت تر می انجامند. در ارتباط با راه حل، رویکرد تضاد ارزشی، سه راه متفاوت پیشنهاد می کند. اگر طرفین بتوانند به خاطر مجموعه ای از ارزش های والاتری که هر دو به آن پایبندند، مصالحه کنند، توافق حاصل می شود. اگر طرفین بتوانند چانه زنی کنند، معامله ارزش ها به صورتی آزادانه انجام می شود و چنانچه نه معامله و نه توافقی انجام شود، در این صورت گروهی که قدرت بیشتری داشته باشد، مسلط می شود (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). این رویکرد به طور کلی از ترکیب نظریه های تضاد اروپایی و آمریکایی به وجود آمده است. جامعه شناسان آمریکایی به مطالعه نظریه های تضادگرایان اروپایی مانند کارل مارکس یا جرج زیمل پرداختند و نظریه های خود را در باب تضاد ارزشی تدوین کردند.

برچسب زنی (انگ زنی): رویکرد برچسب زنی با این مقدمه آغاز می کند که جرم و رفتار مجرمانه، فرایندی اجتماعی است. کانون توجه این دیدگاه معطوف به ماهیت کنش متقابلی است که میان «مجرم»، «بزه دیده» و «مقامات» دستگاه جزایی به



وقوع می‌پیوندد. جرم در واقع پدیده‌ای «عینی» نیست، بلکه این ماهیت کنش‌های متقابل میان افراد و همچنین طبیعت برچسب زدن‌های گزینشی است که آن را شکل می‌دهد (وایت و هینز، ۱۳۹۴). در رویکرد برچسب زنی، کجروی اجتماعی با واکنش اجتماعی نسبت به تخریبی که ادعا می‌شود از مقررات یا انتظارات انجام گرفته، تعریف شده است و علت مساله اجتماعی را در نهایت توجه مردم یا عوامل کنترل کننده اجتماعی به موضوع می‌داند. در این رویکرد، شرایط ظهور مساله اجتماعی زمانی روی می‌دهد که شخصی یا وضعیتی انگ خورده باشد. پیامد مساله اجتماعی ممکن است به تحول در روابط متقابل انسانی منتهی شود که خود به «کجروی بیشتر» بینجامد. برای حل مساله اجتماعی، رویکرد انگ‌زنی پیشنهاد می‌کند تعریف‌ها باید تغییر کند و سودی که از انگ زنی عاید انگ‌زنان می‌شود از بین برود. (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). ادوین لمرت یکی از نظریه‌پردازان رویکرد برچسب زنی، کج روی را به دو نوع «اولیه» و «ثانویه» تقسیم می‌کند. در واقع همین که شخصی انگ کج رفتار می‌خورد صرف نظر از ماهیت کنش او، تمایل دارد که خود را کج رفتار بداند و همین امر باعث ادامه کنش قبلی (کج رفتاری) خواهد شد (سروستانی، ۱۳۹۲).

انتقادی: فرضیه کلیدی رویکرد انتقادی این است که تحلیل‌گران به جای تحلیل یکی از اجزای نظام اجتماعی به بررسی کل آن بپردازند. مسایل اجتماعی با مجموعه‌ای از رویدادها، تغییرات و فشارهایی که در مورد همه نهادهای اجتماعی اعمال می‌شود، ارتباط متقابل دارند. در این رویکرد، مساله اجتماعی وضعیتی است که از استثمار طبقه کارگر ناشی می‌شود. رویکرد انتقادی علت مسایل اجتماعی را شکلی از سازمان اجتماعی می‌داند که جامعه سرمایه‌داری از پایه می‌دهد و موجب دامنه وسیعی از مسایل خاص اجتماعی است. این نظام سلطه طبقاتی است که مساله اجتماعی جرم را ایجاد و آن را حفظ می‌کند. در این رویکرد، شرایط مهم مسائل اجتماعی، عبارت است از گستره و شدت سلطه و تضاد طبقاتی، آگاهی طبقه کارگر و تغییرات در اوضاع اقتصادی. رویکرد انتقادی معتقد است اگرچه جوامع سرمایه‌داری از مراحل دوری گذر می‌کنند، مسایل اجتماعی با پیشرفت در مراحل رشد سرمایه‌داری تناسب دارند. در این رویکرد، راه حل مسایل اجتماعی فقط از طریق فعالیت سیاسی ممکن است. جنبش طبقه کارگر باید از راه اصلاحات یا انقلاب، برای دستیابی به جامعه بی‌طبقه مبارزه کند و از همین راه مجموعه‌ای از مسایل اجتماعی که ذاتی نظام اجتماعی مبتنی بر نابرابری اجتماعی است، از بین ببرد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱). شالوده برداشت‌های مارکسیستی در قالب رویکرد انتقادی درباره جامعه و کجروی، تحلیل خاصی است که این دیدگاه درباره قدرت ساختاری موجود درون جامعه از پایه می‌دهد. دیدگاه جرم‌شناسی مارکسیستی، فهم جرم را نیازمند بررسی دو عنصر می‌داند: نخست؛ کنش‌های صاحبان قدرت در زمینه تعریف و اعمال گونه‌ای خاص از نظم اجتماعی. دوم؛ اعمال قشرهای فاقد قدرت در بستر ساختاری اجتماعی که در درون آن از امکانات و منابعی اندک‌تر و همچنین قدرت تصمیم‌گیری کمتری به نسبت به صاحبان ابزارهای تولید برخوردارند (وایت و هینز، ۱۳۹۴).

برساخت‌گرایی اجتماعی: رویکرد برساخت‌گرایی به شدت ذهن‌گرا است و مدعی است مساله اجتماعی آن چیزهایی‌اند که مردم فکر می‌کنند مساله اجتماعی هستند. برساخت‌گرایی با اتخاذ موضوع ذهن‌گرایی افراطی، تمام توجه خود را به فرایند تعریف معطوف می‌کند. در این رویکرد، مسایل اجتماعی وضعیت‌هایی هستند که به لحاظ فرهنگی، پردردسر، گسترده، قابل تغییر و نیازمند به تغییر تعریف شده‌اند. علل بروز مسایل اجتماعی نیز فعالیت‌هایی است که مردم به هنگام تلاش برای جبران نارضایتی خود به آن‌ها مشغول هستند. رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی معتقد است که شرایط ظهور مسایل اجتماعی عبارت است از فرایند تعامل بین شاکیان به عنوان آغازگران و عوامل قدیم یا جدید به عنوان پاسخگویان به مطالبات آن‌ها برای جبران. در حوزه پیامد، فقط تحقیق تجربی می‌تواند پاسخ‌های موقتی به سوال پیامدها بدهد. در حوزه راه حل‌ها، رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی ساکت بوده و بر این باور است که این موضوع با تحقیق در طول مدت فرایند تعریف مساله برخورد شود (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱).. رویکرد برساخت‌گرایی که مبتنی بر نگاه پدیدارشناسانه به کج روی است تلاش می‌کند به

بخش اندرونی ذهن افراد وارد شود و به مقولات و مفاهیمی مانند آگاهی، نگرش، احساس، درک و دریافت عقیده بپردازد. فرض اصلی این رویکرد آن است که همه افراد، چه کج رفتار انگ خورده و چه هم نوای انگ زنده در برساخت، تعریف یا تفسیر خود از کج رفتاری، کاملاً ذهنی عمل می‌کنند. این رویکرد؛ تجربیات ذهنی و درونی فرد کج رفتار را عین واقعیت کج رفتاری می‌داند و به نظر آن‌ها پدیده واقعی، همان تجربه و آگاهی بی‌فاصله شخص کج رفتار است (سروستانی، ۱۳۹۲).

ادبیات تجربی

بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه رفتارهای پرخطر نشان می‌دهد، پژوهش‌های داخل کشور به دو صورت انجام گرفته است. دسته اول پژوهش‌ها به بررسی رفتار پرخطر پرداخته‌اند. این بررسی‌ها بر تقسیم بندی‌های متنوعی از انواع رفتار پرخطر متکی بوده‌اند. در جدول زیر ۵ مورد از این پژوهش‌ها نشان داده شده است که غالباً پژوهش‌های کمی هستند و در ۵ استان طی سنوات ۱۴۰۱-۱۳۹۳ صورت گرفته است.

محل پژوهش	حجم نمونه	جامعه آماری	روش	سال	محقق	مساله پژوهش
گیلان	۳۸۴	دانش آموزان متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۴۰۱	اسلامی و همکاران	شیوع رفتارهای پرخطر
اصفهان	۱۰۰	دانشجویان دختر	کمی-پیمایش	۱۴۰۰	پور سعید و همکاران	پیش بینی رفتار پرخطر
قم	۸۰۰	دانش آموزان متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۹۵	مرزبان و همکاران	شیوع رفتارهای پرخطر
قزوین	۵۱۰	نوجوانان	کمی-پیمایش	۱۳۹۳	اسماعیل زاده و همکاران	شیوع رفتارهای پرخطر
سمنان	۹۸	دانش آموزان متوسطه دوم	کیفی-گروه متمرکز	۱۳۹۳	آتش نفس و همکاران	رفتارهای پرخطر شایع و عوامل خانوادگی موثر بر آن

دسته دوم پژوهش در حیطه رفتار پرخطر، صرفاً بر روی یک یا چند رفتار خاص متمرکز هستند و آن را به صورت‌های مختلف (میزان شیوع، همبستگی با متغیرهای دیگر و...) مورد بررسی قرار می‌دهند. ۳۵ پژوهش در این رابطه مورد بررسی قرار گرفته است که خلاصه آن در جدول زیر قابل مشاهده است. این پژوهش‌ها، شامل تشریح وضعیت در دو دهه ۸۰ و ۹۰ شمسی می‌باشند و رفتارهایی را در برمی‌گیرند که به گروه سنی نوجوان و جوان ارتباط داشته است.

