Journal of Police Medicine

Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 135-142

Original Article

Comparison of High Risk Behaviors Among Adolescents of Military & Unmilitary Families

Received: 9 December 2015 **Revised:** 9 May 2016 **Accepted:** 28 May 2016

Khodabakhsh Ahmadi [1]
Javad Khodadadi Sangdeh [2*]

[1]Professor, Counseling, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]Phd, Family counseling,-Department of Counseling, University of Kharazmi, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background: Due to egocentrism and misapprehension of adolescents to their behaviors, adolescence is considered as an important phase for beginning high risk behaviors. This study aimed to comparison of high risk behaviors among military and unmilitary families' adolescents.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 1251 female and male adolescents of military & unmilitary families were selected through cluster sampling method and were assessed by Iranian Adolescent Risk-Taking Scale (IARS). Data was analyzed with SPSS-19 and using descriptive statistics and independent sample T-test.

Results: According to study results, 23.4 percent's of adolescents of military families' and 26.4 percent's of adolescents of unmilitary families were at high risk of risky driving. Furthermore 19.8 percent's of the adolescents of military and 26.2 percent's of adolescents of unmilitary were at high risk in sexual relationship, 7.7 percent's of military and 12.7 percent's of adolescents of unmilitary in aggression, 5.5 percent's of adolescents of military and 9.6 percent's of adolescents of unmilitary in alcohol use, 7 percent's of adolescents of military and 7.3 percent's of adolescents of unmilitary in cigarette use and 2.7 percent's of adolescents of military and 3.7 percent's of adolescents of unmilitary in drug abuse.

Conclusion: According to the results of this study, there was a significant difference between adolescents of military families' and adolescents of unmilitary families' in high risk behavior. The two risky behaviors of driving and sexual behavior which are highly prevalent are as essential as addiction for adolescents' health. It seems necessary to perform preventing programs for school age children and to provide adolescents and their parents with proper instructions about high risk behaviors.

Keywords: high risk behaviors, military family, adolescent

[*]**Corresponding Author:**
Javad Khodadadi sangdeh
Tel: (+98)9126095707
email: javad.khodadadi7@gmail.com

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۴۲-۱۳۵

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

مقایسه رفتارهای پرخطر در نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی

تاریخ دریافت: ۱۸ آذر ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۸ خرداد ۱۳۹۵

چکیده

خدابخش احمدی [۱]

جواد خدادادی سنگده [*۲]

مقدمه: مرحله نوجوانی به‌دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح نوجوان از رفتارهای خود، دوره حساسی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود. ازاین‌رو پژوهش حاضر به‌منظور بررسی و مقایسه رفتارهای پرخطر درمیان نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی انجام‌شده‌است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی- مقطعی، ۱۲۵۱ نفراز نوجوانان دختر و پسر خانواده های نظامی و غیرنظامی به‌شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند و بااستفاده‌از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی مورد ارزیابی قرارگرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و بااستفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون T برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفتند.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان‌داد که رفتار پرخطر رانندگی‌خطرناک در نوجوانان نظامی (۲۳/۴ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۲۶/۴ درصد)، رابطه جنسی در نوجوانان نظامی (۱۹/۸ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۲۶/۱ درصد)، خشونت در نوجوانان نظامی (۷/۷ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۱۲/۷ درصد)، مصرف مشروبات الکلی در نوجوانان نظامی (۵/۵ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۹/۶ درصد)، مصرف سیگار در نوجوانان نظامی (۷ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۷/۳ درصد) و مصرف مواد مخدر در نوجوانان نظامی (۲/۷ درصد) و در نوجوانان غیرنظامی (۳/۷ درصد) به‌ترتیب بیشترین میزان رفتار پرخطر است.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به نتایج پژوهش حاضر، بین نوجوانان خانواده‌های نظامی و خانواده های غیرنظامی در رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد و توجه جدی به دو نوع رفتار رانندگی پرخطر و رفتار جنسی پرخطر که از شیوع بالایی برخوردار است برای سلامت نوجوانان اساسی‌است. انجام اقدامات پیشگیرانه در سنین پایین‌تر و اجرای برنامه‌های آموزشی به نوجوانان و والدین آن ها جهت کاهش رفتارهای پرخطر نیز ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: رفتارهای پرخطر، خانواده نظامی، نوجوان

[۱] استاد مشاوره، مرکز علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

[۲] دکتری، مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

[*] نویسنده مسئول:
جواد خدادادی سنگده
تلفن: ۹۱(۹۸+)
پست الکترونیک:
Javad.khodadadi7@gmail.com

