

مطالعه رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن در میان جوانان شهر شیراز

صدیقه البرزی*، مجید موحد**، علی یار احمدی***، منصور طبیعی****

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۱۵)

چکیده

توجه به سلامت جوانان، به عنوان ارزشمندترین منابع انسانی جامعه، بسیار ضروری است. یکی از مباحث مهم حوزه سلامت جوانان، رفتارهای پرخطر جنسی است که با توجه به تغییرات نگرشی که در جامعه شاهد افزایش آن هستیم، پرداختن به آن ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با همین هدف، به بررسی رفتارهای پرخطر جنسی جوانان پرداخته و با نگاهی جامعه‌شناختی، مؤلفه‌های مرتبط با آن از جمله سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و سلامت معنوی را مورد مطالعه قرار داده است. در مطالعه حاضر، جامعه آماری شامل جوانان ۱۸-۲۹ ساله شهر شیراز است و حجم نمونه بر اساس جدول لین، ۶۰۰ نفر تعیین شد. با استفاده از ابزار پرسشنامه (تلفیقی از مقیاس استاندارد و محقق ساخته)، داده‌ها از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای چندمرحله‌ای جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که میان سن، وضعیت تحصیلی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، سرمایه اجتماعی در تمامی ابعاد و سلامت معنوی با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه آماری معکوس و معناداری وجود دارد. هم‌چنین میان جنس و وضعیت تأهل نیز با این رفتارها تفاوت معنادار وجود دارد؛ به طوری که در میان زنان و افراد متأهل، رفتارهای پرخطر جنسی کمتر بوده است. از این رو، سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی دارد. بنابراین، تقویت و بهبود این سرمایه‌ها می‌تواند ارتقاء رفتارهای مثبتی بر سلامت را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: جوانان، رفتارهای پرخطر جنسی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، سرمایه اجتماعی، سلامت معنوی.

* دکترای جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز و پژوهشگر جهاد دانشگاهی.

E-mail: alborzi254@gmail.com

** استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول).

E-mail: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

*** دانشیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز.

E-mail: ahmadi.aliyar@gmail.com

**** استادیار جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز.

E-mail: tabiee46@gmail.com

مقدمه

جوانان به‌عنوان مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر، همواره مورد توجه جدی محققین و مسئولین بوده‌اند. اهمیت این موضوع از اینجاست که این دوره، مقطعی از رشد است که در آن رفتارهای گوناگونی می‌تواند سلامت فرد را به خطر اندازد (پرس^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۸۰). این درحالی است که رفتارهای جنسی، نقطه عطف رشد بهنجار در این دوره است (آکرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۱: ۸۷) و رفتارهای پرخطر، به‌طور عمده، در همین دوره شروع شده و تهدیدی جدی برای سلامتی و بهزیستی است (روچ^۳ و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۵). مطابق با تحقیقات انجام شده، ویژگی‌های زیستی، چرخه رشد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگی‌های خانوادگی، تأثیر همسالان و رسانه از جمله عوامل مهمی هستند که در فعالیت‌های جنسی پرخطر جوانان تأثیر به‌سزایی دارند (حسان و کریستاس^۴، ۲۰۰۰: ۱۲۲). علاوه بر این، عوامل شخصیتی (ارزش‌ها، انتظارات و عقاید)، عوامل رفتاری (ناهنجاری‌ها و بزهکاری‌ها)، قراردادهای اجتماعی و هنجارها و عوامل محیطی نیز در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر جنسی تأثیرگذار هستند (فیشر^۵ و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۷۰). هم‌چنین شاخص‌های مصرف مواد مخدر، رفتارهای پرخطر جنسی، بزهکاری و خودکشی نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات فراوانی بوده و رفتارهایی را تجربه می‌کنند که آن‌ها را از زندگی ایمن، دور می‌سازد (رمضانی و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۶). یقیناً در این صورت، آن‌ها نخواهند توانست نقش‌آفرینی مثبتی داشته و به‌خوبی از عهده وظایف و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی برآیند. به‌همین دلیل است که توجه به این موضوع و پیامدهای آن بسیار ضروری به‌نظر می‌رسد. رفتارهای جنسی زود هنگام و نایمن می‌تواند به بارداری زود هنگام و ناخواسته منجر گردد یا اینکه فرد را به بیماری‌های آمیزشی مبتلا سازد.