محل پژوهش	حجم نمونه	جامعه آماری	روش	سال	محقق	مساله پژوهش
بیرجند	۱۸	دانش آموزان متوسطه اول و دوم	کیفی-گراند تئوری	۱۴۰۰	قیصری و همکاران	مواد مخدر
تهران	۱۰۰	جوانان معتاد	کمی-پیمایش	۱۳۹۷	حسینی	مواد مخدر
سمنان	۴۰۰	دانش آموزان متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۹۵	نریمانی و همکاران	مواد مخدر
زاهدان	۶۰۰	جوانان مصرف کننده	کمی-پیمایش	۱۳۹۵	انصاری و همکاران	مواد مخدر
۵ استان	۲۴۰۰	دانش آموزان	کمی-پیمایش	۱۳۹۴	شیخ و کاشی	مواد مخدر
کرج	۴۴۷	دانش آموزان متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۹۰	علائی و همکاران	مواد مخدر، سیگار، قلیان
کشوری	۸۷۷۵	دانشجویان	کمی-پیمایش	۱۳۸۹	ترقی جاه و همکاران	سیگار و قلیان
۱۰ استان	۲۵۳۸	نوجوان ۱۸-۱۳	کمی-پیمایش	۱۳۸۷	محمدخانی	الکل، سیگار و سایر مواد
ارومیه	۴۳۶	دانشجویان	کمی-پیمایش	۱۳۹۷	حمیدیان و زینالی	الکل و مواد
تهران		جوانان ۲۴-۱۸	کمی-پیمایش	۱۳۹۶	صادقی و همکاران	الکل
ارومیه	۴۱۰	جوانان ۳۵-۱۵	کمی-پیمایش	۱۳۹۳	پورافکاری و همکاران	الکل
البرز	۳۰	دانشجویان دانشگاه خوارزمی	کیفی-مصاحبه	۱۴۰۰	حبیب پور و همکاران	سیگار
کرمان	۲۱	دانشجویان دختر	کیفی-مصاحبه	۱۳۹۸	بلوردی و همکاران	سیگار
اصفهان	۳۰۵	دانشجویان علوم پزشکی	کمی-پیمایش	۱۳۹۱	امین الرعایا و همکاران	سیگار
۳ استان	۵۷۸	دانشجوی پسر	کمی-پیمایش	۱۳۹۰	شریفی راد و همکاران	سیگار
کرمان	۸۶۰	دانش آموز متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۸۷	ضیاء الدینی و همکاران	سیگار
قائم شهر	۴۰۰	دانش آموزان	کمی-پیمایش	۱۳۸۷	علی وردی نیا	سیگار
جیرفت	۴۷	جوانان	کیفی-مصاحبه	۱۳۹۷	افراسیابی و امیرمحمدی	قلیان
اردبیل	۳۹۷	دانشجویان تربیت بدنی	کمی-پیمایش	۱۳۹۷	نخستین و همکاران	قلیان
شیراز	۳۷	دختران و زنان جوان	کیفی-مصاحبه	۱۳۹۴	سهراب زاده و پرنیان	قلیان
کردکوی	۲۶۶	نوجوانان و جوانان	کمی-پیمایش	۱۳۹۴	قربانی و همکاران	قلیان
تهران	۱۶۲	دانشجویان پسر علوم پزشکی	کمی-پیمایش	۱۳۹۱	دهداری و همکاران	قلیان
تهران	۴۳۶۱	دانش آموزان	کمی-پیمایش	۱۳۸۵	مومنان و همکاران	قلیان
باقت	۲۵۶	دانش آموز متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۴۰۰	صنعت خواه	خشونت یا پرخاشگری
تهران	۱۸۰	نوجوانان و جوانان	کمی-پیمایش	۱۳۹۹	مرادی و امین پور	خشونت یا پرخاشگری
اردبیل	۱۸۰	دانشجویان پرستاری	کمی-پیمایش	۱۳۹۸	محمد پور و همکاران	خشونت یا پرخاشگری
کازرون	۲۶۶	دانشجویان	کمی-پیمایش	۱۳۹۸	عظیم پور و همکاران	خشونت یا پرخاشگری
یزد	۱۷۷	دختران نوجوان پایه نهم	کمی-پیمایش	۱۳۹۷	سید حسنی و همکاران	خشونت یا پرخاشگری
بوکان	۴۰	دانشجویان	کمی-نیمه آزمایشی	۱۳۹۴	محبوبی و همکاران	خشونت یا پرخاشگری
مشکین شهر	۳۰۰	دانش آموز سال سوم متوسطه	کمی-پیمایش	۱۳۸۹	خانجانی و عظیم زاده	خشونت یا پرخاشگری
تهران	۴۰۰	دانش آموزان دختر متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۸۸	تنهایی و همکاران	خشونت یا پرخاشگری
اصفهان	۸۰۰	دانش آموز متوسطه دوم	کمی-پیمایش	۱۳۸۱	گلچین	خشونت یا پرخاشگری
شازند	۳۰	دانش آموزان دختر متوسطه دوم	کیفی-گراند تئوری	۱۴۰۱	قادری و همکاران	رفتار جنسی پیش از ازدواج
اصفهان	۴۳۰	دانشجویان	کمی-پیمایش	۱۳۹۷	قنبری و همکاران	رفتار جنسی پیش از ازدواج
تهران	۱۰	مردان و زنان مجرد	کیفی-گراند تئوری	۱۳۹۴	میرابی و همکاران	رفتار جنسی پیش از ازدواج
تهران	۳۴	مردان مجرد	کیفی-گراند تئوری	۱۳۹۰	آزاد ارمکی و همکاران	رفتار جنسی پیش از ازدواج

روش تحقیق

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و مروری است که با استفاده از روش کتابخانه‌ای شیوع رفتارهای پرخطر را در پژوهش‌های دهه ۸۰ و ۹۰ ایران بررسی و مقایسه می‌نماید. ۴۰ پژوهش که با هدف تحقیق مرتبط بوده‌اند و در پایگاه‌های علمی کشور (نورمگز، پرتال جامع علوم انسانی و بانک مقالات جهاد دانشگاهی) نمایه شده است، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است. رفتارهای پرخطر در این پژوهش شامل شش رفتار ۱- پرخاشگری و خشونت ۲- مصرف سیگار ۳- مصرف قلیان ۴- مصرف مواد مخدر ۵- مصرف مشروبات الکلی ۶- رفتار جنسی پیش از ازدواج است که آمارهای ارائه شده از وضعیت شیوع آن‌ها از پژوهش‌ها استخراج و مورد تحلیل قرار گرفته است. به دلیل تنوع در اهداف تحقیق، روش، نمونه‌گیری و نقطه تمرکز مقالات، انجام فراتحلیل بر روی این ۴۰ پژوهش امکان‌پذیر نبود. ملاک انتخاب پژوهش‌ها، ارتباط با شیوع رفتارهای پرخطر و تمرکز بر گروه سنی نوجوان و جوان بوده است.

شیوع رفتارهای پرخطر در ایران

پرخاشگری و خشونت

پرخاشگری در انسان را می‌توان هر رفتاری دانست که دارای نیت آنی آسیب رسان به دیگران است. این رفتار به عنوان واکنشی به ناکامی در محیط‌های ناکام‌کننده، بیشتر دیده می‌شود (عظیم پور و همکاران، ۱۳۹۹). از نظر سازمان بهداشت جهانی، پرخاش استفاده عمدی از نیرو یا قدرت فیزیکی، ارعاب یا تهدید بر خود یا دیگری است که علیه یک گروه یا جامعه صورت گرفته و به آسیب جسمی یا آسیب روانی سوء رشد و تکامل یا محرومیت منجر شود یا احتمال وقوع این نتایج متصور شود (مرادی فرزوان و امین پور، ۱۳۹۹). یافته‌های برآمده از پژوهش‌ها نشانگر آن هستند که کودکان و نوجوانان پرخاشگر در بزرگسالی هم به ادامه پرخاشگری تمایل دارند (سید حسینی و همکاران، ۱۳۹۷).