مقدمه

ارتباط والدین و فرزندان در طی دوره نوجوانی در مقایسه با دوران کودکی دست‌خوش تغییر می‌شود و اغلب والدین و نوجوانان نگرش‌ها، دیدگاه‌ها و انتظارات متفاوتی درباره قواعد خانوادگی، قدرت، درست و غلط بودن رفتارها و روابط بین فردی دارند که این تفاوت‌ها عمدتاً می‌تواند منجر به بروز تعارض بین والد و نوجوان شود [۱]. به دنبال افزایش میزان تعارض و گسست رابطه بین والدین و فرزند، روابط نوجوان با گروه‌های مختلف همسالان افزایش و درنتیجه احتمال گرایش به انجام رفتارهای پرخطر در نوجوان افزایش می‌یابد [۲]. مطالعات مختلف حکایت از افزایش بروز انواع رفتارهای پرخطر درمیان نوجوانان دارد [۲ و ۳]. در آمریکا

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]

[DOI: 10.30505/5.2.135]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 135-142

براساس گزارش موسسه ملی سرطان، روزانه بیش از ۶۰۰۰ هزار نوجوان برای نخستین با مصرف سیگار را تجربه می‌کنند و میزان مصرف موادمخدر در نوجوانان از ۲۷ درصد به ۴۷ درصد افزایش‌یافته است [۴]. نتایج شیوع ملی در این کشور نیز نشان می‌دهد حدود ۵۰ درصد نوجوانان تجربه مصرف الکل، ۲۵ درصد مصرف موادمخدر، ۳۳ درصد استعمال سیگار و ۵۰ درصد رابطه جنسی داشته‌اند [۵]. مطالعه شیوع در فرانسه نیز نشان‌داد که ۵/۲۵ درصد از نوجوانان مصرف دائمی سیگار، ۴۲/۳ درصد مصرف الکل و ۳۴/۴ درصد مصرف حشیش را گزارش‌کردند [۶]. براین‌اساس دوره نوجوانی که با تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده همراه است، به‌دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح نوجوان از رفتارهای خود، مرحله مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود [۷ و ۸]. این خطرپذیری که از ویژگی‌های رشدی افراد در سنین نوجوانی محسوب می‌شود احتمال وقوع پیامدهای منفی، ناخوشایند و آسیب‌زای جسمانی، روانی و اجتماعی را برای نوجوان افزایش می‌دهند [۹].

بروز رفتارهایی ازقبیل مصرف موادمخدر و روان گردان، مصرف الکل، مصرف سیگار، درگیری‌های فیزیکی و خشونت، روابط نامشروع جنسی، رانندگی خطرناک و حمل سلاح سرد و گرم به‌عنوان رفتار پرخطر بیان نموده‌اند [۱۰ و ۱۱]. بااین حال غالباً مهم‌ترین رفتارهای پرخطر به‌ترتیب مصرف الکل، مصرف دخانیات، روابط جنسی ناایمن، رانندگی خطرناک و درگیری و خشونت عنوان می‌شود [۷] .تمایل به خطرپذیری و پیامدهای مضر وابسته به آن‌که تهدیدی مهم برای سلامت نوجوانان به‌شمار می‌روند، درحال افزایش است [۱۲]. برای‌مثال، تقریباً ۹۰ درصد شروع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار و مواد مخدر در سن نوجوانی است. هرقدر فرد در سن پایین‌تری شروع به‌مصرف این مواد کند، احتمال ترک کامل آن‌ها در بزرگسالی کمترمی‌شود [۱۳].

پژوهش‌های انجام‌شده درزمینه روند شیوع خطرپذیری رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان ایران نیز مشابه با پژوهش‌های خارجی از افزایش گرایش‌به انجام این‌قبیل رفتارهای پرخطر را حکایت دارند. برای مثال در پژوهشی بر روی نوجوانان دختر و پسر تهرانی نشان داده‌شد که بیش‌از هفت درصد مصرف سیگار را دوست دارند. بیش‌از شش درصد گزارش کرده‌اند که همسالان آن‌ها مواد مصرف می‌کنند. بیش‌از ۱۵ درصد تمایل‌به تجربه مصرف الکل دارند. ۱۰/۴ درصد از همسالان‌شان نیز الکل مصرف می‌کنند [۱۴]. در پژوهش دیگر مصرف سیگار با ۱۴/۷ درصد و مشروبات الکلی با ۹/۸ درصد شایع‌ترین موارد مصرفی در بین نوجوان بود [۱۵]. آشکاراست که خانواده‌های نظامی به‌خاطر عوامل متأثر ازشغل خود با خانواده‌های غیرنظامی ازجهات مختلف متفاوتند و جمعیتی را تشکیل می‌دهند که نسبت‌به سایر خانواده‌ها بیشتر در معرض خطر مسائل مربوطبه سلامت‌فردی، خانوادگی و اجتماعی قراردارند [۱۶]. ازآنجاکه در خانواده‌های نظامی، پدر برای مدت‌های طولانی و متناوب به مأموریت می‌رود، ساختار آن تا حدی شبیه خانواده‌های تک والدی می‌شود که نظارت و کنترل والدین پایین است و مادر سرپرستی خانواده را برعهده دارد. ازآنجاکه در این خانواده‌ها به‌دلیل شرایط کاری مثل رفتن به مأموریت‌های مختلف و عدم حضور مستمر درکنار خانواده، پدران حضورکمتر و زمان کمتری برای ارتباط با فرزندان خوددارند و این شرایط به‌نوبه‌خود برکمیت و کیفیت نظارت بر فرزندان نوجوان خود تأثیرگذاراست ازمیزان نظارت‌بر فرزندان کاسته می‌شود و مسئولیت‌ها، نقش‌ها، الگوهای رفتاری و ارتباطات مراوده‌ای همگی در این خانواده‌ها متفاوت ازسایر خانواده‌هاست. برهمین‌اساس ممکن است به‌دنبال کاهش نظارت والدین بر فرزندان در وضعیت گرایش‌به انواع رفتارهای مختلف در خانواده‌های نظامی و غیرنظامی متفاوت باشد که این نیازمند بررسی و مطالعه است.