امروزه رفتارهای پرخطر جنسی نوجوانان و جوانان، به‌عنوان یکی از جدی‌ترین چالش‌ها در حوزه بهداشت و سلامت تلقی می‌شود و به دلیل پیامدهای فراگیر در تمامی ابعاد جامعه، دغدغه

-
1. Peres
 2. Akers
 3. Roche
 4. Hassan & Creatsas
 5. Fisher

بسیار مهمی برای دست‌اندرکاران، سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران این عرصه ایجاد کرده است. به بیانی دیگر، رفتارهای پرخطر، یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بهداشتی و اجتماعی جوامع کنونی است که بر فرد، خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد (جانستون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲: ۱۲۱).

یکی دیگر از چالش‌های مهم در روابط جنسی محافظت‌نشده، ابتلا به ویروس HIV است. این بیماری بعد از جنگ دوم جهانی به‌عنوان یک بلای بزرگ جامعه بشری، طی مدت کوتاهی در همه کشورهای جهان شیوع پیدا کرد (نور^۲ و همکاران، ۲۰۱۲: ۷۴). این در حالی است که بخش قابل‌توجهی از افرادی که رفتارهای پرخطر جنسی دارند در معرض این عفونت قرار می‌گیرند. این نکته، به‌ویژه در جامعه ایران، به دلیل سطح دانش پایین و نگرش جوانان نسبت به رفتارهای جنسی، بیماری‌های آمیزشی و شیوه‌های پیشگیری از آن‌ها از اهمیت و حساسیت بالاتری برخوردار است. مطالعه‌ای که در قروه انجام شد نشان می‌دهد که ۱۵ درصد از نوجوانان مورد مطالعه، رفتارهای پرخطر جنسی را به میزان بالایی تجربه کرده‌اند (اسدی و همکاران، ۱۳۹۳: ۸۷۳). همچنین یافته‌های پژوهش دیگری حاکی از آن است که باورهای دینی، پیش-بینی‌کننده منفی گرایش به رفتارهای پرخطر است (صالحی، ۱۳۹۴: ۸۸). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد نوجوانانی که بیشتر برنامه‌های با محتوای جنسی را تماشا می‌کنند، تمایل به رفتارهای جنسی افراطی دارند و نگرش آنان نسبت به رفتار جنسی قبل از ازدواج مثبت است (اسکوبار^۳ و همکاران، ۲۰۰۵: ۳۰۳) و یانگ^۴ (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود به نقش عوامل اجتماعی و محیطی تأثیرگذار بر رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد مخدر دست یافت (کشاوری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۳).

از این رو، رفتارهای پرخطر جنسی دارای پیامدهای گوناگون در تمامی ابعاد بوده و همچنین خود نیز تحت تأثیر مؤلفه‌های گوناگونی قرار دارد. به همین دلیل، در تمامی جوامع، توجه فراوان صاحب‌نظران به‌ویژه صاحب‌نظران بهداشتی، روان‌شناسی، علوم اجتماعی و... را به خود جلب کرده است. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت که یکی از بحران‌های جدی در زمینه رفتارهای پرخطر از آنجا ناشی می‌شود که دامنه این رفتارها، وسیع بوده و سلسله‌ای از رفتارها