در بررسی وضعیت رفتار پرخاشگری در ایران، می‌توان به آمارها و نتایج پژوهش‌ها استناد کرد. در سال ۱۴۰۰، تعداد ۵۸۶ هزار و ۲۸۳ مصدوم ناشی از نزاع (نزاع خیابانی و خانگی) به مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور مراجعه کردند. از این تعداد مراجعه‌کننده، ۳۹۱ هزار و ۶۲۵ نفر مرد و ۱۹۴ هزار و ۶۵۸ نفر زن بودند. بر اساس آخرین آمارهای مربوط به خشونت در کشور، میزان خشونت خانگی و خانوادگی در ایران در سال ۱۳۹۹ به نسبت سال ۱۳۹۷ در حدود ۲۶ درصد رشد داشته است. این در حالی است که خشونت‌های خانگی در بیشتر موارد زنان و کودکان را نشانه می‌گیرند. یکی از پرسشنامه‌های معمول برای سنجش میزان پرخاشگری؛ پرسشنامه باس و پری می‌باشد که ۴ بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و ستیزه‌گری (خصوصاً) را می‌سنجد. نمره کلی پرسشنامه بین ۱۴۵-۲۹ است و بالاترین نمره هر یک از ابعاد آن که نشان‌دهنده بالاترین سطح پرخاشگری می‌باشد به ترتیب عبارتند از ۴۵ (فیزیکی)، کلامی (۲۵)، خشم (۳۵) و ستیزه‌گری (۴۰). در پژوهشی که عظیم پور و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، بر روی ۲۶۶ نفر از دانشجویان کارشناسی شهرستان کازرون انجام دادند، میانگین شاخص پرخاشگری کل از ۱۴۵، ۸۰/۹۴ ارزیابی شد که تقریباً متوسط است. وکیلی و همکاران در سال ۱۳۹۳ به ارزیابی رفتارهای پرخاشگری در سنین ۹ تا ۷۷ سالدر شهر مشهد پرداختند. تحلیل نتایج برای پرخاشگری فیزیکی، ۲۳/۳۷ (مردان) و ۲۲/۱۷ (زنان)، پرخاشگری کلامی ۱۲/۳۰ (مردان) و ۱۳/۱۵ (زنان)، خشم ۱۷/۳۱ (مردان) و ۱۵/۹۹ (زنان)، ستیزه‌گری ۱۹/۵۷ (مردان) و ۱۸/۰۶ (زنان) را نشان داد. در کلیه ابعاد پرخاشگری اگرچه نسبت زنان و مردان اندکی تفاوت داشت، اما در مجموع وضعیت متوسط بود. برخی پژوهش‌ها بر رفتار پرخاشگری در نوجوانان متمرکز هستند و شیوه پرخاشگری در کودکان و نوجوانان را از ۸ تا ۲۰ درصد گزارش کردند (ساجدی و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های مطالعه‌ای در یاسوج، شیوع پرخاشگری بین نوجوانان را ۳۲/۲ درصد گزارش نموده است. همچنین بر اساس آمارهای غیررسمی، ۷۰

درصد از جرائم نوجوانان پسر و ۳۰ درصد از جرائم نوجوانان دختر، ریشه در پرخاشگری دارد (صنعت خواه، بحرینی نژاد، ۱۴۰۰). بسیاری از پژوهش‌ها بر این نکته تاکید دارند که پرخاشگری می‌تواند به رفتارهای ضد اجتماعی و قانون شکنانه آتی منجر شود.

مصرف سیگار

راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی که در سال ۱۹۹۹ منتشر شده، مصرف سیگار را یکی از زیرمجموعه‌های اعتیاد به مواد مخدر می‌داند (آبیرن، ۲۰۰۰؛ به نقل از علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۷). سالانه حداقل ۴/۵ میلیون نفر بر اثر استعمال سیگار و بیماری‌های ناشی از مصرف آن جان خود را از دست می‌دهند. برآورد سازمان جهانی بهداشت این است که در سال ۲۰۳۰، تعداد مرگ ناشی از مصرف سیگار به فراتر از ۱۰ میلیون نفر می‌رسد (امین‌الرعایا و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به مصرف سالانه ۷۵ تا ۸۰ میلیارد نخ سیگار در ایران، این رقم حدود ۲/۵ درصد سیگاری است که در دنیا مصرف می‌شود. آمار اعلامی توسط رئیس مرکز سلامت محیط کار وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۱ نشان می‌دهد که در بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰، آمار مصرف روزانه سیگار در جمعیت بالای ۱۸ سال، ۱۴/۰۱ درصد بوده است. بیشترین مصرف کنندگان دائمی سیگار در مردان مربوط به گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال است و در زنان گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر است. آمار مصرف سیگار در جمعیت بالای ۱۸ سال طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰، در زنان ۱۷/۲ درصد و در مردان ۰/۵ درصد کاهش داشته است. اگرچه در این بازه آمار مصرف قلیان افزایش ۲۸ درصدی را نشان می‌دهد. ۳/۴ درصد نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله کشور شکلی از دخانیات را مصرف می‌کنند. میانگین آغاز مصرف سیگار در پسران، سن ۱۵ و در دختران سن ۱۷ است. در مناطق روستایی، مصرف سیگار از مناطق شهری پیشی گرفته است. ۹۰ درصد از کسانی که سوء مصرف مواد مخدر دارند، مصرف کننده سیگار بوده‌اند. بنا بر اعلام رئیس سازمان امور دانشجویان وزارت عتف، ۸ درصد دانشجویان کشور به طور مستمر سیگار می‌کشند (مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، ۱۳۹۹؛ به نقل از حبیب پور، ۱۴۰۰). پژوهشی که در سال ۱۳۸۶ بر روی ۱۸۱۰ نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال بندر عباس انجام شد نشان داد که شیوع استعمال سیگار در مردان ۲۲/۷ و در زنان ۰/۹ درصد و به طور میانگین کل استان ۱۱/۷ درصد بوده است (آقا ملایی و زارع، ۱۳۸۶). پژوهش یزدانی (۱۳۸۶) در اصفهان نشان داد که ۲۲/۵ درصد دانش آموزان مورد بررسی سیگاری بوده‌اند. وفایی (۱۳۸۱) در بررسی میزان مصرف سیگار در دانش آموزان تبریز، میزان مصرف را ۱۲/۶ درصد اعلام کرده است. پژوهش علیوردی نیا و همکاران در سال ۸۶ بر روی ۴۵۰ دانش آموز پسر مقطع متوسطه شهرستان قائم شهر نشان داد که ۸۲/۶ درصد آن‌ها گرایش ضعیف به مصرف سیگار داشتند (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۷). بر مبنای روند تحقیقات دو دهه گذشته، افزایش سه برابری میل به مصرف سیگار در دختران دانشجو به نسبت پسران، از جا به جایی شیوع مصرف سیگار و تغییر روند مصرف از یک جنس به دو جنس حکایت دارد. این رخداد اعلام خطری جدی برای بنیان خانواده نسل آینده است (بلوردی و بهمنی، ۱۳۹۷).

مصرف قلیان

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، مرگ‌های مرتبط با دخانیات از ۵/۴ میلیون در سال ۲۰۰۵ به ۶/۴ میلیون در سال ۲۰۱۵ و ۸/۳ میلیون در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. قلیان، یک روش قدیمی استعمال دخانیات است. در حالی که در سال‌های نه چندان دور، مصرف قلیان بین بزرگسالان بویژه مردان مسن رواج داشته و امروزه به نظر می‌رسد این پدیده به طور شگفت آوری احیا شده و بین نوجوانان و جوانان محبوبیت یافته است و به طرز چشمگیری مصرف آن در دختران و زنان دیده می‌شود (قربانی و همکاران، ۱۳۹۴). مصرف روزانه قلیان در جهان، روزانه ۱۰۰ میلیون تخمین زده می‌شود (نخستین روحی و همکاران، ۱۳۹۷). طرح ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸، تغییرات شیوع مصرف دخانیات در ایران را در سنین ۱۵ تا ۶۹ سال مورد بررسی قرار داد و بر اساس نتایج آن، مصرف کلی چپق و یا قلیان طی این مدت از ۳/۸ به ۳/۵ درصد