ازسوی‌دیگر باتوجه‌به این‌که بهترین زمان برای انجام اقدامات پیشگیرانه درمورد رفتارهای پرخطر دوره نوجوانی و حتی سنین پایین‌تر از آن است. شرط کلیدی جهت هر اقدام مؤثری، آگاهی از شرایط موجود و بررسی وضعیت کنونی این‌قبیل رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان است. پژوهش حاضر درصدد است به بررسی و مقایسه میزان رفتارهای پرخطر در نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی بپردازد تا اطلاعات دقیق برای برنامه‌ریزی و اقدامات مداخله‌ای موردنظر مشخص‌گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علمی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه نوجوانان دختر و پسر مقطع متوسطه خانواده‌های نظامی و غیرنظامی شهر تهران بودند. ملاک ورود به مطالعه علاوه‌بر دامنه سنی کمتر از ۱۸ سال برای هر دو گروه، اشتغال به کار حداقل یکی از والدین آنان دریکی از حوزه‌های نظامی برای نوجوانان الزامی بود. محیط‌پژوهش کلیه مدارس متوسطه شهر تهران در بازه زمانی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بود. گروه نمونه بااستفاده‌از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب نمونه ابتدا شهر تهران به پنج منطقه جغرافیایی شمال، مرکز، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد. سپس ازبین مناطق آموزشی هر منطقه جغرافیایی، دو منطقه آموزشی انتخاب و درنهایت ازبین مدارس متوسطه آن منطقه نوجوانان موردنظر برای اجرای پژوهش انتخاب شدند.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۴۲-۱۳۵

درپژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی استفاده‌گردید. مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی زاده محمدی و احمدآبادی [۱۷] دارای ۳۸ گویه است که با درنظر گرفتن شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران بر روی نوجوان دختر و پسر شهر تهران ساخته‌شده‌است و برای سنجش آسیب‌پذیری درمقابل رفتارهای پرخطر ازقبیل سیگار کشیدن، مصرف موادمخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش‌به جنس مخالف به‌کار گرفته‌می شود. مقیاس این پرسشنامه پنج گزینه‌ای از نمره پنج(کاملاً موافق) تا نمره یک(کاملاً مخالف) متغیر است. میزان اعتبار IARS و خرده مقیاس‌های آن در سطح مطلوبی گزارش‌شده‌است. میزان آلفا کرونباخ آن برای مقیاس کلی ۰/۹۳ است. مصرف موادمخدر ۰/۹۰، مصرف الکل ۰/۹۰، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵ و گرایش‌به جنس مخالف ۰/۸۰ گزارش‌شده‌است [۱۷]. درپژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های رانندگی پرخطر ۰/۸۱، مصرف سیگار ۰/۷۳، مصرف الکل ۰/۷۷، دوستی با جنس مخالف ۰/۷۴، مصرف مواد مخدر ۰/۷۲ و خشونت و درگیری فیزیکی ۰/۸۰ به‌دست‌آمد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی

این پرسشنامه نیز سؤالاتی در رابطه با وضعیت سنی، جنسیتی، تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی نوجوان، میزان سواد والدین و سابقه طلاق درخانواده را شامل می‌شود. در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش لازم‌به‌ذکراست قبل‌از توزیع ابزارها، نوجوانان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شوند و به دور از اجبار، بارضایت و آگاهی درپژوهش شرکت‌کردند. علاوه‌برکسب رضایت آن‌ها، به افراد اطمینان داده شدکلیه اطلاعات محرمانه بوده و حق انصراف در تمام مراحل پژوهش وجود دارد. اطلاعات به‌دست‌آمده باتوجه‌به هدف پژوهش بااستفاده از شاخص‌های توصیفی و جهت مقایسه گروه‌ها از آزمون تی مستقل استفاده‌شد و تحلیل‌دادها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام‌شد.

