

بررسی تأثیر کیفیت زندگی بر امنیت رفتاری دانشجویان (مورد مطالعه: دانشگاه آزاد مرودشت)

فرزانه محمدی^۱، دکتر نادر زالی^۲، اسماعیل قاسمی^۳ و نیر ابراهیمی^۴

تاریخ وصول: ۹۳/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۶

چکیده:

رفتارهای پرخطر یکی از بزرگ‌ترین معضلات در دنیای کنونی است که موجب تهدید جدی ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌گردد. هدف از این مقاله بررسی تأثیر کیفیت زندگی بر امنیت رفتاری دانشجویان می‌باشد نمونه‌ی مورد نظر ۳۰۰ (۱۵۶ نفر دانشجوی دختر و ۱۴۴ نفر دانشجوی پسر) دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت بوده که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس رفتارهای پرخطر (YRBSS) و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) بوده است. داده‌ها با استفاده از آزمون T.TEST و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری در سطح ($P < 0/001$) وجود داشته است. پسران بیشتر از دختران به رفتارهای پرخطر دست می‌زنند و در مقایسه با دختران از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و این اختلاف در سطح ($P < 0/05$) معنادار بوده است. بین کیفیت زندگی پسران و دختران با رفتارهای پرخطر آنها همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد

کلمات کلیدی: امنیت رفتاری، رفتار پرخطر، کیفیت زندگی، سلامت روانی، دانشجویان

^۱ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی توسعه دانشگاه آزاد دهقان (نویسنده‌ی مسئول)
fmohammadi86@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه شهرسازی دانشگاه گیلان nzali@guilan.ac.ir

^۳ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی توسعه دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان titakangh@yahoo.com

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد تبریز ebrahimi_e60@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

رفتارهای پرخطر یکی از بزرگ‌ترین معضلات در دنیای کنونی است که موجب تهدید جدی ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌گردد. رفتارهایی که می‌تواند عواقب بسیار ناخوشایندی را برای خود فرد و سایر افراد جامعه رقم بزند و تحت عنوان "رفتارهای پرخطر" تلقی می‌شوند. اقداماتی نظیر خشونت، قتل، مصرف مواد، دزدی، الکل، تغذیه‌ی ناسالم، خودکشی و رفتارهای جنسی محافظت نشده را می‌توان از این دسته دانست (دستجردی و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۱۵). دانشجویان یکی از گروه‌هایی هستند که به دلیل نوع فعالیت و نقشی که انجام می‌دهند و همچنین انتظارات متعددی که دیگران از آنها دارند و مسئولیتی که اینان برای خود قائل هستند، بیشتر تحت فشار و آسیب‌پذیری قرار دارند. مشاهدات نزدیک نشان می‌دهد که دانشجویان، مشغولیت فکری زیادی با مسایل شغلی آینده، اهداف شخصی، مسائل مالی و همچنین روابط دارند که اجزای اصلی تشکیل‌دهنده رفتارهای پرخطر را شامل می‌شود. با این وجود برخی آمارها و نیز مشاهدات ما حاکی از آنند که توجهی درخوری به این مقوله نمی‌شود (نیکبخت نصرآبادی و همکاران، ۱۳۸۷: ۹). آنچه مورد بحث قرار داد اینکه خطرپذیری بر حسب جنسیت و طبقات مختلف یکسان است؟ آیا خطرپذیری دختران با پسران متفاوت است؟ آیا کیفیت زندگی بر رفتارهای پرخطر دختران و پسران تأثیر دارد؟

در واقع رفتارهای پرخطر یکی از پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی و از مصادیق عمده‌ی انحرافات محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه گردد. مثال‌هایی که از خطرپذیری می‌توان عنوان نمود بی‌دقتی و رفتارهای غیر معمول در رانندگی، کنجکاوای در استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی، بی‌احتیاطی در روابط جنسی، بی‌نظمی‌های غذایی، عصیان و سرکشی در رعایت قوانین و مقررات، ارتکاب جرم، قتل، خودکشی و انجام ورزش‌های خطرناک است که در منابع اجتماعی، هر یک مورد بحث قرار گرفته‌اند (موس^۱ و پورتون^۲، ۱۹۹۸: ۴۴۳-۴۲۲). حفظ و ارتقاء سلامت جامعه ایجاب می‌کند که توجهی ویژه‌ای به رفتارهای پرخطر صورت گیرد و این امر بویژه در مورد جوانان که بخش عظیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و دارای خصوصیات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی خاصی می‌باشند که آنها را در برابر رفتارهای پرخطر آسیب‌پذیر می‌کنند از اهمیت بیشتری برخوردار است (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۰۰). با توجه به این که در مورد رفتارهای پرخطر در استان فارس اطلاعات کافی وجود

^۱ Muuss

^۲ Proton

ندارد این مطالعه در مورد شیوع رفتارهای پرخطر و تأثیر کیفیت زندگی بر آن اطلاعات مناسبی ارائه می‌دهد.