کاهش ولی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال از ۰/۸ به ۱/۴ افزایش یافته بود (مومنان و همکاران، ۱۳۸۶). به طور کلی آمارها حاکی از افزایش چشمگیر مصرف قلیان در بیست سال اخیر به خصوص در سنین نوجوانی و جوانی و به ویژه در بین زنان و دختران (نسبت به مردان) است به گونه‌ای که مصرف قلیان به رفتاری اجتماعی عادی بدل شده است (ناصری پلنگرد، ۱۳۹۲). مصرف قلیان در فواصل سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ با رشد ۲۸ درصدی مواجه بوده است. طبق آمار اعلامی در سال ۱۳۹۷، سن شروع قلیان به ۱۴ سال و در سال ۱۴۰۰ به ۱۳ سال رسیده است. گزارش‌های رسمی نیز از روند روبه رشد مصرف قلیان در خانواده‌ها و دختران خبر می‌دهند. بنابر گزارش‌های وزارت بهداشت، روند مصرف سیگار در کشور رو به افزایش نبوده و در بعضی سال‌ها نیز کاهش یافته است، اما در مقابل مصرف قلیان در بین نوجوانان و به خصوص دختران، موضوعی نگران کننده است. نتایج مطالعات آماری سال‌های ۸۲ و ۸۶ نشان از رشد ۲ برابری مصرف قلیان در بین افراد ۱۳ تا ۱۵ سال داشته که این رشد در بین دختران ۲/۵ برابر بوده است (اسکندری نسب، ۱۳۹۹). بنا بر اعلام رئیس سازمان امور دانشجویان وزارت عتف، آمار مصرف قلیان با انگیزه مصرف تفننی بیشتر از سیگار است و رشد مصرف آن در دختران دانشجو از پسران پیشی گرفته است (مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، ۱۳۹۹؛ به نقل از حبیب پور، ۱۴۰۰). در بررسی قربانی و همکاران (۱۳۹۴) که بر روی نوجوانان و جوانان شهرستان کردکوی صورت گرفت ۵۱/۵ درصد افراد مورد مطالعه اعلام کردند که هر روز قلیان می‌کشیدند. در پژوهشی که در سال ۱۳۹۰ بر روی دانش آموزان دختر و پسر کرج انجام شد، در حدود ۵۷ درصد آن‌ها اعلام کردند که در طول عمر خود حداقل یکی از انواع مواد شامل سبک یا سنگین را مصرف کرده‌اند. بیشترین میزان استفاده به ترتیب شیوع عبارتند از قلیان (۵۳ درصد)، سیگار (۲۴/۸)، تریاک (۲ درصد)، حبشیش (۱/۱ درصد)، شیشه (۰/۴ درصد)، کراک (۰/۴ درصد) و هروئین (۰/۲ درصد) بوده است (علایی و همکاران، ۱۳۹۰). ترقی جاه و همکاران (۱۳۸۹)، عوامل پیش‌بینی کننده مصرف سیگار و قلیان را بر روی ۸۳۷۵ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های دولتی کشور بررسی کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد، شیوع مصرف قلیان ۴۰/۳ درصد بوده است. بررسی وضعیت استعمال دخانیات در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۶ نشان داد که شیوع مصرف قلیان در دختران از ۸/۷ درصد به ۱۹/۵ درصد افزایش یافته است. در تحقیقات صورت گرفته بر روی ۲۸۷۷ نوجوان تهرانی (۱۴-۱۸ سال) در سال ۱۳۹۳ گزارش شده که شیوع مصرف قلیان در حال حاضر به میزان ۲۵/۷ درصد (مصرف روزانه قلیان ۱/۵ درصد پسران و ۱/۵ درصد دختران) رسیده است (اسکندری نسب و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهشی که توسط مومنان و همکاران (۱۳۸۶) در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ بر روی ۴۳۶۱ دانش‌آموز نوجوان منطقه ۱۳ تهران انجام شد، نشان می‌دهد که شیوع کلی مصرف ۵۶/۹ درصد بوده است. در پسران این عدد ۶۰/۶ و در دختران ۵۳/۱ درصد است. شایع‌ترین سن نخستین تجربه مصرف قلیان در نوجوانان تجربه کننده، سنین ۱۳-۱۲ سالگی (۲۸/۸ درصد) بود. شایع‌ترین محل کشیدن قلیان (۲۷/۵ درصد) در کل نوجوانان تجربه کننده، کافی شاپ، رستوران یا قهوه خانه سنتی بود.

مصرف مواد مخدر

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹) مساله مواد مخدر (اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف) را در کنار سه مساله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد (صرامی، ۱۳۹۲). در سال ۱۳۸۵ بنا بر آمار نیروی انتظامی، حدود ۱/۵ میلیون نفر و بنا به آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳/۷ میلیون نفر در سطح کشور ایران مصرف کننده قطعی و تغنی مواد مخدر وجود داشت در سال ۱۴۰۰، این رقم به ۱۲ میلیون مصرف کننده افزایش یافته است که ۴ میلیون و پانصد هزار نفر آن جزء مصرف کنندگان دائمی هستند و ۱۰ درصد از جمعیت معتادان را زنان تشکیل می‌دهند. طبق آمارهای اعلام شده توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مصرف مواد مخدر، سن ورود به مصرف مواد مخدر ۱۵ سال و میانگین سن مصرف در کشور، ۲۲/۳ سال است. اعتیاد

نوجوانان در دهه ۸۰، نیم درصد و در دهه ۹۰ به ۲/۱ درصد افزایش داشته است (رشد ۴ برابری). نرخ مصرف در دانشجویان ۴/۷ درصد است. تریاک رایج‌ترین ماده مصرفی مخدر است و پس از آن ماری جوانا (حشیش، گنگ، علف، گراس) و سپس هروئین و در آخر شیشه قرار دارد. البته گرایش جوانان و نوجوانان بیشتر به ماری جوانا و حشیش، گنگ، علف، گراس می‌باشد. در پژوهش صرامی و همکاران (۱۳۹۲) به سیر تاریخی پژوهش‌های حوزه اعتیاد پرداخته شده است. اولین آمار رسمی مکتوب درباره تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران مربوط به سال ۱۳۲۷ شمسی است که تعداد معتادان به تریاک را یک میلیون و دویست و پنجاه هزار نفر از کل جمعیت ۱۴ میلیونی کشور اعلام می‌کند. در سال ۱۳۵۱ شمسی، تعداد کل جمعیت معتاد کشور را ۴۰۰ هزار نفر و مصرف کننده تریاک را ۱۵۰ هزار نفر تخمین زده‌اند. پژوهش ملی در زمینه اعتیاد و عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۷۷، تعداد معتادان کشور را حداکثر چهارمیلیون و دویست هزار نفر و حداقل یک میلیون و پانصد هزار نفر برآورد کرده است. پژوهش بررسی همه گیر شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۲)، تعداد مصرف کنندگان تریاک و سایر مواد افیونی را سه میلیون و هفتصد هزار نفر اعلام کرده است. بررسی وضع موجود سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان کل کشور (۱۳۸۲) که بر روی نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال انجام شد، نشان داد که ۳/۵ درصد از دانش آموزان سیگار کشیدن را تجربه کرده‌اند، ۱/۲ درصد مشروبات الکلی نوشیده و ۰/۵ درصد مواد مخدر را مصرف کرده‌اند. بررسی شیوع شناسی اعتیاد به پنج ماده مخدر و شاخص‌های اعتیاد در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله در شهرهای اصفهان، مشهد و شهرکرد در سال ۱۳۸۳، نشان داد که شیوع مصرف مواد شامل ۱۳/۵ درصد استعمال سیگار، ۵/۸۳ درصد تریاک، ۳/۴ درصد هروئین، ۳/۱ درصد متادون، ۰/۷۲ اکستازی و ۲/۱۲ درصد حشیش بوده است. نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) با پژوهش بر روی ۴۰۰ دانش آموز دختر و پسر مقطع متوسطه شهر سمنان به این نتایج دست یافتند که ۸/۷ درصد از دانش آموزان حداقل یکبار تجربه مصرف مواد مخدر را داشته‌اند. طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی (۱۳۹۰) که بر روی ۱۵ هزار خانوار انجام شد. در این پژوهش نرخ شیوع برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، معادل ۲/۶۵ درصد برآورد شد. نوع مواد مصرفی به ترتیب عبارت بود از: تریاک (۵۲/۰۲ درصد)، شیشه (۲۶/۲۲ درصد)، کراک (۱۵/۹۴ درصد)، هروئین (۹/۷۷ درصد)، حشیش (۶/۴۳ درصد)، اکستازی (۳/۰۸ درصد)، شیره (۲/۸۳ درصد). صرامی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی چهار دهه شیوع شناسی اعتیاد در ایران پرداختند. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که آمار اعتیاد طی چهار دهه اخیر در نوسان بوده است. به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۰، این برآورد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال (معادل ۵۰ میلیون نفر) یک میلیون و سیصد و بیست پنج هزار نفر اعلام شده است. تجزیه تحلیل فراوانی بروز سالانه سوء مصرف مواد نشان می‌دهد در طی سال‌های ۵۷ تا ۷۷ به طرز متوسط میزان رشد بروز سوء مصرف مواد سالانه ۸ درصد بوده است و یا به عبارت دیگر تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده است. با مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت (۲/۶۳) در همین بازه زمانی ملاحظه می‌شود که بروز سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۱). در بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته میزان مصرف مواد در پسران به طور مشخص از دختران بیشتر است.

مصرف مشروبات الکلی

الکل با سابقه مصرفی ۸۰۰۰ ساله قدیمی‌ترین ماده مصرفی است که هزینه‌های هنگفت پزشکی و اجتماعی را به خود اختصاص داده است. بر اساس آمار سازمان پزشکی قانونی طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰، در سراسر کشور، مرگ‌های ناشی از سوء مصرف مواد و الکل پس از تصادفات و حوادث رانندگی، دومین عامل مرگ‌های غیرطبیعی افراد است (پزشکی قانونی به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۹۶). طبق آمارهای اعلام شده توسط سازمان امور اجتماعی، نرخ شیوع الکل در کشور بین ۹ تا ۱۰ درصد افراد بالای ۱۵ تا ۶۴ سال است. تخمین زده می‌شود سالانه بیش از پنج میلیون نفر در کشور حداقل یکبار الکل مصرف می‌کنند. اما تعداد افراد وابسته به الکل ۲۰۰ هزار نفر تا ۶۰۰ هزار نفر در کشور است. سن شروع مصرف الکل در کشور