یافته‌ها

ازمجموع ۱۴۰۰ نوجوانی که پرسشنامه دریافت‌کردند، ۵۳ پرسشنامه بدون مشخصات جمعیت‌شناختی و ۹۶ پرسشنامه نیز ناقص عودت داده‌شده بود که از فرایند تحلیل کنارگذاشته شدند. درنهایت ۱۲۵۱ دانش‌آموز نمونه موردمطالعه پژوهش را تشکیل‌دادند که از این‌میان ۴۴۰ نفر از آنان به خانواده‌های نظامی و ۸۱۱ نفر به خانواده‌های غیرنظامی تعلق داشتند. دامنه سنی کلیه آزمودنی‌ها از ۱۴ تا ۱۸ سال بود و میانگین و انحراف معیار سن آن ها ۱۵/۰۴۹ و ۱/۰۶ به‌دست‌آمده است. ۲/۵ درصد (۱۱ نفر) از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۵/۷ درصد (۴۵ نفر) از آزمودنی‌ها به‌واسطه طلاق و مرگ یکی از والدین خود را ازدست‌داده‌بودند و به خانواده‌های گسسته تعلق داشتند که از این لحاظ بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده‌نشد (P=۰/۶۷۱). جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

درادامه به‌بررسی وضعیت خطرپذیری رفتارهای پرخطر در نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی پرداخته‌شده‌است که نتایج آن در جدول ۲ بیان‌شده‌است. چنان‌که مشاهده‌می‌شود، رفتارهای پرخطر رانندگی و رابطه جنسی بیشترین میزان شیوع را در هر دو گروه به خود اختصاص داده‌اند و درعین‌حال کمترین میزان رفتار پرخطر به سوءمصرف مواد مربوط می‌شود.

درنهایت به‌منظور بررسی تفاوت نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی در خطرپذیری از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در مقیاس کلی خطرپذیری تفاوت دو گروه در خطرپذیری کلی (P=۰/۰۱)، مصرف الکل (P =۰/۰۰۱) و رابطه جنسی پرخطر (P =۰/۰۴۵) معنادار است و نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی تمایل بیشتری را به بروز رفتارهای پرخطر درمقایسه با نوجوانان خانواده‌های نظامی گزارش می‌کنند. بااین حال تفاوت دو گروه در سایر خرده مقیاس‌ها معنی‌دار مشاهده‌نشد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر		نوجوانان نظامی		نوجوانان غیرنظامی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۱۹۴	۴۴	۳۲۸	۴۰/۹
	دختر	۲۴۶	۵۶	۴۸۳	۵۹/۱
ساختار خانواده	پیوسته	۴۲۶	۹۷/۵	۷۴۷	۹۴/۳
	گسسته	۱۱	۲/۵	۴۵	۵/۷
سطح تحصیلات	اول دبیرستان	۱۷۷	۴۲/۳	۲۶۴	۳۵/۶
	دوم دبیرستان	۹۹	۲۳/۷	۲۱۳	۲۸/۷
	سوم دبیرستان	۱۴۲	۳۴	۲۵۱	۳۳/۸

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 135-142

جدول ۲: شاخص‌های رفتارهای پرخطر در نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی

متغیر	خطرپذیری نوجوانان نظامی			خطرپذیری نوجوانان غیرنظامی			خطرپذیری کل نوجوانان		
	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا
رانندگی پرخطر	۸۳ (٪۱۸/۹)	۲۵۴ (٪۵۷/۷)	۱۰۳ (٪۲۳/۴)	۱۷۱ (٪۲۱/۱)	۴۲۶ (٪۵۲/۵)	۲۱۴ (٪۲۶/۴)	۲۵۴ (٪۲۰/۳)	۶۸۰ (٪۵۴/۴)	۳۱۷ (٪۲۵/۴)
خشونت	۱۸۷ (٪۴۲/۵)	۲۱۹ (۴۹/۸)	۳۴ (٪۷/۷)	۳۲۰ (٪۳۹/۵)	۳۸/۸ (٪۴۷/۸)	۱۰۳ (٪۱۲/۷)	۵۰۷ (٪۴۰/۵)	۶۰۷ (٪۴۸/۵)	۱۳۷ (٪۱۱)
مصرف سیگار	۳۴۴ (٪۷۸/۲)	۶۵ (٪۱۴/۸)	۳۱ (٪۷)	۶۱۶ (٪۷۶)	۱۳۶ (٪۱۶/۸)	۵۹ (٪۷/۳)	۹۶۰ (٪۷۶/۷)	۲۰۱ (٪۱۶/۱)	۹۰ (٪۷/۲)
مصرف مواد	۳۹۸ (٪۹۰/۵)	۳۰ (٪۶/۸)	۱۲ (٪۲/۷)	۷۰۰ (٪۸۶/۳)	۸۱ (٪۱۰)	۳۰ (٪۳/۷)	۱۰۹۸ (٪۸۷/۸)	۱۱۱ (٪۸/۹)	۴۲ (٪۳/۴)
مصرف الکل	۳۱۶ (٪۷۱/۸)	۱۰۰ (٪۲۲/۷)	۲۴ (٪۵/۵)	۵۰۲ (٪۶۱/۹)	۲۳۱ (٪۲۸/۵)	۷۸ (٪۹/۶)	۸۱۸ (٪۶۵/۴)	۳۳۱ (٪۲۶/۵)	۱۰۲ (٪۸/۲)
رابطه جنسی	۱۳۵ (٪۳۰/۷)	۲۱۸ (٪۴۹/۵)	۸۷ (٪۱۹/۸)	۲۵۴ (٪۳۱/۳)	۳۴۵ (٪۴۲/۵)	۲۱۲ (٪۲۶/۱)	۳۸۹ (٪۳۳/۱)	۵۶۳ (٪۴۵)	۲۹۹ (٪۲۳/۹)