چارچوب نظری پژوهش

تبیین رفتارهای پرخطر بر پایه‌ی نظریه‌ها جدا از جنسیت صورت گرفته است. نظریه‌های بیان شده رفتارهای پرخطر را به صورت کلی تبیین کرده‌اند که به شرح آنها می‌پردازیم. نظریه‌های مختلف در زمینه‌ی بروز رفتارهای پرخطر عوامل مختلفی را دخیل دانسته‌اند. تبیین‌های روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی افراد که بر اساس عوامل روان‌شناختی نظیر هوش و نوع شخصیت تعیین می‌شوند تمرکز نموده‌اند (احمدی، ۱۳۸۸). تئوری سرایت بر این باور است افرادی که در یک زمینه محروم می‌شوند بدون جبران و اصلاح رضایت در آن بخش نارضایتی خود را از یک محدوده نارضایتی به محدوده‌ی دیگر تعمیم خواهند داد (زارع، ۱۳۸۸). از دیدگاه نظریه‌ی یادگیری اجتماعی کچ رفتاری نتیجه‌ی یادگیری هنجارها و ارزش‌های انحرافی به ویژه در چارچوب خرده فرهنگ‌ها و گروه‌های همسالان است (سادرلند و کرسی به نقل از جوانمرد، ۱۳۸۹). از نظر مازلو^۱، رفتار آدمی را عوامل مختلفی تعیین می‌کنند که انگیزش یکی از آنها و عوامل محیطی عامل دیگر است (مازلو، ۱۳۸۱). مازلو هر می از نیازها را ارائه می‌دهد که به شکل سلسله مراتبی به ترتیب عبارتند از: نیازهای جسمی، نیازهای ایمنی، نیازهای تعلق و عشق، نیازهای احترام و نیازهای خودشکوفایی (مازلو، ۱۳۷۲). در نظریه‌ی مازلو (۱۹۶۸) زمانی که نیازهای پایه رضایت حاصل شد، افراد انسانی نیازهای بالاتری را دنبال می‌کنند، آن دسته از افرادی که نیازهای خاصی در آنها همواره ارضا شده، با آمادگی بیشتری می‌توانند محرومیت از آن نیاز را در آینده تحمل کنند در مقابل کسانی که در گذشته محرومیت کشیده‌اند، نسبت به ارضاهای فعلی واکنشی برخلاف افراد نوع نخست نشان می‌دهند (مازلو، ۱۳۷۲). این نشان می‌دهد که برآورده شدن و یا نشدن هر یک از نیازها، در درازمدت نقش خود را بر نگرش و رفتار افراد می‌گذارد.

گاف^۲، آسیب جدی را ناتوانی اساسی در تعقیب چیزهای خوب از نظر فرد می‌داند. راه دیگر چنین آسیبی این است که مانعی برای مشارکت اجتماعی موفقیت‌آمیز باشد. به نظر گاف، ما از طریق تعامل با دیگران و آموختن از آنها از توانایی‌های خویش خود - پنداره‌ای می‌سازیم. نیازهای اساسی عبارت از آن پیش‌شرط‌های عامی که چنین مشارکت را زندگی فرد ممکن می‌سازند. گاف، این پیش‌نیازهای عام را تحت عنوان سلامت جسمی

^۱ Maslow

^۲ Gough

و خودمختاری مشخص می‌سازد. انسان برخلاف دیگر گونه‌ها دارای خودمختاری فردی، یعنی توان انتخاب آگاهانه و شیوه‌ی انجام آن هستند. از دید گاف با بیماری ذهنی و روانی جدی، مهارت‌های شناختی ضعیف و با فرصت‌های مسدود برای فعالیت در مشارکت اجتماعی این خودمختاری لطمه می‌بیند (گاف، ۲۰۰۰). فرانس^۱ بیان می‌کند برخورداری از کیفیت زندگی^۲ ضعیف می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی تأثیر بگذارد. کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری را در فرد افزایش دهد (آقامولایی، ۱۳۸۴). زندگی اجتماعی و فردی افراد ناشی از کیفیت زندگی و رشد و اطلاع آنهاست که بر سلامت یا بر بیماری‌های افراد مؤثر است. چنانچه اسمدلی^۳ (۲۰۰۰)، در این زمینه می‌نویسد "سلامت هم در سطح فردی و هم در سطح جمعی می‌تواند علاوه بر آنکه از مراقبت‌های بهداشتی تأثیر پذیرد، تحت تأثیر عوامل دیگری چون آرایش ژنتیکی، شرایط اقتصادی، اجتماعی و رفتارهای افراد واقع شود" (بروکز^۴، هریس^۵، ترال^۶ و ودز^۷، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی یک چارچوب مفیدی برای یکپارچه کردن این تأثیرات داخلی و خارجی از دیدگاه فرد است. بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد. بنابراین کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای از مفاهیم سلامت جسمی فرد، سلامت روان، درجه‌ی استقلال، روابط اجتماعی و ویژگی‌های محیط می‌باشد (کیوکن^۸، اورلی^۹ و هدلسون^{۱۰}، ۱۹۹۴؛ بونومی^{۱۱}، پاتریک^{۱۲}، بوشنل و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۰).

به طور کلی از بین نظریه‌هایی که برای تحلیل رفتارهای پرخطر مطرح شد (نظریه‌ی روانشناسی، تئوری سرایت، نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، نظریه‌ی مازلو، نظریه‌ی گاف و

¹ France

² quality of life

³ Smedley

⁴ Brooks

⁵ Harris

⁶ Thral

⁷ Woods

⁸ Kuyken

⁹ Orley

¹⁰ Hudelson

¹¹ Bonomi

¹² Patrick

¹³ Bushnell & et al

نظریه‌ی فرانس) ترکیبی از نظریه‌ی مازلو، گاف و نظریه‌ی فرانس برای تحلیل این موضوع انتخاب گردید. در این مرحله سعی بر آن است که بر اساس مطالب مطرح شده، چارچوب تئوریکی ارائه شود تا بهتر بتوان تأثیر کیفیت زندگی را بر رفتارهای پرخطر پسران و دختران در جامعه‌ی مورد مطالعه تبیین کرد. بر طبق نظریه‌ی مازلو، گاف و فرانس بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر جدا از جنسیت رابطه‌ی معکوس وجود دارد؛ لذا گرایش به رفتار پرخطر در میان پسران و دختران هنگامی به وجود می‌آید که کیفیت زندگی در میان آنها ضعیف باشد.