زیر ۱۵ سال است و میزان مصرف الکل در زنان رو به افزایش است. صادقی و همکاران (۱۳۹۶)؛ با پژوهش بر روی ۲۴۹ نفر از جوانان ۱۸-۲۴ ساله شهر تهران به این نتایج دست یافتند که میانگین گزارش مصرف الکل در نمونه مورد مطالعه، ۲۰/۷۶ است. همچنین بین حمایت و کنترل خانوادگی با مصرف الکل رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. هر اندازه کنترل و حمایت خانواده‌ای از فرزندش بیشتر باشد، گرایش آن فرزند به مصرف الکل کمتر خواهد بود. جوانانی که در خانواده‌های پرتنش زندگی می‌کنند، مستعد روی آوردن به الکل هستند. در پژوهش پورافکاری و همکاران (۱۳۹۳)، گرایش به الکل در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله شهر ارومیه بررسی شد. نتایج تحقیق میزان گرایش متوسط به بالا را در مصرف الکل نشان داد. همچنین گرایش به الکل با متغیرهای سهل‌گیری والدین (۳۵ درصد)، اعتیاد والدین (۲۸ درصد)، ناسازگاری والدین (۲۶ درصد)، تسلط پذیری در گروه (۲۱ درصد) ارتباط نشان می‌دهد. در یک پژوهش همه گیر شناسی در سال ۱۳۸۳ در مورد شیوع مصرف مواد در دانش آموزان دبیرستانی شهر رشت، گزارش شد که مصرف سیگار و الکل در دانش آموزان شایع و شیوع آن در پسران بیشتر است. در این گزارش، فراوانی مصرف سیگار ۱۸/۴ درصد، الکل ۱۲/۶ درصد، تریاک ۱/۴ درصد، حشیش ۱/۳ درصد، اکستازی ۰/۷ درصد و هروئین ۰/۳ درصد اعلام شده است (نجفی و همکاران: ۱۳۸۴). یک مطالعه توصیفی و مقطعی با عنوان بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان گردان در نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله شهر تهران در سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ نشان داد که شیوع مصرف داروهای روان گردان ۳/۸ درصد، مواد محرک ۷/۲ درصد و الکل ۲۵/۷ درصد بوده است. به طور معناداری در جنس مذکر مصرف بیش از مونث می باشد (حمیدیه و همکاران: ۱۳۸۷). محمدخانی (۱۳۸۷)، به منظور بررسی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مرتبط با مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان ۱۸-۱۳ کشور با نمونه ۲۵۳۸ نفر از ۱۰ استان در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ پژوهشی را انجام داد. ۱۸/۸ درصد از دانش آموزان مورد مطالعه گزارش نمودند که حداقل یکبار در طول عمر خود یکی از انواع مواد شامل الکل، سیگار و سایر مواد غیرقانونی را مصرف کرده‌اند. میزان شیوع مصرف سیگار ۱۴/۷ درصد، مشروبات الکلی ۹/۸ درصد و سایر مواد ۲/۵ درصد به دست آمد. تریاک با ۱/۴ درصد بعد از سیگار و مشروب شایع ترین ماده مورد مصرف در طول عمر در میان دانش آموزان است. از منظر این پژوهش، هیجان طلبی بالا، یکی از مهم ترین پیش بینی کننده‌های مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان است.

رفتار جنسی پیش از ازدواج

به طور کلی در ایران مطالعه و تحقیق در زمینه رفتار جنسی پیش از ازدواج و خارج از چارچوب آن بسیار محدود بوده است. اما از حدود یک دهه قبل به دلیل شیوع بیماری اچ آی وی و بیماری‌های مقاربتی و نیز تاثیر نامطلوب این نوع روابط بر سلامت جنسی و باروری، پژوهش‌ها در این زمینه افزایش یافت. به نقل از رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران سن شروع تماس‌های جنسی در ایران به ۱۳/۵ تا ۱۴ سالگی رسیده و افرادی با علائم اچ آی وی به این مرکز مراجعه می‌کنند که فقط ۱۵ تا ۱۶ سال سن دارند. شیوع روابط جنسی با جنس مخالف پیش از ازدواج در بین جوانان در پژوهش خلج آبادی فراهانی (۱۳۹۵) بررسی شد. در این پژوهش شیوع رابطه جنسی قبل از ازدواج در تهران، ۲۲/۵ درصد و در سایر استان‌ها ۱۴/۷ درصد محاسبه شد. میانگین کشوری بدون در نظر گرفتن جمعیت تهران به کل کشور، ۱۹/۱ درصد و با در نظر گرفتن جمعیت تهران، ۱۶ درصد در کل کشور برآورد شد. این شیوع در پسران به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از دختران است (۲۹/۱ درصد در برابر ۱۲ درصد). بنابراین تا زمان انجام این پژوهش حدود یک ششم جوانان در معرض خطرات سلامتی و اجتماعی ناشی از این رفتار هستند که ضرورت برنامه ریزی برای رویارویی با عواقب این پدیده را بیش از پیش مشخص می‌کند. نتیجه مطالعات انجام شده، اگرچه گواه بر تداوم نوعی هنجار محافظه کارانه و مخالف رابطه جنسی پیش از ازدواج در ایران است اما هم زمان نشانگر نوعی تغییر در نگرش‌های فردی در جوانان در جهت پذیرش رفتارهای فوق و همچنین روند افزایشی رفتارهای جنسی پیش از ازدواج در کلان شهرهایی مانند تهران بوده است که بیشتر به ناهمگونی نگرش‌ها و رفتارهای جنسی منجر شده است. (خلج



آبادی، ۱۳۹۵). آزاد ارمکی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان می‌دهد که الگوی روابط جنسی پیش از ازدواج به شش دسته تفکیک می‌شود: (۱) روابط آزاد (الگوهای روسپی‌گری) (۲) روابط صیغه‌ای (۳) روابط دوست دختر- دوست پسر (۴) روابط هم‌خانگی (۵) روابط ضد عاشقانه (الگوهای فریب) (۶) روابط مبتنی بر عشق سیال. در پژوهش مهدوی (۲۰۰۸) که با روش کیفی، پسران و دختران طبقه‌های متوسط و بالای شهر تهران و مشهد را بررسی کرده است، نشان می‌دهد جامعه ایران با تغییرات ارزشی گسترده‌ای مواجه شده است و بسیاری از جوانان ایرانی رابطه جنسی پیش از ازدواج را رابطه‌ای سالم و بهنجار می‌دانند. بر اساس نتایج این تحقیق رابطه جنسی کنترل نشده در ایران افزایش یافته است و بسیاری از جوانان طبقات متوسط و بالای شهری از لوازم پیش‌گیری از بیماری‌های مقاربتی استفاده نمی‌کنند، در نتیجه، خطر بیماری‌هایی چون ایدز را میان آنان گسترش داده است.

در حوزه تحقیقات کمی، گرمارودی و همکارانش (۱۳۸۸)، در تحقیق خود، با مطالعه دانش آموز دبیرستانی ۱۷-۱۴ سال این نتیجه رسیده‌اند که بیش از ۲۰ درصد آنان رابطه جنسی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند. خلج آبادی و مهریار نیز در تحقیق خود بیان می‌کنند که نزدیک به ۲۵ درصد «دختران مجرد» دانشجو در دانشگاه‌های بزرگ تهران در زندگی خود، به داشتن نوعی رابطه جنسی اشاره کرده‌اند که ۱۰ درصد آن‌ها به رابطه کامل جنسی ختم شده است. هم چنین نتایج گزارش وزارت بهداشت (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که حدود ۲۰ درصد پسران و کم‌تر از ۱۰ درصد دختران تا ۲۰ سالگی رابطه جنسی را تجربه می‌کنند و حال آن که بیش از ۳۰ درصد پسران تا ۲۵ سالگی رابطه جنسی پیش از ازدواج داشته‌اند (آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۹۰: ۹). فراتحلیل دیگری بر روی ۵۹ کشور در سال ۲۰۰۶ میلادی نشان داد که هیچ روند همگون و واحدی در جهت کاهش سن اولین تماس جنسی رخ نداده است. اما افزایش سن ازدواج در بیشتر کشورها همگون بوده که منجر به افزایش شیوع روابط جنسی پیش از ازدواج شده است. شیوع روابط پیش از ازدواج عموماً در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر از کشورهای در حال توسعه است و تنوع منطقه‌ای زیادی بین کشورهای مختلف وجود دارد که نشانگر نقش تعیین‌کننده عوامل اجتماعی و اقتصادی بر رفتار جنسی جوانان است. پراکندگی و ناهمگونی گزارشات شیوع رفتار جنسی پیش از ازدواج در ایران، ارائه آمار و ارقام اغراق آمیز و بدون استناد علمی، حساسیت موضوع و عدم امکان انجام طرح ملی ضرورت انجام پژوهش در این حوزه را ایجاب می‌کند (خلج آبادی، ۱۳۹۵).

بحث و نتیجه‌گیری

رفتارهای پرخطر، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی یا بدون اطلاع از عواقب احتمالی مرتکب می‌شوند (کورت و سومرز، ۲۰۰۵؛ به نقل از پورسعید، ۱۴۰۰). این رفتارها عمدتاً از سنین نوجوانی و جوانی در افراد شکل می‌گیرند و تأثیرات منفی بر سلامت جامعه دارند. طبق آمار ارایه شده از دفتر جمعیت، نیروی کار و اقتصاد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۴۰۲، حدود ۲۵ درصد جمعیت کشور ایران (۲۰ میلیون نفر) را جمعیت ۲۹-۱۵ سال تشکیل می‌دهند. شیوع رفتارهای پرخطر در این گروه جمعیتی می‌تواند اثرات جبران ناپذیری در آینده کشور داشته باشد.

