

## گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی-اجتماعی و بهزیستی روان شناختی

اکبر عطادخت<sup>۱</sup>، محمدجواد رنجبار<sup>۲\*</sup>، فائزه غلامی<sup>۲</sup>، طوبی نظری<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
 \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۳۲۱۹۱۳۲ ایمیل: ranjbar\_mohamadj@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مسائل شایع که می‌تواند محل بهزیستی روان‌شناختی باشد، رفتارهای پرخطر است. از آنجائی که رفتارهای پرخطر عمدتاً در جمعیت نوجوان و جوان شیوع دارد، این پژوهش به بررسی گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی پرداخته است.

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. از این میان، نمونه‌ای به حجم ۱۹۲ نفر (۴۳ پسر و ۴۹ دختر) به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانشکده‌های دانشگاه انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس خطرپذیری و مقیاس سلامت روان استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-16 و با آزمون‌های گشتاوری پیرسون، تحلیل واریانس یک‌طرفه و تی مستقل تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بهزیستی روان‌شناختی با رفتار پرخطر و همچنین تقریباً با تمامی ابعاد رفتار پرخطر رابطه منفی معنادار داشت. دانشجویان پسر و دانشجویان ساکن خانه دانشجویی در مقایسه با سایر دانشجویان گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر نشان دادند ( $p \leq 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** این مطالعه ضرورت توجه بیشتر بر متغیرهای فردی اجتماعی و به ویژه محل سکونت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را به منظور پیشگیری از افزایش گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر نشان می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:** رفتارهای پرخطر، بهزیستی روان‌شناختی، دانشجو

دریافت: ۹۲/۸/۲۵

پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۴

### مقدمه

در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسأله سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است و تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌گردد. مطالعات علمی و وسیعی که در این زمینه صورت می‌گیرد، می‌تواند با شناسایی دقیق‌تر عوامل تهدید کننده سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری‌شناسی، کیفیت و سبک زندگی و

علل آسیب‌های اجتماعی، راهگشای برنامه‌های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (۱). یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت، که در سال‌های اخیر مورد توجه سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی قرار گرفته شیوع رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> در میان اقشار مختلف می‌باشد. هرچند که هیچ‌یک از بخش‌های جامعه از عواقب ناگوار رفتارهای تهدید کننده سلامت در امان نیست، اما بعضی از گروه‌های سنی و اجتماعی از جمله

<sup>۱</sup> High Risk Behaviors

نوجوانان و جوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۲). از طرف دیگر از علایم گذر یا انتقال از دوره نوجوانی به بزرگسالی، پذیرفته شدن در دانشگاه است و یکی از خصوصیات این دوره، رسیدن به استقلال نوپدیدی است که تحت‌تأثیر آن دانشجویان، خودمختاری بیشتری در سبک‌های زندگی و رفتارهایشان احساس کرده و بسیاری از آنها گرایش بیشتری به سمت رفتارهای ناسالم و سبک‌های پرخطر پیدا می‌کنند (۳).

رفتارهای پرخطر، به رفتارهایی اطلاق می‌شوند که سلامت و بهزیستی نوجوانان، جوانان و سایر افراد جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهند (۴). رفتارهای پرخطر سنین جوانی و نوجوانی عمدتاً در شش دسته هستند که عبارتند از: استعمال دخانیات، اعتیاد و سوءمصرف مواد، رفتارهای جنسی ناسالم، کم‌حرکی جسمی، تغذیه ناسالم و رفتارهای مرتبط با صدمات و جراحات. رفتارهای پرخطر شناخته شده در بین جوانان ایرانی عبارتند از: خشونت، خودکشی، بی‌ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی که احتمال ابتلا به ایدز یا بیماری‌های مقاربتی را به دنبال داشته باشد، رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم و عدم انجام فعالیت‌های بدنی و ورزشی (۱). رفتارهای پرخطر در بسیاری از موارد با هم رخ می‌دهند و روی هم اثر تشدیدکننده یا تقویت‌کننده دارند. در میان جمعیت جوان کشور رشد رفتارهای پرخطر به صورت تصاعدی می‌باشد و شیوع کلی مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۸/۹ درصد (۱۸٪ مردان و ۱/۴٪ زنان) بوده است (۵). این در حالی است که بعضی از خرده فرهنگ‌های مربوط به گروه‌های دانشجویی، گاهی امتحان کردن انواع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار و مواد را تشویق و ترغیب می‌کنند و دانشجویان در دوران اوج تجربه رفتارهایی نظیر مصرف مواد و رفتارهای جنسی در اوایل جوانی به سرمی‌برند. رفتارهای پرخطر مهم‌ترین عامل به