-
1. Johnston
 2. Norr
 3. Escobar
 4. Young

را در بر گرفته که نه تنها به خود افراد درگیر ضربه وارد کرده، بلکه سایر اعضای جامعه را نیز با زیان‌های جدی مواجه می‌سازد. مصرف الکل و دخانیات، رانندگی خطرناک، روابط جنسی نایمن و خشونت و درگیری به‌عنوان مهم‌ترین رفتارهای پرخطر تلقی می‌شوند (بویر^۱، ۲۰۰۶: ۲۹۱). این در حالی است که این رفتارها می‌توانند زنجیره‌وار بهم متصل بوده، یکدیگر را تقویت کنند و هر رفتار پرخطری به رفتار دیگری منتهی گردد. به‌عنوان مثال میان رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد مخدر و الکل، ارتباط عمیقی وجود دارد.

با توجه به تغییرات اساسی و عمیق اجتماعی، فرهنگی و ارزشی و همچنین تحولات شایان توجه در سبک زندگی افراد، در ایران نیز رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی اهمیت داشته و به‌عنوان یکی از دغدغه‌های جدی مطرح است. این درحالی است که توسعه جامعه در تمامی ابعاد، به ظرفیت و توانمندی جوانان، به‌عنوان سرمایه اصلی آن جامعه بستگی دارد و این ظرفیت، زمانی می‌تواند بالفعل گردد که از سلامتی کافی برخوردار باشند. در غیر این صورت، علاوه بر این که فرد نخواهد توانست آن‌گونه که باید به مسئولیت‌های اجتماعی خود عمل کند، بلکه هزینه‌های سنگینی بر جامعه تحمیل می‌کند. با توجه به اهمیت سلامت جوانان و با توجه به اینکه این قشر از جامعه به‌شدت در حوزه رفتارهای پرخطر جنسی آسیب‌پذیرند (به‌عنوان جدی‌ترین گروه در معرض خطر)، ضروری است تا مطالعات علمی در این زمینه انجام شود. بدون شک، این رفتارها ریشه در زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، روانی و اقتصادی داشته و هر اقدامی در جهت بهبود این وضعیت مستلزم شناسایی عوامل و مؤلفه‌های مؤثر بر آن است. بر همین اساس، مقاله حاضر نیز به مطالعه جامعه‌شناختی رفتارهای پرخطر جنسی جوانان شهر شیراز پرداخته، وضعیت موجود را بررسی کرده و مؤلفه‌های مهم اجتماعی فرهنگی مرتبط با آن را مورد تحقیق قرار داده است.

چارچوب نظری

از جمله نظریه‌پردازانی که مستقیماً به تحقیق و مطالعه درباره سبک زندگی مبتنی بر سلامت پرداخته، کاکرهام است. وی در طرح مدل سبک زندگی سلامت از مباحث وبر، گیدنز و بوردیو در حوزه سبک زندگی متأثر بوده است. کاکرهام از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر است که در تعریفی از سبک زندگی سلامت محور می‌گوید: این دسته از سبک‌های زندگی را می‌توان به‌عنوان

1. Boyer

شیوه‌های زندگی اتخاذ شده‌ای از سوی افراد سالم تصور نمود که می‌خواهند سلامتشان را حفظ کنند و یا ارتقاء دهند و خود را از آسیب و بیماری دور نگه دارند (کاکرهام و ریچی، ۱۹۹۷: ۵۷). کاکرهام کنش‌های مرتبط با سلامت را شامل عادت‌های غذایی، نوشیدنی‌ها، استعمال دخانیات، ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی و سایر رفتارهای مبتنی بر سلامت می‌داند (کاکرهام، ۱۹۹۹: ۵۱). کاکرهام، همچنین می‌گوید که سبک زندگی سلامت محور، الگوهای انباشتی از رفتارهای مبتنی بر سلامت هستند که مبتنی بر انتخاب‌ها یا گزینه‌های ممکن برای افراد هستند. به معنای دیگر، رفتارهایی که فرصت‌های زندگی را برای افراد ممکن می‌سازد. این رفتارها که سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، کنش‌های تصادفی نیستند، بلکه الگوهای قابل شناختی از فعالیت‌های ویژه برای گروه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی و جوامع را شکل می‌دهند (کاکرهام، ۱۹۹۹: ۱۰۱).