جهت بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و جوانان کشور، حدود ۴۰ پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. دسته بندی‌های متعددی از رفتارهای پرخطر در پژوهش‌ها ارایه شده است. از آن جایی که پژوهش حاضر بر قشر نوجوان و جوان متمرکز است، رفتارهای پرخطر شایع در این گروه سنی مورد توجه قرار گرفته است. این رفتارها عبارتند از ۱- پرخاشگری و خشونت ۲- مصرف سیگار ۳- مصرف قلیان ۴- مصرف مواد مخدر ۵- مصرف مشروبات الکلی ۶- رفتار جنسی پیش از ازدواج تحلیل نتایج پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که هر شش رفتار پرخطر به جز مصرف سیگار با افزایش در گروه سنی جوان و نوجوان همراه بوده است. در رفتار پرخاشگری و خشونت، اگرچه سطح آن در پژوهش‌های استان‌ها و

مناطق، متوسط است اما طی دهه‌های گذشته روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. پرخاشگری در مردان بیشتر از زنان است و در خشونت‌های خانگی، زنان و کودکان بیشتر در معرض آسیب هستند. در رفتار مصرف سیگار؛ میزان شیوع آن در جمعیت بالای ۱۸ سال ایران، ۱۴/۰۱ درصد است. در سال‌های اخیر، مصرف سیگار کاهش پیدا کرده است. اما مصرف قلیان و مواد مخدر جدید با رشد مصرف همراه بوده و جایگزین سیگار شده‌اند. بیشترین میزان مصرف‌کننده سیگار در مردان گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال و در زنان گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر هستند. سن شروع مصرف سیگار پایین است و در پسران، ۱۵ سال و در دختران ۱۷ سال است این آمار حکایت از آن دارد که سیگار دروازه ورود به مصرف سایر مواد مخدر است. غالب افرادی که سوء مصرف مواد دارند، ابتدا از سیگار شروع کرده‌اند. به موازات کاهش مصرف سیگار، مصرف قلیان افزایش یافته است و با رشد ۲۸ درصدی در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ مواجه بوده است. سن شروع مصرف قلیان به ۱۳ سال رسیده است. نکته قابل توجه در مصرف قلیان، تغییر نوع مصرف‌کنندگان آن است. قلیان در گذشته بین مردان و جمعیت بزرگسال رایج بوده است اما در سال‌های اخیر، نوجوانان و جوانان و همچنین زنان گرایش بیشتری به مصرف آن پیدا کرده‌اند. به گونه‌ای که قبح مصرف آن از بین رفته است و به یک رفتار اجتماعی رایج تبدیل شده است. در رفتار مصرف مواد مخدر که همواره یکی از مسایل جدی در حوزه آسیب‌های اجتماعی کشور بوده است، شیوع مصرف در سال ۱۴۰۰ به ۱۲ میلیون مصرف‌کننده افزایش یافته است که ۴ میلیون و پانصد هزار نفر آن جزء مصرف‌کنندگان دائمی هستند و ۱۰ درصد از جمعیت معتادان را زنان تشکیل می‌دهند. طبق آمارهای اعلام شده توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مصرف مواد مخدر، سن ورود به مصرف مواد مخدر ۱۵ سال و میانگین سن مصرف در کشور، ۲۲/۳ سال است. اعتیاد نوجوانان در دهه ۸۰، نیم درصد و در دهه ۹۰ به ۲/۱ درصد افزایش داشته است (رشد ۴ برابری). نرخ مصرف در دانشجویان نیز ۴/۷ درصد است. تریاک رایج‌ترین ماده مصرفی مخدر است و پس از آن ماری جوانا (حشیش، گنگ، علف، گراس) و سپس هروئین و در آخر شیشه قرار دارد. البته گرایش جوانان و نوجوانان بیشتر به ماری جوانا و حشیش، گنگ، علف، گراس می‌باشد. در بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته میزان مصرف مواد در پسران به طور مشخص از دختران بیشتر است. در رفتار مصرف الکل، نرخ شیوع در کشور بین ۹ تا ۱۰ درصد افراد ۱۵ تا ۶۴ سال است. تخمین زده می‌شود سالانه بیش از پنج میلیون نفر در کشور حداقل یکبار الکل مصرف می‌کنند. اما تعداد افراد وابسته به الکل ۲۰۰ هزار تا ۶۰۰ هزار نفر در کشور برآورد می‌شود. سن شروع مصرف الکل در کشور زیر ۱۵ سال است و میزان مصرف الکل در زنان رو به افزایش است. در رفتار جنسی پیش از ازدواج، به طور کلی در ایران مطالعه و تحقیق بسیار محدود بوده است. این امر به عوامل مختلفی از جمله زمینه فرهنگی و اخلاقی و تابوهای موجود در این حوزه باز می‌گردد. اگرچه از حدود یک دهه قبل به دلیل شیوع بیماری اچ آی وی و بیماری‌های مقاربتی و نیز تاثیر نامطلوب این نوع روابط بر سلامت جنسی و باروری، پژوهش‌ها در این زمینه افزایش یافت. به نقل از رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران سن شروع تماس‌های جنسی در ایران به ۱۳/۵ تا ۱۴ سالگی رسیده است. بر اساس پژوهش صورت گرفته در سال ۱۳۹۵، شیوع رابطه جنسی پیش از ازدواج در تهران، ۲۲/۵ درصد و در سایر استان‌ها ۱۴/۷ درصد تخمین زده می‌شود. میانگین کشوری بدون در نظر گرفتن جمعیت تهران به کل کشور، ۱۹/۱ درصد و با در نظر گرفتن جمعیت تهران، ۱۶ درصد در کل کشور برآورد شد. این شیوع در پسران به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از دختران است (۲۹/۱ درصد در برابر ۱۲ درصد).

در تحلیل وضعیت رفتارهای پرخطر در ایران، چالش‌هایی مشاهده گردید که توجه به آن‌ها در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی این حوزه لازم و ضروری به نظر می‌رسد. علی‌رغم شیوع و رشد رفتارهای پرخطر در کشور، مطالعات علمی کافی و متقن در مورد آن‌ها وجود ندارد. بخشی از آمارهای رسمی توسط مسئولین وقت، در سال‌های متفاوت و به فراخور رویدادها به خبرگزاری‌ها اعلام شده است و به دلیل اعلام مقطعی، قابلیت پیگیری روند شیوع را ندارد. بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته نیز از همگونی و یکپارچگی در اهداف تحقیق برخوردار نیستند و نتایج حاصل از مقالات پژوهشی در پژوهش‌های مشابه

بعدی بررسی و ارزیابی نمی‌شوند. بلکه پژوهش‌ها به صورت مقطعی و پراکنده در بخش‌های مختلف کشور (استانی-شهری، منطقه ای) بر روی نمونه‌های مختلف صورت می‌گیرد و نمی‌توان از مجموع آن به یک نتیجه‌گیری جامع دست یافت. داده‌های بسیاری از پژوهش‌ها کفایت لازم را برای تحلیل روی نوجوانان و جوانان را ندارد زیرا تفکیک گروه‌های سنی به طور دقیق مشخص نشده است. عدم کفایت پژوهش‌ها و آمارهای رسمی در دادن تصویری صحیح از مساله باعث می‌شود که نمی‌توان بر مبنای نتایج آن‌ها سیاست گذاری مطلوب را انجام داد.

کشور ایران به دلایلی چون تنوع قومی، جغرافیایی، فرهنگی و... از وضعیت‌های متفاوت در شیوع مسایل اجتماعی برخوردار است. به طور مثال علل گرایش به مساله اعتیاد در مناطق مرزی کشور، شهرهای پرجمعیت و مناطق روستایی و حتی در بین قشرهای مختلف، متفاوت است. از این منظر پژوهش‌های مستمر شیوع شناسی در سطح ملی و منطقه‌ای ضرورت دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم اعتبارات پژوهشی متعدد دستگاه‌های اجرایی، طرح‌های ملی برای کاهش رفتار پرخطر انجام نشده است؛ یا در صورت انجام، به دلیل اینکه به طور مستمر این طرح‌ها صورت نمی‌گیرد، داده‌ها به‌روز رسانی نمی‌شود. در نتیجه سیر و شدت شیوع رفتار پرخطر قابلیت مقایسه و ارزیابی ندارد. به جز دو رفتار، در مورد غالب رفتارهای پرخطر، پژوهش‌های از نوع فراتحلیل نیز انجام نشده است. فراتحلیل‌ها می‌توانند چشم‌انداز مناسبی از مقدار شیوع و اثرگذاری سیاست‌های اجتماعی داشته باشند که فقدان آن در گزارش‌های پژوهشی مشاهده می‌شود. در مورد برخی رفتارهای پرخطر یکی از علل تفاوت در شیوع، زمینه‌های متفاوت فرهنگی و اعتقادی و منع صریح برخی رفتارها در ایران است. به همین دلیل در برخی رفتارها مانند مصرف سیگار یا قلیان شیوع مصرف در جامعه ایران به سایر جوامع نزدیک است اما در مورد رفتارهایی نظیر مصرف مشروبات الکلی یا رفتار جنسی پیش از ازدواج نمی‌توان چنین فراوانی مشاهده کرد و دسترسی به داده‌های واقعی دشوار است. از این رو نتیجه‌گیری در مورد چنین رفتارهایی باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. یکی دیگر از چالش‌های مطالعه رفتارهای پرخطر آن است که به دلیل اینکه انتشار نتایج تحقیقات باعث واکنش‌های اجتماعی و فرهنگی و سیاسی می‌شود، در مواردی رویکرد انکار یا سکوت در پیش گرفته شده است و یا این احتمال وجود دارد که مداخله عوامل سیاسی و سازمانی (به طور مثال برای دریافت بودجه طرح یا تصویب یک طرح) باعث ارائه آمار بدون استناد علمی و نتیجه‌گیری غیرواقعی در پژوهش‌های ذیل آن می‌شود. بخشی از ناهمگونی داده‌های پژوهش‌ها به این دلیل ایجاد شده است.