خطر افتادن سلامت جامعه است. تخمین زده شده که تا سال ۲۰۳۰، فقط میزان مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (۶) و رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف مواد و خشونت، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سن نوجوانی و ابتدای بزرگسالی است (۷). سازمان جهانی بهداشت، سلامت را چیزی بیش از نبود بیماری جسمی و روانی دانسته و عنوان می‌کند که سلامت، حالت رفاه کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی است که فرد در آن قابلیت‌های خود را به خوبی شناخته و از آنها به گونه‌ای موثر و مولد برای خود و اجتماع استفاده می‌کند (۸). سلامتی منعکس‌کننده افکار و احساسات مثبت در مورد زندگی فرد می‌باشد. در سطح شناختی، سلامت ذهن شامل یک حس کلی در مورد رضایت از زندگی است که با رضایت از کار، ازدواج و سایر ابعاد زندگی به دست می‌آید. در سطح عاطفی، افراد دارای بهزیستی بالا، عمدتاً دارای هیجانات مثبت هستند و ارزیابی مثبتی در مورد رویدادهای در حال وقوع دارند. افراد دارای بهزیستی پایین شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و به همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را تجربه می‌کنند (۹). تحقیقات بسیاری در زمینه بهزیستی انجام شده که برخی به بررسی تأثیر سن، جنس یا وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر بهزیستی پرداخته‌اند و برخی دیگر بهزیستی را به‌عنوان عاملی متأثر از تجارب زندگی (ازدواج، بچه‌دار شدن، طلاق و...) و یا تحولات زندگی و نیز چالش‌های خاص مورد مطالعه قرار داده‌اند (۱۰). مطالعه انجام‌شده توسط بروکس<sup>۱</sup> و همکاران حاکی از ارتباط بین سطح استرس و افسردگی با رفتارهای پرخطر بوده (۱۱) و چاوپیوچنکامجورن<sup>۲</sup> و همکاران نیز نشان داده‌اند که مصرف مشروبات الکلی با رفتارهای پرخطر سلامتی و

<sup>1</sup> Brooks

<sup>2</sup> Chaveepojnkamjorn

خوشه‌ای، سه دانشکده از بین دانشکده‌های دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب شده و سپس با حضور در دانشکده‌های انتخاب شده، از بین کلاس‌های دانشکده، سه کلاس انتخاب شده و در نهایت به صورت تصادفی ۲۰۸ نفر از بین دانشجویان شرکت کننده در کلاس‌های درسی انتخاب شده و ضمن ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف و انتظارات مطالعه، در صورت رضایت، از دانشجویان درخواست شد که به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها به قرار ذیل بود.

#### پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

این پرسشنامه محقق ساخته بوده و گزینه‌هایی همچون سن، جنس، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، تعداد اعضای خانواده، ترتیب تولد، وضعیت اقتصادی و قومیت دانشجویان را مورد سنجش قرار می‌داد.

#### مقیاس خطرپذیری<sup>۲</sup>

این مقیاس که توسط زاده‌محمدی و همکاران ساخته و هنجاریابی شده، دارای ۳۸ گویه با پاسخ‌های پنج گزینه‌ای کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌باشد. در این مقیاس که نقطه برش خاصی برای تفکیک افراد بهنجار از نابهنجار ندارد، نمرات بالاتر نشانگر گرایش بیشتر به رفتار پرخطر بوده و گرایش به رفتار پرخطر را در هفت حوزه مواد مخدر، الکل، سیگار، خشونت، رابطه و رفتار جنسی، رابطه با جنس مخالف، رانندگی خطرناک و یک حیطة کلی رفتار پرخطر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ و ۰/۹۴ به دست آمد.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، داشتن شغل نیمه وقت و سابقه مصرف الکل در خانواده ارتباط معنی‌دار دارد (۱۲). اولچوسکی<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۲۳ دانشجوی دوره لیسانس به این نتیجه رسیدند که مصرف سیگار با واسطه کاهش ورزش با سلامتی ادراک‌شده پایین همراه است (۱۳). لذا با توجه به پژوهش‌هایی که در زمینه رابطه حوزه‌های مختلف سلامت با رفتارهای پرخطر و انواع آن مثل گرایش به مصرف الکل، سیگار، خشونت و رفتار جنسی در محیط‌های دانش‌آموزی و دانشجویی انجام شده (۱۵-۱۱)، می‌توان گفت که احتمالاً رفتارهای پرخطر با سطوح پایین سلامت و بهزیستی رابطه دارند. درباره نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی در رفتارهای پرخطر نیز مطالعاتی انجام شده و بر نقش سن، مقطع تحصیلی، محل سکونت، وضعیت تأهل، طبقه اجتماعی و اقتصادی و جنسیت در بروز برخی از رفتارهای پرخطر یا مجموعه‌ای از رفتارهای پرخطر اشاره دارد (۵، ۱۶). با این حال در پژوهش‌ها کمتر به ارتباط همزمان گرایش به رفتارهای پرخطر با متغیرهای فردی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی پرداخته شده است، لذا پژوهش حاضر به بررسی ارتباط میزان گرایش به رفتارهای پرخطر با متغیرهای فردی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان پرداخته است.

#### روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی است. جمعیت مورد مطالعه، شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بودند. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول تعیین نسبت و با در نظر گرفتن  $p=0/50$  و  $d=0/05$ ، ۲۰۸ نفر برآورد شد. برای انتخاب آنها نیز ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری

<sup>2</sup> Risk-Taking Scale

<sup>1</sup> Olchowski

### پرسشنامه سلامت روان<sup>۱</sup>

این پرسشنامه که ساخته ویت<sup>۲</sup> و همکاران بوده و بشارت آن را در جمعیت ایرانی هنجاریابی کرده، شامل ۲۸ سؤال و دو زیرمقیاس ۱۴ سؤالی است که یکی از آن‌ها بهزیستی روان‌شناختی را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۸). پاسخ‌ها در این پرسشنامه مبتنی بر پاسخ‌های پنج‌درجه‌ای کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) بوده، نمرات بالا نشانگر سلامت روان بالاتر افراد است و نقطه‌برشی برای تفکیک افراد بهنجار از نابهنجار ندارد. مقیاس سلامت روانی بر اساس اطلاعات مربوط به جمعیت عمومی - و نه جمعیت بالینی - ساخته شده و به همین دلیل برای پژوهش روی جمعیت عمومی مناسب می‌باشد. در پژوهش بشارت ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ به طور جداگانه برای زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۹۱ گزارش شده و پایایی بازآزمایی، اعتبار همزمان و اعتبار تفکیکی آن نیز مطلوب بوده است (۱۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد. از ۲۰۸ دانشجوی انتخاب شده ۱۶ نفر پرسشنامه را تکمیل نکرده و یا ناقص پر کرده بودند که با حذف این موارد از روند تحلیل، نرخ پاسخگویی ۹۳٪ به دست آمد که ۱۹۲ نفر را در بر می‌گرفت. بعد از وارد کردن داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 تجزیه و تحلیل انجام شد. ابتدا همبستگی بین متغیرهای پژوهش و ابعاد مختلف آنها با روش گشتاوری پیرسون مورد آزمون قرار گرفت. همچنین برای مقایسه میزان ابعاد رفتار پرخطر و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان به تفکیک محل سکونت و جنسیت، آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه و تی مستقل به کار گرفته شد. در خصوص مسایل اخلاقی مطالعه نیز اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، رضایت آنها

برای همکاری جلب شد، اطمینان داده شد که تکمیل پرسشنامه هیچ ضرر و زبانی را برای آن‌ها در پی نداشته و رازداری کامل در مورد اطلاعات اخذ شده رعایت شد.

### یافته‌ها

از ۱۹۲ نفر نمونه پژوهش، وضعیت سکونت دانشجویان در گروه‌های نسبتاً مساوی ۳/۳۲٪ (۶۲ نفر) ساکن خوابگاه، ۸/۳۲٪ (۶۳ نفر) ساکن خانه‌های دانشجویی و ۹/۳۴٪ (۶۷ نفر) ساکن خانه پدری خود بود. ۵/۷۴٪ (۱۴۳ نفر) شرکت‌کنندگان، پسر و ۵/۲۵٪ (۴۹ نفر) دختر بودند. میانگین سنی دانشجویان، ۵/۲۱ سال با انحراف استاندارد ۱/۹۶ و معدل تحصیلی آنان بین ۱۱ تا ۱۹/۵۵ با میانگین ۱۵/۲۵ و انحراف استاندارد ۱/۵۱ بود. بیش از ۹۲٪ (۱۷۸ نفر) مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی بودند. جمعاً ۶/۹۰ درصد (۱۷۴ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط و خوب داشتند و همچنین ۷/۹۱ درصد (۱۷۶ نفر) ساکن شهر بودند.