کاکرهام به این موضوع اشاره دارد که سبک زندگی سالم، مجموعه‌ای از انتخاب‌هایی است که فرد با توجه به موقعیت و جایگاه اجتماعی خود انتخاب می‌کند و این انتخاب‌ها از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی ناشی شده است. در واقع، فرصت‌ها و شانس‌های زندگی یک فرد توسط موقعیت اجتماعی و مختصات گروه‌های منزلتی خاص تعیین می‌شود (کاکرهام، ۲۰۰۴: ۱۴۰۹). در تعریف کاکرهام از سبک زندگی سالم، شاهد ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت هستیم؛ زیرا به عقیده کاکرهام، سبک‌های زندگی سالم، الگوهایی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر گزینش‌هایی است که افراد بر اساس شرایط اجتماعی و شرایط زیستی-شان به آن دسترسی دارند (کاکرهام، ۲۰۰۸: ۵۶). رفتارهای منتخب می‌توانند نتایج مثبت و یا منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد، اما با وجود این الگویی عام از سلامتی را تشکیل می‌دهد که سبک زندگی را تعیین می‌کند (کاکرهام، ۱۹۹۹: ۵۱). به‌طور کلی، کاکرهام در مدلی که درباره سبک زندگی سلامت‌محور ارائه کرد، بر مؤلفه‌های ساختاری تأکید داشته است. به‌عنوان نمونه سن، جنسیت، نژاد/ قومیت، از جمله ویژگی افراد هستند، اما آن‌ها همچنین ویژگی‌های جمعیت‌های خاصی هستند که پیامدهایی برای سلامت و بیماری دارند. هر یک از این جمعیت‌ها عناصر ساختاری هستند که به شکل دادن به اقدامات بهداشتی در تنظیمات خاص کمک می‌کنند.

سن، از طریق تأثیرات گروهی و جنسیت، به وسیله اجتماعی شدن و تجربه به‌عنوان دلایل بنیادی شناخته شده‌اند. نژاد و قومیت مفاهیمی هستند که ساختاری اجتماعی دارند. یعنی، اهمیت آن‌ها از لحاظ اجتماعی تعیین شده است؛ نه از لحاظ بیولوژیکی. به‌عنوان مثال، افراد سالخورده معمولاً رژیم‌های غذایی خود را با افزایش سن تنظیم می‌کنند، زنان معمولاً سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند و نژادها و گروه‌های قومی مختلف در نوشیدن، عادات غذایی و استفاده از خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه متفاوت هستند (کاکرهام، ۲۰۱۵: ۱۳۷).