پیشینه پژوهش

در مورد مقایسه‌ی تأثیر کیفیت زندگی بر رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر، پژوهشی در داخل و خارج از کشور صورت پذیرفته است. اکثر پژوهش‌ها رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر را به طور کلی بررسی کرده‌اند و رفتارهای پرخطر دختران و پسران به صورت پراکنده و گسیخته و یا بی‌ارتباط با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته و که به بررسی آنها می‌پردازیم.

توپلسکی^۱، پاتریک^۲، دونالد^۳ و تود^۴ (۲۰۰۱)، در بررسی رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان دریافتند نوجوانانی که هرگز به رفتارهای پرخطر نپرداخته‌اند از کیفیت زندگی بالایی برخوردارند. نوجوانانی که به رفتارهای پرخطر متنوع می‌پردازند از لحاظ کیفیت زندگی پایین‌تر از کسانی هستند که فقط به یک رفتار پرخطر دست می‌زنند و مردان بیشتر از زنان به مصرف مواد مخدر و روابط جنسی مخاطره‌آمیز می‌پردازند.

استرین^۵، اوکرو^۶، بالوز^۷، فورد^۸، چاپمن^۹، اجانی^{۱۰} و مکداد^{۱۱} (۲۰۰۵)، در پژوهشی که رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و سیگار کشیدن را مطالعه کرده‌اند به این نتایج رسیده‌اند که کیفیت زندگی در میان افراد سیگاری که تلاش‌های ناموفقی برای ترک داشتند پایین و در

¹ Topolski

² Patrick

³ Donald

⁴ Todd

⁵ Strine

⁶ Okoro

⁷ Balluz

⁸ Ford

⁹ Chapman

¹⁰ Ajani

¹¹ Mokdad

میان افراد که به طور مداوم سیگار می کشیدند پایین تر می باشد و مردان و زنان سیگاری که تلاش های ناموفقی برای ترک سیگار داشتند نسبت به مردان و زنانی که هرگز تلاشی برای ترک سیگار نکرده اند از سلامت روان و جسمی پایینی برخوردارند.

ظهرا^۱، مادو^۲، ماری^۳ و مارس^۴ (۲۰۰۷)، در پژوهشی دریافتند که رابطه ی قوی بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر وجود دارد و گروه سنی بین ۱۸ تا ۲۴ سال از سلامت روان پایینی برخوردارند و بیشتر به رفتارهای پرخطر دست می زنند. کان^۵، کینچن^۶ و ویلیامز و همکاران^۷ (۲۰۰۰)، در مطالعه ی خود دریافتند که دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر به مصرف کوکائین، سیگار، الکل و ماری جوانا می پردازند.

جسکیل و دندار^۸ (۲۰۰۱)، دریافتند که تغذیه، سلامت روان و بهداشت عامل های پیش بینی کننده ی رفتارهای پرخطر می باشد.

لی^۹، فورد^{۱۰}، موکداد^{۱۱}، بالوز^{۱۲}، برون^{۱۳} و گیلز^{۱۴} (۲۰۰۸)، در مطالعه ی خود دریافتند افرادی که در حال حاضر سیگار می کشند از لحاظ فیزیکی غیر فعال و کیفیت زندگی شان پایین تر از کسانی است که هرگز سیگار نکشیده اند.

حاجیان، خیرخواه و حبیبی (۱۳۸۸)، در مطالعه ای دریافتند رفتارهای پرخطر در دانشجویان نسبتاً بالاست و شیوع برخی از رفتارهای پرخطر در میان پسرها به نسبت دخترها بیشتر بوده، بعنوان مثال شیوع سیگار کشیدن در پسرها ۲۵/۷ درصد و در دخترهای ۳/۶ بوده است.

برای چنین توجهی اولاً لازم است شیوع و گستردگی حیطه های رفتارهای پرخطر در دانشجویان دختر و پسر مورد بررسی بیشتر و دقیق تر قرار گیرد؛ ثانیاً ارتباط آن با ابعاد کیفیت زندگی روشن تر شود. از این رو مطالعه ی حاضر با دو هدف فوق طراحی گردید. از طریق بررسی کیفیت زندگی گروه های در معرض خطر را بهتر شناسایی کرد و تدابیر لازم

¹ Zahran

² Matthew

³ Mary

⁴ Marci

⁵ Kann

⁶ Kinchen

⁷ Williams

⁸ Geckil & Dundar

⁹ Li

¹⁰ Ford

¹¹ Mokdad

¹² Balluz

¹³ Brown

¹⁴ Giles & et al

برای پیشگیری از نزول سلامتی در آنها به کار بست اما لازمه‌ی همه‌ی این موارد، بررسی میزان و چگونگی ارتباط بین کیفیت زندگی با رفتارهای پرخطر است؛ بنابراین اهداف و سؤالات پژوهش به شرح زیر بوده:

- آیا بین وضعیت کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوتی وجود دارد؟
- آیا بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر رابطه‌ای وجود دارد؟
- کدام یک از ابعاد کیفیت زندگی بر رفتارهای پرخطر دختران مؤثرترند؟
- کدام یک از ابعاد کیفیت زندگی بر رفتارهای پرخطر پسران مؤثرترند؟