برای محاسبه همبستگی بین بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد رفتار پرخطر از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی با رفتار پرخطر و همچنین تقریباً با تمامی ابعاد رفتار پرخطر، رابطه منفی معنادار ( $p \leq 0/01$ ) داشت. به این معنی که افزایش گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر با کاهش بهزیستی روان‌شناختی آنها همراه است. فقط بین گرایش به ارتباط با جنس مخالف و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی معناداری یافت نشد. بیشترین همبستگی بهزیستی روان‌شناختی، با نمره کل رفتار پرخطر ( $r = -0/36$ ) و کمترین آن با گرایش به رابطه و رفتار جنسی ( $r = -0/19$ ) بود.

<sup>1</sup> MHI: Mental Health Inventory

<sup>2</sup> Veit

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد گرایش به رفتار پرخطر

نمره کل	راندگی خطرناک	رابطه با جنس مخالف	رابطه و رفتار جنسی	خشونت	سیگار	الکل	مواد مخدر	ابعاد رفتار پرخطر بهزیستی روان‌شناختی
۸۸/۷۳	۱۵/۵۴	۱۲/۲۱	۹/۳۵	۱۱/۶۴	۱۰/۸۶	۱۳/۳۳	۱۳/۹۴	میانگین
۲۲/۲۹	۴/۹۲	۴/۷۱	۴/۵۳	۴/۷۷	۶/۲۶	۶/۹۹	۶/۶۶	انحراف معیار
-۰/۳۶	-۰/۳۱	-۰/۱۳	-۰/۱۹	-۰/۲۸	-۰/۳۲	-۰/۲۹	-۰/۲۱	r
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	p

در ابعاد مختلف رفتار پرخطر نیز، تفاوت میانگین نمره گرایش به مواد مخدر ( $F=۱۳/۵۶$ )، الکل ( $F=۱۳/۵۷$ )، سیگار ( $F=۶/۹۰$ )، و رابطه با جنس مخالف ( $F=۶/۲۴$ ) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ و در گرایش به رابطه و رفتار جنسی ( $F=۳/۵۰$ ) در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بود. نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که در همه ابعاد نامبرده، میانگین گرایش به رفتار پرخطر در دانشجویان ساکن خانه دانشجویی به طرز معناداری بیشتر از دیگر گروه‌ها بود. بین میانگین نمره ابعاد رفتار پرخطر در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشجویی و منزل پدری تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین در ابعاد گرایش به خشونت و راندگی خطرناک هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌های مختلف مورد آزمون مشاهده نشد.

برای مقایسه میزان رفتار پرخطر و ابعاد آن در دانشجویان ساکن خوابگاه، خانه دانشجویی و منزل پدری از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ خلاصه شده است. با توجه به جدول ۲، تفاوت میانگین نمره گرایش به رفتار پرخطر در بین دانشجویان با محل سکونت مختلف در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ معنی‌دار بود ( $F=۱۰/۲۸$ ). آزمون‌های تعقیبی برای بررسی معناداری اختلاف بین جفت میانگین‌ها نشان داد که دانشجویان ساکن خانه دانشجویی ( $M=۱۰/۶۱$ ) در مقایسه با دانشجویان ساکن خوابگاه ( $M=۸۴/۴۱$ ) و منزل پدری ( $M=۸۰/۶۲$ ) به طرز معناداری گرایش بیشتری به رفتار پرخطر داشتند. بین میانگین گرایش به رفتار پرخطر در خوابگاه و منزل پدری تفاوت معناداری یافت نشد.