کاکرهام به متغیرهای اجتماعی در سطح کلان نیز در تعیین پیامدهای سلامتی توجه داشته است. شرایط طبقاتی، سرمایه‌ها، دین و ایدئولوژی از آن جمله‌اند. ترنر^۱ (۲۰۰۴) معتقد است که در پزشکی اجتماعی به سرمایه اجتماعی به‌عنوان "سرمایه‌گذاری" توجه شده که مردم در جامعه می‌سازند، مانند عضویت آن‌ها در گروه‌های رسمی و غیر رسمی، شبکه‌ها و مؤسسات. هرچه افراد در جامعه سرمایه‌گذاری بیشتری کنند بیشتر در جامعه ادغام می‌شوند و سلامت و رفاه آن‌ها بهتر می‌شود. انزوای اجتماعی، افسردگی و بیماری به احتمال زیاد در میان افراد با سرمایه اجتماعی کم یا فقدان سرمایه اجتماعی است (ترنر، ۲۰۰۴: ۱۳). کاکرهام معتقد است که اعمال ناسالم متعدد، بیشتر در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین‌تر رایج است و بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌ها، مثبت‌ترین اعمال سبک زندگی سلامت را به اقشار اجتماعی بالاتر و زنان، و منفی‌ترین را به اقشار پایین و مردان نسبت می‌دهند (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۵۶). تحقیقات دیگر در بریتانیا، تمایزات عمده‌ای را در سبک زندگی سلامت در میان طبقات مختلف شناسایی کرده است، با سبک‌های زندگی کمتر مثبت، شخص‌های جایگاه پایین‌تری از نردبان اجتماعی را اشغال می‌کند. به‌عنوان مثال، کاهش مصرف سیگار در بین افراد مرفه بسیار بیشتر بود، اما تغییر بسیار کمی در بین افراد فقیر بریتانیایی مشاهده شد. به همین ترتیب، در ایالات متحده، فقرا در مقایسه با سایر طبقات اجتماعی از سبک زندگی سلامت مثبت به‌طور خاصی محروم بودند. طبقه پایین‌بالاترین میزان مصرف سیگار، خوردن و نوشیدن ناسالم و مشارکت کمتری در ورزش در بزرگسالی را نشان می‌دهد (جونز^۲ و همکاران، ۲۰۱۱ به نقل از کاکرهام، ۲۰۱۳: ۶۹). به‌طور کلی، سبک زندگی طبقات بالا و متوسط رو به بالا در کشورهای غربی سالم‌ترین است. تقریباً

1. Turner
2. Jonz

تمام مطالعات، این موضوع را تأیید می‌کند. این طبقه‌ها بیشترین مشارکت را در ورزش و تمرین‌های اوقات فراغت، رژیم‌های غذایی سالم، مصرف الکل متوسط، استعمال دخانیات کم، معاینات بدنی بیشتر توسط پزشکان و فرصت‌های بیشتر برای استراحت، آرامش و به خوبی کنار آمدن با استرس دارند. طبقات بالا و متوسط رو به بالا نیز اولین کسانی هستند که از مخاطرات جدید سلامت آگاهی دارند و به دلیل منابع بیشتر، قادر به اتخاذ راهبردها و اعمال جدید بهداشتی هستند. طبقات ممتاز می‌توانند با روشی روان‌تر حرکت کنند تا رفتارهای جدید سلامت، مانند اتخاذ رژیم‌های غذایی با کلسترول کم و کربوهیدرات پایین را به همراه داشته باشند. طبقات ممتاز قادر به کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی در ایالات متحده بودند (که در یک زمان نسبت به طبقه پایین زیاد بودند)؛ به طوری که اکنون افراد طبقه پایین با تهدید بیشتری مواجه‌اند. در حالی که بدیهی است که تحصیلات عاملی مهم است، اما همان‌طور که اشاره شد، تنها یکی از ویژگی‌های ابعاد گسترده‌تر عضویت طبقاتی است که اعضاء اقشار اجتماعی بالاتر را قادر می‌سازد که در طول زندگی سالم‌تر باشند. یکی از عوامل دیگر، درآمد است که منابع مالی آنها را برای زندگی سالم و وضعیت شغلی فراهم می‌کند (لینک و فلان، ۲۰۰۰ به نقل از کاکرهام، ۲۰۱۳: ۷۰).