توجه کافی نسبت به تحقیقات شیوع شناسی برای مشخص کردن جمعیت در معرض خطر ضرورت دارد و بدون شناسایی، ارزیابی کارآیی سیاست‌های مختلف در پیشگیری و درمان بی نتیجه است. استفاده جامع نگر از تحقیقات شیوع شناسی، ریشه‌ای چند دهه‌ای در کشورهای توسعه یافته دارد و این روش رویکردی ارجح محسوب می‌شود. برای مقابله با شیوع رفتارهای پرخطر، گام اول شناسایی دقیق حدود مساله و سپس اقدامات پیشگیرانه جهت کنترل انتشار آن می‌باشد. بسیاری از جوامع توسعه یافته، از مراکز کاهش رفتارهای پرخطر برخوردار هستند که اطلاعات این مرکز به طور مستمر توسط دستگاه‌های مرتبط به روز رسانی می‌شود. در کشور ایران علی‌رغم وجود ساختارهای عریض و طویل دولتی و صرف بودجه‌های متعدد طرح‌های پژوهشی، چنین مرکزی وجود ندارد و ارتباط و هماهنگی بین این ساختارهای موجود نیز مشاهده نمی‌شود. همچنین برخی از آمارها در دسترس پژوهشگران قرار نمی‌گیرد و به صورت محرمانه و سکوت باقی می‌ماند. در مورد بسیاری از مسایل اجتماعی و بویژه رفتارهای پرخطر، آمارهای متفاوتی از سوی دستگاه‌های ذیربط ارائه می‌شود. در وضعیتی که کاهش رفتارها به صورت علمی و مستمر صورت نمی‌گیرد، کارایی برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی دور از انتظار است و چنین برنامه‌هایی نمی‌تواند متکی بر داده‌های واقعی تدوین شده باشد و شاخصی برای ارزیابی آن وجود ندارد.

در مورد تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی، درک درست از پدیده و عوامل موثر بر آن بسیار حایز اهمیت می‌باشد. مسایل اجتماعی چند بعدی و چند عاملی هستند. این مسایل در مواردی معلول‌اند و نمی‌توان با کشف و تمرکز بر یک متغیر

آن‌ها را درمان نمود. هر گونه وضعیت بحرانی در شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، روانی و... جامعه، موجد پیدایش و افزایش آسیب‌های اجتماعی از جمله رفتارهای پرخطر است. هیچ راهکار معجزه‌آسایی برای حل یا کاهش یکباره رفتارهای پرخطر وجود ندارد زیرا این رفتارها توسط عوامل متعدد و در طی چند دهه ایجاد شده‌اند. بلکه می‌بایست ضمن اجرای شیوع‌شناسی مستمر در سطح ملی و منطقه‌ای، برنامه‌های پیشگیرانه برای کنترل و کاهش رفتارهای پرخطر را به کار گرفت و استمرار اجرای برنامه‌ها تضمین شود. یکی از چالش‌های برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی وجود آشفتگی نظری در تدوین طرح‌های پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی از جمله رفتارهای پرخطر است. به این معنا که رویکرد نظری متناسب با نوع آسیب و جامعه هدف انتخاب نشده است. رویکرد نظری متناسب با مساله و اتخاذ الگوی و مدل مشخص اجرایی در مورد جمعیت عمومی و خاص حائز اهمیت فراوان است. هر یک از هفت رویکرد ذکر شده در این گزارش، از منظر متفاوتی به مساله اجتماعی می‌نگرند و استفاده از آن‌ها پذیرش مبانی نظری متناسب با این رویکردها را می‌طلبد. فقدان یک تعریف مورد قبول نخبگان علمی و دستگاه‌های اجرایی از جمله موانع در عرصه شیوع‌شناسی در کشور ایران می‌باشد. همچنین در الگوبرداری از مدل‌های اجرایی سایر کشورها، باید تناسب شرایط با وضعیت بومی کشور در نظر گرفته شود در غیر این صورت، اجرای طرح‌های پیشگیرانه و درمانی تبدیل به عرصه آزمون و خطا و نیز هدر دادن بودجه عمومی کشور خواهد شد.

17

منابع

- آتش‌نفس، الهه و قربانی، راهب و طباطبایی، سید موسی و عباس پور، سمیه (۱۳۹۳)، رفتارهای پرخطر شایع و عوامل خانوادگی موثر بر آن از دیدگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال دهم، شماره ۳۸، صص ۲۳۳-۲۱۷.
- آزاد ارمکی، تقی و شریفی ساعی، محمد حسین و ایثاری، مریم و طالبی، سحر (۱۳۹۹)، سنخ‌شناسی الگوهای روابط جنسی پیش از ازدواج در ایران، جامعه‌پژوهی فرهنگی، سال دوم، شماره دوم، صص ۳۴-۱.
- آقاملائی، تیمور؛ زارع، شهرام (۱۳۸۶)، الگوی استعمال سیگار و قلیان در جمعیت بالای ۱۵ سال بندر عباس، یک مطالعه جمعیتی، مجله پزشکی هرمزگان، سال یازدهم، شماره چهارم، صفحات ۲۴۶-۲۴۱.
- اسکندری نسب، محمد و صدر، زهرا و مسجدی، محمدرضا (۱۳۹۹)، عوامل فرهنگی موثر بر گرایش زنان به استعمال قلیان در تفرجگاه‌های شمال تهران، فصلنامه علمی جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر، دوره دوم، شماره دوم، صص ۱۳۲-۱۰۳.
- اسلامی، شیدا و کابینی مقدم، سلیمان و ناصر، فاطمه (۱۴۰۱)، رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان نوجوان گیلان، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال بیست و دوم، شماره ۸۵، صص ۱۷۹-۱۵۹.
- افراسیابی، حسین و امیرمحمدی، ضیاء الله (۱۳۹۷)، مطالعه کیفی مصرف قلیان در میان پسران جوان شهر جیرفت، پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۰، صص ۸۰-۶۵.
- بلوردی، زهیر مصطفی و مهنی، امید (۱۳۹۷)، تجربه مصرف سیگار در میان دختران دانشجو، پژوهشی پدیدارشناختی در دانشگاه‌های شهر کرمان، مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره دوازدهم، شماره ۴، صص ۲۴-۵.
- پورافکاری، نصرالله و بایرامنژاد، حوریه و رضائی امینلوئی، حسین و معیری، سولماز (۱۳۹۳)، سنجش میزان گرایش جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله به اعتیاد از نوع الکحل، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، شماره ۳، صص ۱۳۳-۱۴۸.
- پورسعید اصفهانی، مهنوش و شریفی، حمیده و اکرمی، ناهید (۱۴۰۰)، پیش‌بینی رفتار پرخطر بر اساس تمایز یافتگی خود و مشکلات بین فردی در دانشجویان دختر، رویش روان‌شناسی، سال دهم، شماره ۳، صص ۶۴-۵۵.
- پروین، ستار و عباسی زاغه، اسماعیل (۱۳۹۶)، زمینه‌های اجتماعی موثر بر گرایش به رفتارهای پرخطر (مورد مطالعه: جوانان شهر سندر)، فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، شماره ۳۷، صص ۶۰-۴۳.