روش‌شناسی پژوهش

الف) جامعه آماری و نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به روش مقایسه - تحلیلی صورت گرفته که طی آن میانگین و انحراف معیار متغیرها محاسبه و در نهایت از طریق آزمون *T.Test* و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره گام به گام تحلیل شدند. جامعه‌ی آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد مرودشت در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بوده که شامل ۱۴۰۰۰ دانشجو بوده است، از میان جامعه‌ی آماری ۳۰۰ دانشجو (۱۵۶ نفر دانشجوی دختر و ۱۴۴ نفر دانشجوی پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، بدین ترتیب از بین کل دانشکده‌های این دانشگاه، یک دانشکده انتخاب و سپس از بین رشته‌های این دانشکده بطور تصادفی چهار رشته (حسابداری، مشاوره، تربیت بدنی و مدیریت آموزشی) انتخاب شدند. مکان گردآوری داده‌ها دانشگاه آزاد مرودشت بوده و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده است.

ب) ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این مقیاس دارای ۲۶ گویه می‌باشد که به مطالعه‌ی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط زندگی. مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، جهت سنجش سلامت جسمی هفت گویه، سلامت روانی شش گویه، روابط اجتماعی سه گویه، و محیط زندگی هشت گویه در نظر گرفته است. نصیری (۱۳۸۵)، روایی این مقیاس را از دو روش روایی همگرا، بطور مطلوب گزارش کرده است. در مورد پایایی مقیاس در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان

مقیاس کیفیت زندگی بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳-۰/۸۳ برای خرده مقیاس‌های چهار گانه و کل مقیاس گزارش گردیده است (نصیری و همکاران، ۱۳۸۵). شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در زمینه‌ی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آمد. شاخص همسانی سازگاری درونی بین چهار زمینه‌ی یاد شده در بالا در گروه بیماران ۰/۷۷ درصد گزارش شده است (نجات و همکاران، ۲۰۰۸)؛ همچنین در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روان، سلامت جسمی، روابط اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۷، ۰/۵۱، ۰/۵۹ و ۰/۷۷ گزارش گردیده است. با توجه به آلفای کرونباخ هر عامل و مقدار واریانس تبیین شده توسط این گویه‌ها، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

۲- پرسشنامه‌ی رفتارهای پرخطر: برای سنجش رفتارهای پرخطر از مقیاس رفتارهای پرخطر (YRBSS)^۱ استفاده شد که با اقتباس از پرسشنامه‌ی رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (CDC)^۲ در سال ۲۰۱۰، طراحی و تنظیم شده است. فرم مورد استفاده در این پژوهش ۲۲ گویه داشت که شدت رفتارهای پرخطر را در دوره‌ی سه ماهه‌ی اخیر در حیطه‌های خشونت (حمل سلاح سرد و مشارکت در نزاع فیزیکی)، استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، روابط جنسی پرخطر، تغذیه و تحرک جسمانی و دوستان ناباب ارزیابی کرد. پاسخ‌دهی ۶ گویه‌ی این پرسشنامه به صورت بلی/خیر (با نمره‌گذاری ۰ و ۱) و سایر سئوال‌ها در طیف لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد (با نمره‌گذاری ۰ تا ۴) می‌باشد. برنر و همکاران (۲۰۰۲)، پایایی این پرسشنامه را با روش آزمون باز آزمون به فاصله‌ی دو هفته و با محاسبه‌ی ضریب کاپا برای همه‌ی آیتم‌ها بین ۰/۲۳ تا ۰/۹۰ به دست آوردند.

در ایران هم بخشایی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی آن را با روش باز آزمایی و محاسبه‌ی ضریب کاپا برای تمامی آیتم‌ها ۰/۸۵ به دست آوردند. روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه تن از متخصصان روان‌شناختی تأییدکننده‌ی همخوانی این پرسشنامه با اهداف مورد انتظار از آن بود؛ همچنین در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای رفتارهای پرخطر ۰/۷۲ گزارش گردیده است. با توجه به آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی رفتارهای پرخطر از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

^۱ Young's Risk Behaviors Scale

^۲ Control Disease Center

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی دانشجویان دختر و پسر به ترتیب ۲۴/۸۳ و ۲۴/۶۷ بوده و ۵۲٪ دانشجویان دختر و ۴۸٪ دانشجویان پسر بوده است. ۵۶/۴٪ دانشجویان دختر در مقطع کارشناسی، ۷۳/۶٪ دانشجویان پسر در مقطع کارشناسی و ۴۳/۶٪ دانشجویان دختر در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۶/۴٪ دانشجویان پسر در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی پدر دانشجویان دختر و پسر به ترتیب برابر با ۴۹/۳۲ و ۴۹/۶۹ و میانگین سنی مادران آنها به ترتیب ۴۶/۶۸ و ۴۳/۶۵ بوده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار حیطه‌های رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر بر اساس آزمون *t* مقایسه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی دانشجویان دختر و پسر در رفتارهای پرخطر و حیطه‌های آن و تفاوت آنها بر اساس آزمون *t*