کاکرهام معتقد است که سن بر سبک زندگی سلامت تأثیر می‌گذارد، چرا که همچنان که افراد مسن‌تر می‌شوند، تمایل می‌یابند که با مراقبت بیشتر در مورد غذاهایی که می‌خورند، استراحت و آرامش بیشتر و کاهش یا خودداری از مصرف الکل و دخانیات، از سلامتی خود بهتر مراقبت کنند. با این وجود، ورزش یکی از فعالیت‌های مهم سبک زندگی سلامت است که با افزایش سن کاهش یافته و اغلب از بین می‌رود. با این حال، می‌دانیم که طبقه می‌تواند با تقاطع سن، اختلافات بیشتری در اعمال سبک‌های زندگی در گروه‌های سنی ایجاد کند، چنانکه مشاهده می‌شود استعمال دخانیات نوجوانان که در بین اقشار پایین‌تر نسبت به طبقات متوسط و بالا به طور قابل توجهی بیشتر ظاهر می‌شود. جنسیت متغیر بسیار مهمی است به این دلیل که زنان غذاهای سالم‌تری مصرف می‌کنند، کمتر الکل می‌نوشند، کمتر سیگار می‌کشند، بیشتر برای مراقبت‌های پیشگیرانه به پزشک مراجعه می‌کنند، هنگام رانندگی بیشتر از کمربند ایمنی استفاده

می‌کنند و به استثناء ورزش، در کل شیوه‌های زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند. اگر چه جنسیت، پیش‌بینی‌کننده قوی در سبک‌های زندگی سلامت است، ولی اثرات آن می‌تواند با تمایزات طبقاتی تعدیل شود، زیرا افراد بالاتر در مقیاس اجتماعی، بدون در نظر گرفتن جنسیت، رژیم‌های غذایی سالم‌تری دارند، کمتر سیگار می‌کشند و بیشتر در ورزش‌های فراغتی شرکت می‌کنند. این موضوع در پژوهش‌هایی در بریتانیا در مورد ترجیحات غذایی زنان طبقه متوسط و طبقه کارگر و در ایالات متحده که در آن زنان طبقه پایین بسیار کمتر از زنان و مردان اقشار بالاتر ورزش می‌کردند (غیر از انجام کارهای خانه) دیده می‌شود (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۷۲).

کاکرهام همچنین به شیوه‌های اجتماعی شدن و تجربیات فرد نیز اشاره جدی داشته و معتقد است در حالی که جامعه‌پذیری اولیه، بیانگر تحمیل هنجارها و ارزش‌های جامعه به افراد از طریق دیگری مهم و نتایج جامعه‌پذیری ثانویه حاصل از آموزش‌های بعدی است، تجربه، نتیجه آموخته شده فعالیت‌های روزانه‌ای است که از طریق تعامل اجتماعی و فعالیت عملی عاملیت حاصل می‌شود. از طریق جامعه‌پذیری و تجربه است که شخص یا کنشگر، آگاهی انعکاسی و توانایی انجام عاملیت را به دست می‌آورد، اما تجربه (با در نظر گرفتن انتخاب‌های زندگی) پایه‌ای اساسی برای ابعاد عملی و ارزشیابی عاملیت فراهم می‌کند تا با گذشت زمان تکامل یابد. این، به‌ویژه در مواقعی است که افراد با موقعیت و شرایط جدید اجتماعی روبرو می‌شود.

یکی دیگر از مفاهیم اساسی در مدل سبک زندگی سلامت محور کاکرهام و تحت تأثیر ماکس وبر، تعامل میان انتخاب و فرصت‌ها (شانس‌ها) است. تعامل دیالکتیکی بین انتخاب‌های زندگی و شانس‌های زندگی را نشان می‌دهد. این تعامل، مهم‌ترین سهم وبر در مفهوم‌سازی برساخت سبک زندگی است. انتخاب‌ها و شانس‌ها در کنار هم عمل می‌کنند تا سبک زندگی متمایزی برای افراد، گروه‌ها و طبقه‌ها تعیین شود. در فرآیندی که شانس‌ها و فرصت‌های زندگی (ساختار) می‌توانند انتخاب‌های عاملیت را محدود کنند و یا برعکس، عاملیت منفعل نبوده و نقش اثرگذاری دارد.