جدول ۲. میزان گرایش به رفتار پرخطر برحسب محل سکونت دانشجویان

ANOVA		منزل پدری		خانه دانشجویی		خوابگاه		محل سکونت
P	F	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	ابعاد رفتار پرخطر
۰/۰۰۰۱	۱۰/۲۸	۲۳/۵۱	۸۰/۶۲	۲۷/۲۷	۱۰/۶۱	۲۶/۱۲	۸۴/۴۱	رفتار پرخطر
۰/۰۰۰۱	۱۳/۵۶	۴/۱۱	۱۱/۶۸	۶/۲۱	۱۷/۲۲	۵/۸۶	۱۳/۶	مواد مخدر
۰/۰۰۰۱	۱۳/۵۷	۳/۸۹	۱۱/۲۰	۶/۱۸	۱۶/۸۴	۴/۹۹	۱۲/۰۸	الکل
۰/۰۰۱	۶/۹۰	۵/۰۱	۹/۳۹	۴/۴۹	۱۳/۱۶	۴/۷۹	۱۰/۱۲	سیگار
۰/۰۰۵	۳/۵۰	۴/۱۷	۸/۴۶	۴/۲۳	۱۰/۵۱	۵/۰۵	۹/۱۵	رابطه و رفتار جنسی
۰/۰۰۱	۶/۲۴	۳/۱۶	۱۱/۴۰	۵/۴۰	۱۳/۸۸	۴/۷۳	۱۱/۳۸	رابطه با جنس مخالف
۰/۴۹	۰/۶۹	۵/۰۸	۱۱/۲۸	۵/۰۹	۱۲/۲۲	۵/۱۶	۱۱/۴۵	خشونت
۰/۶۵	۰/۴۱	۵/۸۹	۱۵/۴۴	۴/۸۱	۱۵/۹۸	۵/۸۷	۱۵/۱۹	راندگی خطرناک

صورت احراز شرط همسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لونز<sup>۱</sup> انجام شد. نتایج نشان داد

برای مقایسه میانگین گرایش به رفتار پرخطر و ابعاد آن در دو جنس، از آزمون تی مستقل استفاده شد. به خاطر این که تعداد افراد گروه‌ها نابرابر بود، تحلیل با احتیاط و در

<sup>۱</sup> Levens Test

شایان ذکر است که آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تی برای مقایسه تفاوت میانگین‌ها برای بهزیستی روان‌شناختی نتایج معناداری را نشان نداد. یعنی میانگین بهزیستی روان‌شناختی بین پسران و دختران و بین دانشجویان ساکن خوابگاه، خانه دانشجویی و خانه پدری از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشت. آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نیز نتیجه معناداری برای اثر تعاملی بین جنسیت و محل سکونت بر متغیرهای پژوهش نشان نداد.

که دانشجویان پسر ( $M=94/84$ ) نسبت به دانشجویان دختر ( $M=70/93$ ) گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر داشتند که براساس مقدار  $t$  بدست آمده ( $6/39$ ) این تفاوت در سطح  $0/01$  معنادار بود. با توجه به جدول ۳، میانگین ابعاد گرایش به مواد مخدر ( $t=5/23$ )، الکل ( $t=5/32$ )، سیگار ( $t=4/34$ ) و رابطه و رفتار جنسی ( $t=6/28$ ) در دو جنس متفاوت بوده و در همه ابعاد نامبرده، میانگین پسران به‌طور معناداری بیش از دختران بود. تفاوت میانگین پسران و دختران در ابعاد گرایش به خشونت، رانندگی خطرناک و ارتباط با جنس مخالف معنادار نبود.

جدول ۳. گرایش به رفتار پرخطر برحسب جنس دانشجویان

جنس	پسر		دختر		T test		ابعاد رفتار پرخطر
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	T	P	
ر رفتار پرخطر	۹۴/۸۴	۲۹/۵۲	۷۰/۹۳	۱۹/۶۳	۶/۳۹	۰/۰۰۰۱	
مواد مخدر	۱۵/۳۳	۷/۰۸	۹/۹۱	۲/۵۲	۵/۲۳	۰/۰۰۰۱	
الکل	۱۴/۸۱	۷/۱۹	۹/۰۴	۴/۰۸	۵/۳۲	۰/۰۰۰۱	
سیگار	۱۱/۹۶	۶/۵۴	۷/۶۵	۳/۹۳	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	
رابطه و رفتار جنسی	۱۰/۳۲	۴/۵۲	۶/۵۵	۳/۲۶	۶/۲۸	۰/۰۰۰۱	

### بحث

با پژوهش‌های بروکس<sup>۱</sup> و همکاران، الجوسکی<sup>۲</sup> و همکاران و سلیمانی نیا و همکاران همخوانی دارد (۱۱، ۱۳، ۱۹). رفتارهای پرخطر هرچند نتایج گسترده و متفاوتی را در پی دارند، اما هرکدام به نوعی با مشکلات مربوط به سلامت و بهزیستی مرتبط هستند. برای مثال پژوهش‌ها بین مصرف سیگار و الکل و نشانگان افسردگی رابطه قوی نشان داده‌اند (۲۰، ۲۱). مقایسه گرایش به رفتار پرخطر در دانشجویان با توجه به نحوه اسکان آنها نشان داد که دانشجویان ساکن خانه دانشجویی در مقایسه با دانشجویان ساکن خوابگاه و منزل پدری به طرز معناداری گرایش بیشتری به رفتار پرخطر داشتند.