T.TEST		پسران		دختران		جنسیت
sig	t	SD	M	SD	M	حیطه‌ی رفتارهای پرخطر
۰/۰۰۰	۷/۴۲۱	۴/۱۲	۶/۵۶	۲/۹۵	۳/۴۷	رفتارهای پرخطر رانندگی
۰/۰۲۴	۲/۲۶۵	۲/۶۱	۱/۳۸	۱/۸۸	۰/۷۸	ضرب و جرح
۰/۰۰۰	۵/۵۹۴	۲/۲۸	۱/۵۱	۱/۴۳	۰/۴۹	مصرف دخانیات
۰/۲۲۰	۱/۲۳۰	۱/۳۸	۰/۶۷	۱/۳۲	۰/۴۸	مصرف داروها
۰/۰۰۰	۴/۸۱۸	۱/۶۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۲۵	مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مشروبات الکلی
۰/۳۱۷	۱/۱۰۰۳	۱/۸۷	۳/۲۹	۱/۸۳	۳/۰۷	رفتار پرخطر جنسی و ایدز
۰/۵۹۸	-۰/۵۲۸	۲/۰۰	۵/۷۱	۲/۰۷	۵/۸۳	رفتار جسمی و کم تحرکی
۰/۰۰۳	۲/۹۹۰	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۶۶	۰/۵۰	رفتار قانون‌شکنی و دوستان ناباب
۰/۰۰۰	۶/۳۲۸	۸/۹۹	۲۰/۹۲	۷/۲۷	۱۴/۹۱	نمره‌ی رفتارهای پرخطر

بر اساس جدول ۱:

- میانگین نمره‌ی رفتارهای پرخطر دانشجویان پسر ($۸/۹۹ \pm ۲۰/۹۲$) بیشتر از میانگین نمره‌ی رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر ($۷/۲۷ \pm ۱۴/۹۱$) بوده است و این اختلاف در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد.

- در میان دانشجویان پسر میانگین رفتارهای پرخطر رانندگی ($۶/۵۶ \pm ۴/۱۲$) بیشتر از سایر حیطه‌ها بوده است و پس از آن، به ترتیب رفتار جسمی و کم تحرکی، رفتار پرخطر جنسی و ایدز، ضرب و جرح، مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مشروبات الکلی، رفتار قانون‌شکنی و دوستان ناباب و مصرف داروها قرار گرفته‌اند.

- میانگین رفتار جسمی و کم تحرکی ($2/07 \pm 5/83$) در میان دانشجویان دختر بیشتر از سایر حیطه‌ها بوده است و پس از آن، به ترتیب رفتارهای پرخطر رانندگی، رفتار پرخطر جنسی و ایدز، مصرف دخانیات، رفتار قانون‌شکنی و دوستان ناباب، مصرف دخانیات، مصرف دارو و مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مشروبات الکلی قرار گرفته‌اند.

- بر اساس نتایج آزمون t تفاوت معنی‌داری بین رفتارهای پرخطر رانندگی، ضرب و جرح، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مشروبات الکلی، رفتار قانون‌شکنی و دوستان ناباب بین دو جنس پسر و دختر وجود دارد به بیانی دیگر در این حیطه‌ها پسران بیشتر از دختران به رفتارهای پرخطر دست می‌زنند.

- تفاوت معنی‌داری بین مصرف داروها، رفتار پرخطر جنسی و ایدز و رفتار جسمی و کم‌تحرکی بین دو جنس پسر و دختر بدست نیامده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر اساس آزمون t مقایسه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان پسر و دختر در کیفیت زندگی و ابعاد آن و تفاوت آنها بر اساس آزمون t

<i>T.TEST</i>		پسران		دختران		جنسیت
<i>sig</i>	مقدار t	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	مؤلفه‌های کیفیت زندگی
۰/۱۸۱	-۱/۳۴۲	۴/۴۷	۲۰/۱۹	۴/۵۱	۲۰/۸۹	سلامت روان
۰/۲۶۶	-۱/۱۱۵	۳/۷۹	۲۳/۱۱	۳/۷۲	۲۳/۵۹	سلامت جسمی
۰/۰۲۴	-۲/۲۶۶	۲/۲۸	۱۰/۲۳	۲/۱۲	۱۰/۸۱	روابط اجتماعی
۰/۰۰۳	-۳/۰۱۷	۵/۷۱	۲۵/۷۷	۴/۹۱	۲۷/۶۳	محیط زندگی
۰/۰۱۷	-۲/۳۹۸	۱/۴۳	۸۶/۹۹	۱/۳۳	۹۰/۸۳	نمره‌ی کیفیت زندگی

بر اساس جدول ۲:

- میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی دانشجویان دختر ($90/83 \pm 1/33$) بیشتر از میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی دانشجویان پسر ($86/99 \pm 1/43$) بوده است و این اختلاف در سطح ($P < 0/05$) معنی‌دار می‌باشد.

- میانگین بعد محیط اجتماعی در میان دو گروه دختر و پسر بیشتر از سایر ابعاد بوده است و پس از آن به ترتیب، سلامت جسمی، سلامت روان و روابط اجتماعی در میان دو گروه قرار گرفته‌اند.

- میانگین روابط اجتماعی دختران ($10/81 \pm 2/12$) بیشتر از میانگین روابط اجتماعی پسران ($10/23 \pm 2/28$) بوده است و میانگین محیط زندگی دختران ($27/63 \pm 4/91$) بیشتر از میانگین محیط زندگی پسران ($25/77 \pm 5/71$) بوده است.

- تفاوت معنی داری بین دو بعد سلامت روان و سلامت جسمی دو جنس پسر و دختر بدست نیامده است.

ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با رفتارهای پرخطر دختران و پسران

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با رفتارهای پرخطر دختران

متغیرهای مورد مطالعه	رفتارهای پرخطر	کیفیت زندگی	سلامت روان	سلامت جسمی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
رفتارهای پرخطر	۱					
کیفیت زندگی	** $-0/27$	۱				
سلامت روان	** $-0/29$	** $0/88$	۱			
سلامت جسمی	** $-0/23$	** $0/79$	** $0/66$	۱		
روابط اجتماعی	* $-0/19$	** $0/65$	** $0/50$	** $0/41$	۱	
محیط زندگی	$-0/13$	** $0/83$	** $0/61$	** $0/47$	** $0/48$	۱

توضیحات: علامت () معنی دار در سطح $0/01$ و علامت () معنی دار در سطح $0/05$ می باشد.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با رفتارهای پرخطر پسران

متغیرهای مورد مطالعه	رفتارهای پرخطر	کیفیت زندگی	سلامت روان	سلامت جسمی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
رفتارهای پرخطر	۱					
کیفیت زندگی	** $-0/35$	۱				
سلامت روان	** $-0/37$	** $0/86$	۱			
سلامت جسمی	** $-0/41$	** $0/81$	** $0/69$	۱		
روابط اجتماعی	* $-0/21$	** $0/67$	** $0/51$	** $0/40$	۱	
محیط زندگی	$-0/52$	** $0/82$	** $0/53$	** $0/51$	** $0/47$	۱

توضیحات: علامت () معنی دار در سطح $0/01$ و علامت () معنی دار در سطح $0/05$ می باشد.

چنانکه در جداول ۳ و ۴ مشاهده می شود:

- بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر دختران و پسران همبستگی معکوس و معناداری در سطح ($P=0/001$) وجود دارد؛ به بیانی دیگر هر چه دانشجویان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند به همان میزان از بروز رفتارهای پرخطر کاسته می‌شود.

- بین سلامت روان و سلامت جسمی با رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر همبستگی معکوس و معناداری در سطح ($P=0/001$) وجود دارد؛ به بیانی دیگر هر چه دانشجویان از سلامت روان و سلامت جسمی بالاتری برخوردار باشند به همان میزان از بروز رفتارهای پرخطر کاسته می‌شود.

- بین روابط اجتماعی و رفتارهای پرخطر دختران و پسران همبستگی منفی و معناداری در سطح ($P=0/05$) وجود دارد و بین محیط زندگی و رفتارهای پرخطر دختران و پسران رابطه‌ی معناداری بدست نیامده است.

تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی امنیتی رفتاری دانشجویان بر اساس ابعاد کیفیت زندگی

جدول ۵: عناصر اصلی تحلیل چند متغیره برای مقایسه‌ی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دختران و

پسران

متغیر	مرحله	متغیرهای وارد شده	R	R^2	انحراف استاندارد	P-Value
دختران	۱	سلامت روان	۰/۲۹۴	۰/۰۸۷	۶/۹۷	۰/۰۰۰
پسران	۱	سلامت جسمی	۰/۴۱۹	۰/۱۷۶	۸/۱۹	۰/۰۰۰

جدول ۵ عناصر تحلیل چندمتغیره برای مقایسه‌ی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دختران و پسران را نشان می‌دهد. به منظور تشریح و تحلیل رگرسیون چندمتغیره و دستیابی به مدل رگرسیونی تبیین رفتارهای پرخطر، خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به روش گام به گام^۱ انتخاب شده و در یک دستور رگرسیونی برای دستیابی به معادله، مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

نتایج نشان داد که بعد سلامت روان از قدرت پیش‌بینی بیشتری در مقایسه با دیگر ابعاد کیفیت زندگی برای میزان رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر برخوردار بوده است و ۸/۷ درصد واریانس رفتارهای پرخطر آنها را تبیین نموده و بعد سلامت جسمی بیشترین نقش را در تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان پسر داشته و ۱۷/۶ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر آنها را تبیین کرده است (جدول ۵).

^۱ stepwise

جدول ۶: عناصر متغیرهای درون معادله برای مقایسه‌ی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دختران و

پسران					
	نام متغیر	ضریب <i>B</i>	ضریب <i>Beta</i>	مقدار <i>t</i>	<i>P-Value</i>
دختران	سلامت روان	-۰/۴۷۵	-۰/۲۹۴	-۳/۸۲۰	۰/۰۰۰
پسران	سلامت جسمی	-۰/۹۹۳	-۰/۴۱۹	-۵/۵۰۲	۰/۰۰۰

جدول ۶، عناصر متغیرهای درون معادله برای مقایسه‌ی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دختران و پسران را نشان می‌دهد. با توجه به مقدار بتا مشخص می‌شود که سلامت روان با رفتارهای پرخطر دختران و سلامت جسمی با رفتارهای پرخطر پسران دارای جهت منفی و معکوس می‌باشد. آزمون *t* نشان می‌دهد ضریب *B* برای دو متغیر سلامت روان و سلامت جسمی در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار هستند (جدول ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه‌ی یافته‌های این تحقیق نشان داد که رفتارهای پرخطر پسران بیشتر از رفتارهای پرخطر دختران بوده و این اختلاف در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بوده است. بر اساس نتایج آزمون *T.Test* پسران بیشتر از دختران به رفتارهای پرخطر رانندگی، ضرب و جرح، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مشروبات الکلی، رفتار قانون‌شکنی و دوستان ناباب می‌پردازند و این نتیجه با پژوهش‌های توپلسکی و همکاران (۲۰۰۱)، کان و همکارانش (۲۰۰۰)، حاجیان و همکاران (۱۳۸۹) همسو بوده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی آن است که پسران با توجه به آزادی‌های عمل بیشتری که به او داده می‌شود و نگاه فرهنگی متفاوت به دو جنس و مسائل روانشناختی و بیولوژیک احتمال روی آوردنشان به رفتار پرخطر بیشتر است (حاجیان، خیرخواه و حبیبی، ۱۳۸۹). تفاوت معنی‌داری بین مصرف داروها، رفتار پرخطر جنسی، ایدز و رفتار جسمی و کم‌حرکی بین دو جنس پسر و دختر بدست نیامده است.