- ترقی جاه، صدیقه و حمدیه، مصطفی و یعقوبی، نرگس(۱۳۸۹)؛ عوامل پیش بینی کننده مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان دانشگاه های دولتی، مجله پژوهش در پزشکی، دوره ۳۴، شماره ۴، صفحات ۲۵۶-۲۴۹.
- حبیبی، یوسف و کلانتر هرمزی، آتوسا و فرحبخش، کیومرث و سلیمی بجستانی، حسین و عسگری، محمد(۱۴۰۱)، شناسایی مولفه های گرایش به مصرف سیگار در جوانان از دیدگاه متخصصان، یک تحلیل کیفی، پژوهش های مشاوره، شماره ۸۱، صص ۴۰-۷۸.
- حمدیه، مصطفی و مطلبی، نبی و عاشری، حسین و بروجردی، اشرف(۱۳۸۷)، بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان گردان در نوجوانان و جوانان ۳۵-۱۵ ساله شهر تهران، مجله پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، شماره ۴، صص ۳۱۹-۳۱۵.
- خلج آبادی فراهانی، فریده(۱۳۹۵)، فراتحلیل روابط با جنس مخالف قبل از ازدواج در بین جوانان در ۱۵ سال گذشته (۱۳۹۴-۱۳۸۰) در ایران، فصلنامه خانواده پژوهی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، صص ۳۶۷-۳۳۹.
- دادی پور، سکینه و آقاملائی، تیمور، و احمدی، زاهد و رعنائی، وحید و علوی، آذین(۱۴۰۰)، مروری نظام مند بر عوامل موثر بر گرایش زنان به استعمال قلیان، نشریه طب پیشگیری، دوره هشتم، شماره ۲، صص ۳۶-۲۷.
- رابینگتن، ارل و واینبرگ، مارتین(۱۳۹۱)، رویکردهای نظری هفت گانه در بررسی مسایل اجتماعی، انتشارات دانشگاه تهران.
- رادمهر، فرشته و حسین خانزاده، عباسعلی(۱۳۹۷)، نقش مهارت های حل مساله و خودکارآمد پنداری در تبیین رفتارهای پرخطر دانش آموزان، فصلنامه سلامت روان کودک، دوره پنجم، شماره ۳، صص ۱۷۰-۱۵۷.
- رحیمی موقر، آفرین؛ محمد، کاظم، محمدزاقی، عمران(۱۳۸۱)، روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم، شماره ۳، صص ۱۸۱-۱۷۲.
- سادات احمدی، هدی و زاده محمدی، فاطمه و معصوم بیگی، مهدیه و سهرابی، فرامرز(۱۳۹۱)، بررسی میزان شیوع اعتیاد به اینترنت و رابطه آن با ویژگی های جمعیت شناختی در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، فصلنامه روان شناسی تربیتی، شماره ۲۵، سال هشتم، صص ۳۴-۱۹.
- سلیمانی نیا، لیلیا و جزایری، علی رضا و محمد خانی، پروانه(۱۳۸۴)، نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹، صص ۹۰-۷۵.
- سهراب زاده، مهران و پرنیان، لیلیا(۱۳۹۴)؛ مطالعه کیفی مصرف قلیان بین دختران و زنان جوان شهر شیراز، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۲۲۴-۱۹۳.
- سیدحسینی، فرشته السادات و سدروشان، نجمه و فلاح، محمد حسین(۱۳۹۷)، پیش بینی پرخاشگری بر پایه ویژگی های شخصیتی دختران نوجوان پایه نهم شهر یزد، جامعه شناسی آموزش و پرورش، شماره ۸، صص ۷۹-۶۷.
- صادقی، سعید و شلانی، بیبا و عابدی پریجا، حسن و صادقی، الهه(۱۳۹۶)، پیش بینی مصرف الکل در جوانان بر مبنای مولفه های کنترل و حمایت خانوادگی، فصلنامه پژوهش های دانش انتظامی، سال نوزدهم، صص ۱۵۵-۱۴۳.
- صدیق سروستانی، رحمت الله(۱۳۹۲)، آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران، انتشارات سمت.
- صرامی، حمید و قربانی، مجید و مینوئی، محمود(۱۳۹۲)، بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران، فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۵۲-۲۹.
- صنعت خواه، علیرضا و بحرینی نژاد، مهران(۱۴۰۰)، بررسی جامعه شناختی عوامل موثر بر پرخاشگری در بین دانش آموزان، فصلنامه مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه شناسی، سال چهارم، شماره ۴، صص ۶۲-۵۳.
- گیدنز، آنتونی و بردسال، کارن(۱۳۹۸)، جامعه شناسی، مترجم حسن چاووشیان، نشر نی.
- عشایری، طاهیا و مومنی، حسن و عادل، هانیه و جهان پرور، طاهره(۱۴۰۱)؛ شناسایی فراتحلیل عوامل موثر بر رفتار پرخطر (فراتحلیل پژوهش های بازه زمانی ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۱)، فصلنامه مطالعات میان فرهنگی، سال هفدهم، شماره ۵۳، صص ۶۰-۳۱.



- عظیم پور، علی رضا و نعمتی هایبل، فاطمه و هادیان فرد، حبیب(۱۳۹۹)، پیش بینی پرخاشگری دانشجویان بر اساس هوش، خلق و خو و دلبستگی، پژوهش های روان شناسی اجتماعی، شماره سی و هفتم، صص ۸۶-۶۵.
- علایی خرایم، رقیه و کدیور، پروین و محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا و علایی خرایم، سارا(۱۳۹۰)، میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش آموزان دبیرستانی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال پنجم، شماره هجدهم، صص ۹۹-۱۱۴.
- علی تبار، سید هادی و سروستانی، علی و حبیبی، مجتبی و قادری، کبری و فلاحی پیشه، مریم (۱۳۹۶)، ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس رفتارهای پرخطر در نوجوانان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۵، شماره ششم، صص ۸۶-۹۶.
- علیزاده، سیما و راهب، غنچه و میرزایی، زهرا و حسین زاده، سمانه (۱۳۹۹)، اثر بخشی آموزش کفایت اجتماعی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مراکز شبانه روزی بهزیستی در شهرهای مشهد و سبزوار، توانبخشی، شماره ۱، صص ۶۱-۷۲.
- علیپوردی نیا، اکبر؛ ریاحی، محمد اسماعیل؛ سلیمانی بشلی، محمد رضا(۱۳۸۷)، تبیین جامعه شناختی گرایش به مصرف سیگار، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۶، شماره ۶۱، صص ۱۸۸-۱۶۱.
- غلامی، سمیه و واحدی، شهرام، اله دادی، مژده (۱۴۰۰)، اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با اضطراب اجتماعی و افسردگی در بین دانشجویان دختر، مجله رویش روان شناسی، سال ۱۰، شماره ۱۰، صص ۲۸۵-۲۷۵.
- ۴۲-قربانی، محبوبه، اکرم ثناگو، لیلی جویباری، ناصر بهنام پور(۱۳۹۴)؛ علل گرایش نوجوانان و جوانان شهرستان کردکوی به قلیان، مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، دوره دوازدهم، شماره ۳، صص ۷۰-۶۴.
- محمد خانی، شهرام(۱۳۸۷)، عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور، فصلنامه روان شناسی تربیتی، دوره چهارم، شماره ۱۲، صص ۶۹-۳۸.
- مرادی فرزاد، عیسی؛ امین پور، هاجر(۱۳۹۹)، بررسی عدم تعادل روانی و پرخاشگری در نوجوانان و جوانان در چند سال اخیر، مجله پیشرفت های نوین در روان شناسی، سال سوم، شماره ۲۲، صص ۱۳۰-۱۱۷.
- مرزبان، آمنه و برزگران، مهران و ایاسی، مریم و مرزبان، هادی و دلآوری، سمانه و رحمانیان، وحید(۱۳۹۵)، شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش آموز مقطع دبیرستان شهر قم، مجله علوم پزشکی پارس، دوره شانزدهم، شماره ۳، صص ۵۱-۴۴.
- نجفی، کیومرث و آوخ، فرهاد و خلخالی، محمد رسول و نظیفی، فاطمه و فرهی، حسن و فقیرپور، مقصود(۱۳۸۴)، شیوع مصرف مواد در دانش آموزان دبیرستانی شهر رشت، مجله اندیشه و رفتار، شماره ۴۱، صص ۲۳۶-۲۳۳.
- نخستین روحی، بابک و خورشیدی حسینی، مهدی و خازنی، علی و ولی زاده، سمیه(۱۳۹۷)، افزایش شیوع مصرف قلیان در دانشجویان تربیت بدنی در ۵ سال اخیر، مجله نوین سلامت، دوره سوم، شماره ۱، صفحات ۷-۱.
- نریمانی، محمد و رجب پور، مجتبی و محمدی، عذرا و یاقوتی زرگر، حسن و رستم اوغلی، زهرا (۱۳۹۵)، بررسی میزان شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان متوسطه شهر سمنان، مجله روان شناسی مدرسه، شماره ۴، صص ۱۴۵-۱۳۲.
- نظام پور، رضا و مشهدی، علی و بیگدلی، ایمان الله (۱۳۹۷)، اثربخشی گروه درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پرخاشگری و رفتار پرخطر نوجوانان پسر بی سرپرست، مجله روان شناسی بالینی، سال دهم، شماره ۲، صص ۷۰-۵۹.
- نیازی، محسن و سلیمان نژاد، محمد (۱۳۹۹)، زمینه های گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و جوانان شهر کاشان، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۶، صص ۲۰۳-۱۶۹.
- وایت، راب و هینز، فیونا(۱۳۹۴)، جرم و جرم شناسی، مترجم علی سلیمی، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- وکیلی، ویدا؛ ظریفیان، احمدرضا؛ موحدیان فر، فائزه؛ بیجاری، مینا؛ ضیائی، ملیحه(۱۳۹۳)، شیوع رفتارهای پرخاشگری در جمعیت عمومی شهر مشهد ایران، مجله اصول بهداشتی روانی، سال ۱۸، صص ۱۴۴-۱۳۹.

پنجمین کنفرانس بین المللی مدیریت و صنعت

Archive of SID
۲۱ مرداد ۱۴۰۲ آنلاین



5th International Conference in Management & Industry

22 August 2023 - Online

OxfordCert
Universal