بحث و نتیجه‌گیری

عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوادگی نقش بسیار چشمگیری در آسیب‌های رفتاری مرتبط با دوره نوجوانانی را ایفا می‌کنند. امروزه این مسئله روشن است که عوامل مرتبط با خانواده، قوی‌ترین تأثیر را بر بروز این قبیل رفتارها در نوجوانان برجای می‌گذارند و از نگرانی‌های عمده والدین در عصر حاضر، مشارکت نوجوانان شان در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز است [۱۸]. رفتارهای پرخطر را نمی‌توان تنها یک مشکل فردی یا اجتماعی تلقی کرد بلکه از آشکارترین مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی محسوب می‌شود که پیامدهای سنگین و جبران‌ناپذیری برای فرد و جامعه دارد [۱۹].

پژوهش حاضر باهدف بررسی و مقایسه گرایش به رفتارهای پرخطر بین نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر حکایت ازگرایش به این رفتارها در بین نوجوانان دختر و پسر در هر دو گروه داشت. خطرپذیری رفتار پرخطر رانندگی (۲۵/۴ درصد)، رابطه جنسی (۲۳/۹ درصد)، خشونت (۱۱ درصد)، مصرف مشروبات الکلی (۸/۲ درصد)، مصرف سیگار (۷/۲ درصد) و مصرف موادمخدر (۳/۴ درصد) به‌ترتیب بیشترین میزان رفتار پرخطر را در بین نوجوانان هر دو گروه دارا بود.

به‌طورجزئی‌تر به‌ترتیب ۲۳/۴ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۲۶/۴ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی در زمینه رانندگی پرخطر، ۱۹/۸ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۲۶/۱ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی درزمینه رابطه جنسی، ۷/۷ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۱۲/۷ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی در زمینه خشونت، ۷ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۷/۳ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی درزمینه مصرف سیگار، ۵/۵ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۹/۶ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی در زمینه مصرف مشروبات الکلی و درنهایت ۲/۷ درصد از نوجوانان خانواده‌های نظامی و ۳/۴ درصد نوجوانان خانواده‌های غیرنظامی در رابطه با مصرف مواد مخدر خطرپذیری بالایی را نشان می‌دهند. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش های مرتبط همخوانی دارد [۴ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲].

متغیر	نظامی		غیرنظامی		درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
	M	SD	M	SD			
رانندگی پرخطر	۱۹/۰۴	۴/۹۱	۱۹/۰۲	۵/۱۷	۱۲۴۹	۰/۰۵۹	۰/۹۵۳
خشونت	۱۲/۶۲	۴/۱۵	۱۳/۱۲	۴/۶	۱۲۴۹	−۱/۹۴	۰/۰۵۳
مصرف سیگار	۶/۶۶	۴/۱۱	۶/۹۴	۴/۰۳	۱۲۴۹	−۱/۱۷۸	۰/۲۳۹
مصرف مواد	۱۰/۱۲	۴/۸۸	۱۰/۷۲	۶/۵۷	۱۱۳۴/۵۶	−۱/۸۲۰	۰/۰۶۹
مصرف الکل	۷/۶۱	۳/۵۳	۸/۵۳	۴/۷۰	۱۱۲۵/۲۳	−۳/۹۳۲	۰/۰۰۱
رابطه جنسی	۱۱	۴/۱	۱۱/۶۳	۴/۹۳	۱۰۴۸/۳۵	−۱/۹۷۲	۰/۰۴۵
خطرپذیری کلی	۶۷/۰۵	۱۶/۷۳	۶۹/۸۹	۱۸/۵۴	۹۸۲/۴۳۲	−۲/۷۶۷	۰/۰۰۶