با مقایسه‌ی یافته‌ها، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی دانشجویان دختر مطلوب‌تر از کیفیت زندگی دانشجویان پسر بوده و این تفاوت در سطح ($P < 0/05$) معنی‌دار بوده است. دیدگاه پدیدارشناختی^۱ کیفیت زندگی را به عنوان مفهوم ذهنی و غیر شفاف که به عقاید و تفاسیر خاص افراد بستگی دارد، می‌داند (زالر^۲، ۱۹۷۴). آلبرت^۳ و دیلاجر^۴ (۱۹۹۹)،

^۱ phenomenological

^۲ Ziller

^۳ Albert

^۴ Devliger

بیان کردند که تعداد خیلی زیادی از افراد دارای ناتوانی‌های جدی و ماندگار، کیفیت زندگی خود را خوب یا عالی گزارش می‌کنند، در حالی که زندگی آنها از دید مشاهده‌گران خارجی، نامطلوب دیده می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده آن است دختران ارزیابی‌شان از کیفیت زندگی‌شان مطلوب و از زندگی خود رضایت نسبتاً کاملی دارند و پسران نسبت به دختران ارزیابی‌شان از کیفیت زندگی‌شان پایین و بیشتر به رفتارهای پرخطر دست می‌زنند.

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روان، سلامت جسمی و روابط اجتماعی با رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر و پسر ارتباط معنادار و معکوسی داشته است، به طوری که با افزایش جنبه‌های کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر، رفتارهای پرخطر آنها کاهش پیدا می‌کند. این نتیجه با تحقیقات توپلسکی و همکاران (۲۰۰۱)، استرین و همکاران (۲۰۰۵)، ظهران و همکاران (۲۰۰۷)، گیوسکل و دندار (۲۰۰۱)، لی و همکاران (۲۰۰۸)، همسو بوده است. یافته‌های پژوهش در زمینه‌ی روابط میان ابعاد کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطر، اهمیت شناسایی این ابعاد و تأثیر تعاملی آنها بر بروز انواع رفتارهای پرخطر در دانشجویان را خاطر نشان ساخته است. بین کیفیت زندگی پسران با رفتارهای پرخطر آنها ($r = -0/35$) نسبت به دختران ($r = -0/27$) رابطه‌ی قوی بدست آمده است که بیانگر این موضوع می‌باشد که پسران با توجه به آزادی‌های عمل بیشتر و مسائل روانشناختی و بیولوژیک نسبت به محتاط بودن دختران در انجام رفتارهای اجتماعی و مسائل بیولوژیکی، رفتارهای پرخطر آنها بیشتر به کیفیت زندگی آنها برمی‌گردد.

نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که بعد سلامت روان در مقایسه با ابعاد دیگر کیفیت زندگی از قدرت پیش‌بینی بیشتری برای میزان رفتارهای پرخطر دانشجویان دختر برخوردار بوده است و ۸/۷ درصد واریانس رفتارهای پرخطر آنها را تبیین نموده و بعد سلامت جسمی بیشترین نقش را در تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان پسر داشته و ۱۷/۶ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر آنها را تبیین کرده است. سلامت روان دختران تأثیر بسزایی در کاهش رفتارهای پرخطر آنها دارد. داشتن سلامت روان بالا منجر به برقراری تعاملات متنوع با افراد خواهد شد و همین عامل باعث ایجاد حس رضایت و در نتیجه‌ی کیفیت زندگی بالاتری در بین دختران می‌شود و سعی می‌کنند تا اتفاقات زندگی خود را کمتر به عوامل شانس نسبت دهند و خودشان بیشتر مسئولیت اتفاقات روزمره را برعهده دارند. برعکس در میان پسران سلامت جسمی بالا باعث می‌شود کمتر دست به رفتارهای پرخطر بزنند. پسران در جستجوی ارضای خواسته‌های گذران و موقتی یا جلب توجهی دیگران در مسیرهای نادرست قرار می‌گیرند و پسرانی که از سلامت مطلوب

جسمی بهره‌مند نیستند با دست زدن به رفتارهای پرخطر بیشتر سلامتشان را به خطر می‌اندازند.

یکی از معضلات کنونی جامعه عدم اطلاع کافی جوانان ما از رفتارهای پرخطر می‌باشد. متأسفانه این عدم آگاهی سبب می‌شود تا نسلی بیمار و ناسالم از لحاظ روحی و جسمی باشند و متعاقب آن مشکلات اقتصادی و اجتماعی جبران‌ناپذیری به پیکر خانواده و جامعه وارد آید؛ لذا پیشگیری از این معضلات با آموزش صحیح و اطلاع‌رسانی به موقع و توجه و ارزیابی و مداخلات مؤثر در زمینه‌ی برطرف کردن شاخص‌های منفی ابعاد کیفیت زندگی و تقویت شاخص‌های مثبت کیفیت زندگی در جوانان به منظور کاهش رفتارهای پرخطر آنها ضروری می‌باشد.