این مطالعه با هدف تعیین رابطه گرایش به رفتارهای پرخطر با بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در دانشجویان انجام شد. رفتارهای پرخطر دامنه وسیعی از رفتارها را شامل می‌شود، اما در این پژوهش حوزه‌های بحرانی و شایع رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی با رفتار پرخطر و همچنین تقریباً با تمامی ابعاد رفتار پرخطر رابطه منفی معنادار داشت. یعنی با بالا رفتن سطوح گرایش به انواع رفتار پرخطر سطح بهزیستی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. این یافته

<sup>1</sup> Brooks

<sup>2</sup> Olchowski

همچنین میانگین نمره گرایش به رفتار پرخطر در دانشجویان ساکن خوابگاه و منزل پدری تفاوت معناداری نداشت. این یافته با پژوهش حاجیان و همکاران همسو بود. با توجه به اینکه هیچان خواهی و ریسک‌پذیری و رفتارهای پرخطر به طور کلی در دانشجویان بالادست (۲۴-۲۲)، و با وجود انواع چالش‌ها و فشارهای مربوط به محیط زندگی در محیط‌های دانشجویی و اینکه احتمالاً نظارت و کنترل و راهنمایی در خانه‌های استیجاری دانشجویی کمتر از خوابگاه‌های دانشجویی و منزل پدری است، به نظر می‌رسد گرایش به سمت رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد و الکل و رفتارهای جنسی در این دانشجویان بیشتر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر میانگین گرایش بالاتری به رفتار پرخطر داشتند. این یافته در راستای پژوهش‌های پیشین است (۲۲، ۱۵، ۵). وجود تفاوت‌های زیستی و تربیتی در دو جنس، انتظارات فرهنگی و اجتماعی متفاوت و آزادی بیشتر پسران، احتمالاً امکان گرایش به رفتار پرخطر را در پسران افزایش می‌دهد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در مقایسه بین دو جنس، گرایش به ارتباط با جنس مخالف در دختران و پسران تفاوتی نداشت اما میزان گرایش به رابطه و رفتار جنسی در پسران بیشتر بود که در راستای پژوهش آگارد و همکاران بود (۱۵). این امر می‌تواند از انتظارات و ارزش‌های فرهنگی در مورد لزوم عفت و پاکدامنی برای دختر و نه لزوماً برای پسران و آزادی جنسی بیشتر پسران ناشی شود. کوپر<sup>۱</sup> در پژوهشی به این نتیجه رسید که مصرف الکل با تصمیم‌گیری برای رفتار جنسی و رابطه ناایمن جنسی در دانشجویان ارتباط قوی دارد. لذا

بالاتر بودن گرایش به رابطه و رفتار جنسی در پسران ممکن است از بالاتر بودن میزان گرایش به مصرف مواد و الکل ناشی شود (۲۵). تفاوت مذکور بین پسران و دختران در ابعاد گرایش به خشونت و رانندگی خطرناک معنادار نبود که قبلاً در مقایسه دانشجویان با محل سکونت مختلف نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. این امر نشان می‌دهد که احتمالاً این دو بعد کمتر از دیگر ابعاد تحت تأثیر عواملی مثل جنسیت، محل سکونت و محیط زندگی قرار می‌گیرند. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تی برای مقایسه تفاوت میانگین‌ها برای بهزیستی روان-شناختی، نتایج معناداری را نشان نداد. یعنی میانگین بهزیستی روان‌شناختی بین پسران و دختران و بین دانشجویان ساکن خوابگاه، خانه دانشجویی و خانه پدری از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشت. در همین راستا شکری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که پس از کنترل عامل‌های شخصیتی، بین متغیر جنسیت با هیچ یک از سطوح بهزیستی ذهنی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۲۶). اما این یافته‌ها با پژوهش میکائیلی‌منیع مبنی بر وجود تفاوت معنی‌دار در بهزیستی روان‌شناختی دو جنس، در تضاد است (۲۷). بهزیستی روان‌شناختی با رفتار پرخطر رابطه منفی معنادار داشت، اما با وجود این که میزان گرایش رفتار پرخطر با توجه به جنس و محل سکونت متفاوت است، این تفاوت در مورد بهزیستی روان‌شناختی مشاهده نشد، که می‌تواند ناشی از وجود متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌کننده مختلفی مثل سبک زندگی، ورزش و فعالیت‌های بدنی در این میان باشد. جامعه پژوهش حاضر صرفاً محدود به یک دانشگاه است و نماینده جامعه دانشجویان نمی‌باشد. در این پژوهش از پرسشنامه خودسنجی مدادکاغذی استفاده شده و ممکن

<sup>1</sup> Cooper

شده و این ابعاد به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرند.