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۴۲-۱۳۵

برای مثال براساس پژوهشی مصرف الکل (۶۵/۵۰ درصد)، مصرف سیگار (۶۴ درصد)، رابطه جنسی (۴۸/۵ درصد)، مصرف حشیش (۳۳ درصد) و خشونت فیزیکی (۳۰ درصد) به‌ترتیب بیش‌ترین میزان را در نوجوانان آمریکایی داراست [۱۰]. ازسوی‌دیگر این یافته‌ها با پژوهش محمدخانی [۱۵] که در آن مصرف سیگار با ۱۴/۷ درصد و مشروبات الکلی با ۹/۸ درصد شایع‌ترین موارد مصرفی و با پژوهش پشت‌مشهدی [۱۴] که بیش‌از ۱۵ درصد نوجوانان پژوهش تمایل‌به تجربه مصرف الکل دارند و ۱۰/۴ درصد از همسالان‌شان نیز الکل مصرف می‌کنند، هم‌خوانی ندارد. این درحالی‌است‌که دراین پژوهش رانندگی خطرناک و رابطه جنسی از بیش‌ترین خطرپذیری در نوجوانان هر دو گروه برخوردار است.

در رابطه با چگونگی این رفتار می‌توان بیان کرد که نتایج مطالعات متعدد عوامل مختلف روانی و اجتماعی حاکم برنوجوان ازقبیل پایین بودن نظارت والدین، اثرات هم‌نشینی با همسالان، الگو گیری، فقدان انسجام خانوادگی، عزت‌نفس پایین در برابر فشار همسالان و درک شدن این رفتارها به‌عنوان رفتارهای بزرگسالانه و مطلوب از سوی نوجوان را در آن مؤثر می‌دانند [۱۹ و ۲۲ و ۲۳]. وجود یک یا چند مورد ازاین دلایل مذکور درکشیده شدن نوجوان به‌سمت این قبیل رفتارهای پرخطر که هیجان بالایی را با خود به‌دنبال دارند، نقش معناداری ایفا می‌کنند.

از یافته‌های این مطالعه بالابودن میزان گرایش‌به انجام رفتارهای پرخطر رانندگی خطرناک و داشتن رابطه جنسی در نوجوانان نظامی و غیرنظامی بود. دلیل قابل‌توجه برای یافته حاضر این نکته است که شواهد پژوهشی میانه و اواخر دوره نوجوانی را بحرانی ترین دوره برای سازگاری با این دو نوع رفتار پرخطر نشان می دهند. به‌این‌صورت‌که گرایش به رفتارهای پرخطری همچون رابطه جنسی، مصرف الکل و رانندگی پرخطر با عامل سن ارتباط بالایی دارند و با بالاتر رفتن سن، افزایش می‌یابد [۱۱ و ۱۹]. برای مثال، رامر و روئیز [۲۴] در بررسی خود گزارش‌کردند که ۳۳ درصد دختران ۱۳ ساله، ۷۵ درصد دختران ۱۵ ساله، ۴۵ درصد پسران ۱۳ ساله و ۹۵ درصد پسران ۱۵ ساله درگیر روابط جنسی بوده‌اند. پس توجه‌به عامل سن در تفاوت گرایش‌به رفتارهای پرخطر در نوجوانان نیز حائزاهمیت است.

درخصوص بررسی تفاوت‌های جنسیتی یافته‌ها دلالت‌بر بالاتر بودن میزان شیوع خطرپذیری کلی در بین پسران در مقایسه با دختران در هر دو گروه داشت. این یافته‌ها با پژوهش‌های متعدد هم‌سو است [۱۹ و ۲۰ و ۲۲ و ۲۵]. پایین‌بودن خطرپذیری و بروز رفتارهای پرخطر در دختران نسبت‌به پسران به عدم مقبولیت و پذیرش این رفتارها از طرف زنان و انتظارات اجتماعی متفاوت جنسیتی [۲۵] بالاتر بودن میزان خودکنترلی در دختران [۷] و همچنین نظارت بیشتر والدین بر آنان [۲۶] درجوامع مختلف دانست.

یافته قابل‌توجه دیگر در این پژوهش عدم تفاوت معنادار جنسیتی درگرایش‌به مصرف سیگار و رانندگی خطرناک بین دختران و پسران بود. در ارتباط با تبیین یافته مذکور می‌توان بیان داشت که احتمالاً این رفتارها درمقایسه با سایر رفتارهای پرخطر همچون مصرف مواد و روابط جنسی، ادراک خطرکمتری را ازسوی دختران داراست و آن‌ها نسبت‌به این رفتارها نگرش مثبتی دارند. ازسوی‌دیگر انجام آن رفتارهای بزرگسالانه تعبیر می‌شود و آن‌ها با تقلید رفتارهای بزرگسالان به نشان‌دادن استقلال و بزرگ شدن خویش می‌پردازند. به‌این‌دلیل منطقی به‌نظر می‌رسد که گرایش بیشتری نسبت‌به آن ها در هردو جنسیت مشاهده‌شود.