فهرست منابع:

- احمدی، حبیب (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی انحرافات، انتشارات سمت.
- آقامولایی، تیمور (۱۳۸۴). اصول و کلیات خدمات بهداشتی، چاپ اول، تهران: انتشارات اندیشه‌ی رفیع.
- بخشائی، نورمحمد؛ لشکری‌پور، کبری؛ بخشایی، سمیه و حسین‌بر، محسن (۱۳۸۶). "شیوع رفتارهای مرتبط با آسیب‌های عمدی و غیر عمدی در دانش‌آموزان دبیرستانی سیستان و بلوچستان"، مجله‌ی طبیب شرق، (۳) ۹.
- جوانمرد، محمد جواد (۱۳۸۹). نظریه‌ی یادگیری اجتماعی در زمینه‌ی کج‌رفتاری، <http://shams47.blogfa.com>
- حاجیان، کریم‌اله؛ خیرخواه، فرزانه و حبیبی، مانی (۱۳۸۸). "فراوانی رفتارهای پرخطر سلامتی در دانشجویان دانشگاه‌های بابل"، مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، تابستان ۹۰، دوره‌ی ۱۳، شماره‌ی ۲.
- دستجردی، قاسم؛ ابراهیمی دهشیری، وجیهه؛ خلاصه‌زاده و گلرسته؛ احسانی (۱۳۸۸). "بررسی تأثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر"، مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره‌ی ۱۸، شماره‌ی ۳، ویژه‌نامه‌ی همایش رفتارهای پرخطر.
- زارع، محمدرضا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر الگوهای خانوادگی بر میزان بروز رفتارهای پرخطر بر گروهی از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- مازلو، آبراهام (۱۳۷۲). انگیزش و شخصیت، ترجمه‌ی احمد رضوانی، مشهد، مؤسسه‌ی چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- مازلو، آبراهام (۱۳۸۱). زندگی در اینجا و آنجا: هنر زندگی متعالی، ترجمه‌ی مهین میلانی، تهران، انتشارات فراروان.
- نجات، سحرناز؛ فیض‌زاده، علی؛ اصغری، شبنم؛ کشتکار، عباسعلی؛ حشمت، رامین و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۷). "تحلیل عوامل مؤثر در ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی در ایران با استفاده از مرور سیستماتیک، متا‌آنالیز و GIF"، فصلنامه‌ی پایش، (۱) ۶.
- نصیری، حبیب‌اله؛ هاشمی، لادن و حسینی، سیده مریم (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ مظلوم، سید رضا؛ نشاری، مریم و گودرزی، فاطمه (۱۳۸۷). "ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان"، فصلنامه‌ی پایش، سال هشتم، شماره‌ی اول، زمستان.

Albert, G.L., Devliger, P.J. (1999). "The disability paradox: high quality of life against all odds", *Social Science & Medicin.* Vpl. 48, No. 8, PP. 977-988.

Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, et al. (2000). Validation of the United States' Version of the World Health Organization Quality of Life WHOQOL) Measurement. *J Clin Epidemiol* 53:1-12.

Brener ND, Kann L, McManus T & et al. (2002). "Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire", *Journal of Adolescent Health*, 31 (336-342.) 8, 219.

Brooks, T. L. Harris, S. K. Thrall, J. S. Woods, E.R. (2002). "Association of Adolescent Risk Behaviors with Mental Health Symptoms in High School Students", *Journal of* 31 (3):240-246.

Geckil, Emine; Dundar,oziem (2001). "Turkish adolescent health risk behavior and self-esteem", *social behavior and personality*, 39 (2), 219-228.

Gough, Ian (2000). *Global capita, Human needs and Social Policies*, Great Britain; Palgrave

Kann L, Kinchen SA, Williams BI, et al. (1999). Youth Risk Behavior Surveillance United States, *MMWR* 49 (SS-5):1- 94.

Kuyken W, Orley J, Hudelson P. (1994). "Quality of life assessment across cultures", *Int J Medical Hlth.* 23-25.

Li, Chaoyang; Ford S., Earl; Mokdad H., Ali; Balluz S., Lina; Brown W., David; Giles H., Wayne, (2008). "Clustering of Cardiovascular Disease Risk Factors and Health-Related Quality of Life among US Adults Original", *Research Article Value in Health*, Volume 11, Issue 4, Pages 689-699.

Maslow A.H. (1968). *Toward a Psychology of being.* 2nd ed. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Muuss R. E., & Proton, H.D., (1998). "Increasing risk behaviour among dolescents. in.R. E. Muuss, & H.D poroton (Eds), *Adolescent Behavior and Society*", A book of reading pp (422-443), New York: Prentice-Hill

Smedley, B. D. Syme, S. L. (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*,

Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention.

Strine W., Tara Okoro; A. , Catherine, Chapman; P., Daniel; Balluz S., Lina; Ford S., Earl; Ajani A., Umed;. Mokdad H, Ali (2005). "Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers", Original Research Article American Journal of Preventive Medicine, Volume 28, Issue 2, February, Pages 182-187.

The WHOQOL Group (1994). "The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (Eds). Quality of Life Assessment: International Perspectives", Berlin: Springer-Verlag, 41-57.

Topolski D., Tari; Patrick L., Donald; Edwards C., Todd; Huebner E. Colleen (2001). "Quality of life and health-risk behaviors among adolescents", Original Research Article Journal of Adolescent Health, Volume 29, Issue 6, December 2001, Pages 426-435.

Transport related injuries in Tehran: the necessity of implementation of injury prevention protocols. Injury. 2003 Nov; 34(11):820-4.

Zahran S., Hatice; Zack M., Matthew; Vernon-Smiley E., Mary; Hertz F., Marci (2007). "Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18-24 Years in Secondary or Higher Education-United States, 2003-2005", Original Research Article Journal of Adolescent Health, Volume 41, Issue 4, Octobr.

Ziller, R. (1974). "Self-other orientation and Quality of life", Social Indicators Research. Vol.1.PP.301-327.