۳- با توجه به اینکه نمونه این پژوهش، صرفاً از میان دانشجویان دانشگاه دولتی محقق اردبیلی انتخاب شده بودند و تعمیم نتایج به سایر دانشجویان با محدودیت مواجه است، پژوهش‌های آتی می‌توانند بررسی‌های این‌چنینی را در سایر شهرستان‌ها و محیط‌های آموزشی دیگر انجام دهند تا نتایج از قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری برخوردار شوند.

### نتیجه گیری

نتایج بیان‌کننده آن است که بهزیستی روان‌شناختی با رفتار پرخطر رابطه منفی دارد لذا لازم است در جهت ارتقاء وضعیت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان به گرایش آنها به رفتارهای پرخطر توجه بیشتری نموده و بدین منظور پژوهش حاضر لزوم توجه و نظارت بیشتر بر شرایط سکونت دانشجویان به‌ویژه خانه‌های دانشجویی را نشان می‌دهد.

### تشکر و قدردانی

از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و دانشجویانی که ما را محرم راز خود دانسته و اطلاعات شخصی خود را در اختیار ما قرار دادند سپاسگزاریم.

است در روند جمع‌آوری اطلاعات خطایی رخ داده باشد که این خطا ممکن است ناشی از عدم پاسخگویی و یا پاسخگویی غلط و با سوگیری باشد و در نهایت موجب انحراف نتایج مطالعه شود. در این مطالعه به علت کمبود وقت و نیروی انسانی و همچنین ملاحظات اخلاقی و قانونی صرفاً به داده‌های پرسشنامه‌ای اتکا شد و از سایر منابع اطلاعاتی همچون مصاحبه یا پرونده‌های انضباطی دانشجویان که می‌توانست مفید باشد استفاده نشد. محدودیت دیگر وجود پرسش‌های مستقیم در مورد رفتارهای پرخطری مثل مصرف مواد یا رفتار جنسی بود که این سوالات موجب مقاومت و عدم صداقت پاسخ‌دهنده می‌شوند و در نتیجه میزان پاسخ‌های صحیح و دقت جمع‌آوری اطلاعات کاهش می‌یابد. بر مبنای نتایج به‌دست آمده از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که:

۱- در پژوهش‌های آتی متغیرهایی که نقش واسطه‌ای و یا تعدیل‌کننده را ایفا می‌کنند از قبیل ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی ادراک شده و غیره، مورد بررسی قرار گیرند.

۲- با توجه به این که نتایج در مورد برخی از ابعاد رفتارهای پرخطر متفاوت با نتیجه کلی بود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی بر روی ابعاد رفتارهای پرخطر تمرکز بیشتری

### References

1. Zadeh-Mohammadi A, Ahmad-Abadi Z. The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. *Family Research*. 2008; 4(1): 87-100. [Persian]
2. Masoudi A, Mohammadi M. Investigating the effect of gender and settlement situation on perceptions and school performance of engineering and basic sciences students of Shiraz University. *Journal of Social and Humanistic Sciences*. 2006; 25(4): 185-200. [Persian]
3. Rensburg CJ, Surujlal J. Gender differences related to the health and lifestyle patterns of university students. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*. 2013; 18(1): 1-8.
4. Maher F. Risk-taking behaviors in leisure time of youth, trends and patterns. *Journal of Youth Studies*. 2004; 6: 118-144. [Persian]
5. Shamsipour M, Karani BR, Mohamadpour AA, Mansouri A. Smoking status and factors affecting students' tendency to live in dormitories of Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2012; 6(1): 75-82. [Persian]