از نکات قابل‌توجه در پژوهش پایین بودن میزان گرایش‌به سمت مصرف موادمخدر در بین نوجوانان هر دو گروه بود. از دلایل این وضعیت می‌توان به اثربخش بودن برنامه‌های پیشگیرانه، افزایش آگاهی نوجوانان نسبت‌به این مواد و آسیب‌های مرتبط با آن، نگاه و نگرش منفی جامعه نسبت‌به موادمخدر و افراد درگیر با آن، کنترل و نظارت بیش‌تر و دقیق‌تر والدین نسبت‌به این قبیل رفتارها و درنهایت ادراک خطر بیشتر این رفتار پرخطر از سوی نوجوانان اشاره داشت. در بررسی تفاوت نوجوانان دو گروه مشاهده شد که در خطرپذیری کلی، رفتار پرخطر مصرف الکل و رابطه جنسی بین نوجوانان خانواده‌های نظامی و غیرنظامی تفاوت معنی دار وجود دارد و نوجوانان خانواده‌های نظامی میزان خطرپذیری کمتری را نسبت‌به نوجوانان غیرنظامی در این سه رفتار نشان‌می‌دهند و در سایر خرده مقیاس‌ها این تفاوت معنی‌دار نبود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان داشت که این وضعیت می‌تواند ناشی از اقدامات سازنده و مؤثر والدین نظامی درخصوص نظارت و مراقبت بیشتر و باکیفیت تر برفرزندان، اطلاعات و آگاهی مناسب درباره کیفیت اوقات فراغت فرزندان، آگاهی و دانش مناسب درزمینه رفتارهای پرخطر و لزوم توجه‌به آن، شناخت نسبت‌به دوستان و همسالان فرزندان، قواعد و اصول انضباطی شفاف و قاطع و الگو بودن مناسب آن‌ها به‌لحاظ رفتاری باشد. چراکه به‌طورکلی والدینی که نظارت بیشتری برفرزندان خود دارند [۲۵]. مخالفت خود درقبال این قبیل رفتارها را صریح و روشن‌بیان می‌کنند و قواعد انضباطی محکم تری دارند، نوجوان احتمال کمتری برای گرایش‌به رفتارهای پرخطر دارا هستند [۲۸ و ۲۹].

بنابراین باتوجه‌به یافته‌های این پژوهش، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه ایجاب می‌کند توجه ویژه‌ای به رفتارهای پرخطر صورت گیرد. ازطرف‌دیگر روند افزایش گرایش نوجوانان در سنین پایین‌تر نسبت‌به

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 135-142

بروز انواع رفتارهای پرخطر نگران‌کننده است. بنابراین برنامه های پیشگیرانه لازم است علاوه‌بر آموزش والدین جهت نظارت بهتر، توجه بیشتری به سنین اولیه نوجوانی داشته‌باشد و اقدامات هدفمندانه برای ایمن‌سازی نوجوانان از سوی نهادهای مربوطه انجام گیرد. مطابق نتایج پیشنهاداتی ازقبیل تلاش برای غنی سازی اوقات فراغت نوجوانان، آموزش خانواده‌ها برای نظارت بیشتر و دقیق‌تر بر فرزندان و کمک به بهبود روابط والد فرزندی برای هر دو گروه ارائه می‌شود.

پژوهش حاضر نیز به‌نوبه خود با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. نمونه موردنظر از نوجوانان دبیرستانی و دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بود. تعمیم نتایج به همه نوجوانان تهران مستلزم رعایت احتیاط است. حجم نمونه نابرابر، خودگزارشی بودن ابزار جمع‌آوری اطلاعات و مسائل مربوط به دوره نوجوانی ازقبیل احتمال اغراق و غیرواقعی بودن در پاسخگویی علیرغم تلاش پژوهشگر برای جلب همکاری آزمودنی‌ها ازجمله محدودیت‌های دیگر بود. بااین حال اطلاعات حاصل از این پژوهش می‌تواند دست‌مایه پژوهش‌های دیگر دراین زمینه قرار گیرد تا افق‌های دیگری درمورد این مسئله گشوده‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) انجام‌شده است. نویسندگان ازکلیه عزیزانی که به‌نوعی در انجام این مطالعه مشارکت و همکاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع

1. Queen. WH. Family Solutions for Youth at Risk: Applications to Juvenile Delinquency, Truancy, and Behavior Problems. 1st ed. New York: Brunner-Rutledge 2004.
2. Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. Journal of Primary Prevention. 2005 Nov 1; 26(6):529-51.
3. Muthen BO, Muthen LK. The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18 to 37 in a US national sample. Journal of studies on alcohol. 2000 Mar; 61(2):290-300.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco, alcohol, and other drug use among high school students in Bureau of Indian Affairs-funded schools -United States, 2001. MMWR: Morbidity and mortality weekly report. 2003; 52(44):1070-2.
5. Han Y, Grogan-Kaylor A, Bares C, Ma J, Castillo M, Delva J. Relationship between discordance in parental monitoring and behavioral problems among Chilean adolescents. Children and youth services review. 2012 Apr 30; 34(4):783-9.
6. Melchior M, Chastang JF, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. Addictive behaviors. 2008 Jan 31; 33(1):122-33.
7. Boyer TW. The development of risk-taking: A multi -perspective review. Developmental review. 2006 Sep 30; 26(3):291-345.
8. Del Vecchio T, O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. Clinical psychology review. 2004 Mar 31; 24(1):15-34.
9. Doran N, Luczak SE, Bekman N, Koutsenok I, Brown SA. Adolescent substance use and aggression a review. Criminal Justice and Behavior. 2012 Jun 1; 39(6):748-69.
10. Michael K, Ben-Zur H. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. Journal of Adolescence. 2007 Feb 28; 30(1):17-31.
11. Demuth S, Brown SL. Family structure, family processes, and adolescent delinquency: The significance of parental absence versus parental gender. Journal of research in crime and delinquency. 2004 Feb 1;41(1):58-81.
12. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, Davies S, Hook EW, Oh MK. Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. Pediatrics. 2001 Jun 1; 107 (6):1363-8.
13. Westling E, Andrews JA, Hampson SE, Peterson M. Pubertal timing and substance use: The effects of gender, parental monitoring and deviant peers. Journal of Adolescent Health. 2008 Jun 30;42(6):555-63.
14. Poshtmashhadi M, Ahmadabadi Z, Panaghi L, Zadehmohammadi A, Rafiei H. The role of school in tendency to cigarette, alcohol and drug abuse in high school students in Tehran. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2010 Apr 4;8(1). [Persian]
15. Mohammadkhani S. Prevalence of cigarette smoking, alcohol drinking and illegal drugs use among Iranian adolescents. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2012;19(1):32-48. [Persian]
16. Wu DM, Chu NF, Lin YS, Lai HR. Aggregation of adverse behaviors and its affecting factors among young military conscripts in Taiwan. Addictive behaviors. 2007 Jun 30;32(6):1302-8.
17. Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z. Panaghi. L. & Heidari. M.(2010). Validity and Reliability of Iranian Youth Risk-Taking Scale. Journal of Psychology.;15(2):129-46. [Persian]
18. Engels RC, Scholte RH, van Lieshout CF, de Kemp R, Overbeek G. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. Addictive Behaviors. 2006 Mar 31;31(3):440-9.
19. Kristjansson AL, James JE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID, Helgason AR. Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities:

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۴۲-۱۳۵

12-year outcomes of primary prevention in Iceland. Preventive medicine. 2010 Aug 31;51(2):168-71.
20. Moss HB, Lynch KG, Hardie TL. Affiliation with deviant peers among children of substance dependent fathers from pre-adolescence into adolescence: associations with problem behaviors. Drug and alcohol dependence. 2003 Aug 20; 71(2):117-25.
21. Onishi A, Kawabata Y, Kurokawa M, Yoshida T. A mediating model of relational aggression, narcissistic orientations, guilt feelings, and perceived classroom norms. School Psychology International. 2012 Aug 1; 33(4):367-90.
22. Skara S, Pokhrel P, Weiner MD, Sun P, Dent CW, Sussman S. Physical and relational aggression as predictors of drug use: Gender differences among high school students. Addictive behaviors. 2008 Dec 31; 33(12):1507-15.
23. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology. 1999 Oct 1; 27(5):357-69.
24. Romero AJ, Ruiz M. Does familism lead to increased parental monitoring? Protective factors for coping with risky behaviors. Journal of Child and Family Studies. 2007 Apr 1;16(2):143-54.
25. Eaton NR, Krueger RF, Johnson W, McGue M, Iacono WG. Parental monitoring, personality, and delinquency: Further support for a reconceptualization of monitoring. Journal of research in personality. 2009 Feb 28; 43(1):49-59.
26. Singer MI, Flannery DJ, Guo S, Miller D, Leibbrandt S. Exposure to violence, parental monitoring, and television viewing as contributors to children's psychological trauma. Journal of Community Psychology. 2004 Sep 1;32(5):489-504.
27. Doran N, Luczak SE, Bekman N, Koutsenok I, Brown SA. Adolescent substance use and aggression a review. Criminal Justice and Behavior. 2012 Jun 1;39(6):748-69.
28. Fite PJ, Colder CR, Lochman JE, Wells KC. Pathways from proactive and reactive aggression to substance use. Psychology of Addictive Behaviors. 2007 Sep;21(3):355.
29. Alboukordi S, Nazari AM, Nouri R, Sangdeh JK. Predictive factors for juvenile delinquency: the role of family structure, parental monitoring and delinquent peers. International Journal of Criminology and Sociological Theory. 2012 May 4;5(1) 770-777.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.2.9]
[DOI: 10.30505/5.2.135]