6. Slusky RI. Decreasing high-risk behavior in teens. A theatre program empowers student to reach out to their peers. *Journal of Healthcare Executives*. 2004; 19(1): 48-49.
7. Lindberg LD, Boggset S, Williams S. Multiple threat: the occurrence of teen health risk behavior. 2000 sum; Available from: URL: <http://www.urban.org.sci-hub.org/publications/410248.html>.
8. World Health Organization (WHO). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, summary report. A report of the world health organization. Department of mental health and substance. 2004 Jan; Available from: URL: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
9. Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot W. Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65(5): 1046-1053.
10. Velioras G, Bosma HA. Are identity styles important for psychological well being? *Journal of Adolescence*. 2005; 30: 1021-1024.
11. Brooks TL, Harris S, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behavior with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31: 240-246.
12. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N. Current drinking and health-risk behaviors among male high school students in central Thailand. *BMC Public Health*. 2011; 11(233). doi: 10.1186/1471-2458-11-233.
13. Olchowski AE, Graham JW, Beverly EA, Dupkanick CW. Cigarette smoking, physical activity, and the health status of college students. *Journal of Applied Social Psychology*. 2009; 39(3): 683-706.
14. Bossarte RM, Swahn MH, Breiding M. Racial, ethnic, and sex differences in the associations between violence and self-reported health among US high school student. *Journal of School Health*. 2009; 79(2): 74-81.
15. Agard A, Cantor-Graae E, Ostergren P. Youth, sexual risk-taking behavior, and mental health: a study of university student in Uganda. *Journal of Behavioral Medicine*. 2012; 19: 208-216.
16. Mehrabi H, Kajbaf M, Mojahed A. Prediction of high risk behaviors on the basis of sensation seeking and demographic factors in Isfahan University students. *Journal of Psychological Studies*. 2010; 6 (2): 141-166. [Persian]
17. Zadeh-Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 17(3): 218-225. [Persian]
18. Besharat M. Reliability and validity of the mental health inventory. *Journal of Danesh-va- Raftar*. 2006; 1(16): 11-16. [Persian]
19. SoleimaniNia L, Jazayeri L, Mohammad KP. The role of mental health in the emergence of risk behaviors in adolescents. *Journal of Social Welfare*. 2005; 5(19): 75-90. [Persian]
20. Nayak NB, Korcha RA, Benegal V. Alcohol use, mental health, and HIV related risk behaviors among adult men in Karnataka. *Journal of AIDS Behavior*. 2010; 14: 61-73.
21. Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*. 2000; 106: 748-755.
22. Hajian K, Khirkhah F, Habibi M. Frequency of risky behaviors among students in Babol universities. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2010; 13(2): 53-60. [Persian]
23. Lokken Worthy S, Jonkman J, Blinn-Pike L. Sensation-seeking risk-taking, and problematic financial behaviors in college students. *Journal of Family and Economic Issues*. 2010; 31: 161-170.
24. SantosSilva DA, Luiz Petroski E. The simultaneous presence of health risk behaviors in freshman college students in Brazil. *Journal of Community Health*. 2012; 37: 591-598.
25. Lynne cooper M. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002; 14: 101-117.
26. Shokri O, Daneshvar-Pour Z, Askari A. Gender differences in academic performance: the role of personality traits. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(2): 127-142. [Persian]
27. MichaeliManee F. The study of undergraduate students' psychological well-being status in Urmia University. *The Horizon of Medical Sciences*. 2011; 17(1): 65-73. [Persian].

# Students Drive towards Risk-Taking Behaviors and Its Relationship with Demographic Variables and Psychological Well-Being

Atadokht A<sup>1</sup>, Ranjbar MJ<sup>\*2</sup>, Gholami F<sup>2</sup>, Nazari T<sup>2</sup>

1. Assistant Professor of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2. MA Student in Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

3

\* *Corresponding authors.* Tel: +989113219132 E-mail: ranjbar\_mohamadj@yahoo.com

Received: 16 Nov 2013 Accepted: 13 Feb 2014

## ABSTRACT

**Background & Objectives:** One of the most common issues that can be detrimental to well-being is risk-taking behaviors. While risk-taking behaviors are common in adolescence and youth, this study investigated the risk-taking behaviors based on demographic variables and its relationship with psychological well-being of the students.

**Methods:** The population was included all male and female students studying in the University of Mohaghegh Ardabili in 2012-2013. A sample of 192 participants (143 males and 49 females) was selected by cluster random sampling. Data were gathered by Risk-Taking Scale, Mental Health Inventory and demographic information questionnaire and analyzed by statistical methods of Pearson correlation, ANOVA and T-test using SPSS v.16.

**Results:** Results showed that there is a negative relationship between psychological well-being and risk-taking behaviors and almost it's all dimensions. Also, male students and students who lived in rented houses had more tendencies to risk-taking behaviors ( $p \leq 0.01$ ).

**Conclusion:** This study showed that in order to prevention of student's tendencies to risk-taking behaviors more attention should be paid to their demographic status, especially to resident location and psychological well-being of students.

**Keywords:** Risk-Taking Behaviors, Psychological Well-Being, Students.