به‌طور خلاصه، در مدلی که کاکرهام از سبک‌های زندگی سلامت بیان می‌کند با دسته‌ای از متغیرها مواجه‌ایم: متغیرهای ساختاری، یعنی (الف) شرایط طبقاتی، (ب) سن، جنسیت و نژاد/قومیت، (ج) اجتماع و (د) شرایط زندگی. این موارد زمینه اجتماعی را برای اجتماعی شدن و تجربه‌ای که بر انتخاب زندگی (عاملیت) تأثیر می‌گذارد، فراهم می‌کند. این متغیرهای ساختاری

به‌طور جمعی، شانس یا فرصت‌های زندگی را برای فرد فراهم می‌کنند. انتخاب‌ها و شانس‌ها در تعامل و ایجاد تمایلات کنش (عادت‌واره)، منجر به اعمال (کنش)، شامل مصرف الکل، دخانیات، رژیم‌های غذایی و سایر اقدامات مرتبط با سلامت می‌شود. اعمال بهداشتی، الگوهای سبک زندگی سلامت را تشکیل می‌دهند که اقدام مجدد به آنها منجر به بازتولید یا اصلاح‌شان از طریق برگشت به عادت‌واره می‌شود (کاکرهام، ۲۰۱۵: ۱۴۰). بدین ترتیب این نظریه، تدوین فرضیات مورد بررسی در مطالعه حاضر را هدایت کرده و مسیر کلی پژوهش را مشخص ساخته است.

پیشینه تحقیق

رفتارهای پرخطر، به‌طور کلی، و رفتارهای پرخطر جنسی به‌طور خاص، یکی از موضوعات مورد توجه محققین در سراسر دنیا بوده و البته در کشورهای توسعه‌یافته بیش از سایر جوامع بدان پرداخته شده است. در ایران نیز محققین زیادی به رفتارهای پرخطر پرداخته‌اند اما در مقایسه، رفتارهای پرخطر جنسی به‌طور مؤکد، هنوز جایگاه خود را در میان پژوهش‌های علمی پیدا نکرده و از جمله حیطه‌های مغفول مانده، محسوب شده و خلأ تحقیقاتی همچنان محسوس است. در ادامه به برخی از مطالعات داخلی و خارجی اشاره شده است.

گراوز^۱ و همکارانش (۲۰۱۹) به مطالعه مصرف ماری‌جوانا، الکل و رابطه جنسی در میان نوجوانان در معرض خطر آمریکا پرداختند. داده‌های مطالعه آنها از ۷۶ نفر از نوجوانان دختر و پسر (۴۶ پسر و ۳۰ دختر) که در معرض خطر بودند و در سنین ۱۳ تا ۱۹ سال قرار داشتند جمع‌آوری و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که استفاده از ماری‌جوانا یا الکل در یک روز، با افزایش احتمال رابطه جنسی در همان روز مشخص، همراه است. همچنین مشاهده شد که افرادی که مصرف الکل بیشتر (مکرر) دارند، بیشتر درگیر روابط جنسی هستند.

هولمز^۲ و همکارانش (۲۰۱۹) عوامل خطر و عوامل محافظتی مرتبط با ایدز و هیپاتیت را در میان دانش‌آموزان هاوایی دارای رفتار پرخطر جنسی (رابطه با هم جنس) مورد مطالعه قرار دادند. در مطالعه آنها، دانش‌آموزان پسری که رفتارهای پرخطر جنسی مانند رابطه جنسی با مرد و مصرف مواد مخدر دارند مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های این محققان نشان داد که ۱۳ درصد

از آنها با هم جنس خود رابطه جنسی داشته و سایر افراد با جنس مخالف، آمیزش جنسی دارند. مدل‌سازی چندمتغیره نشان داد که دانش‌آموزانی که با هم جنس خود رابطه جنسی دارند نسبت به سایرین در معرض ابتلای بیشتر به ایدز و هپاتیت بوده و رابطه محافظت شده کمتری دارند. مرکز مهار و پیشگیری بیماری‌های آمریکا (۲۰۱۱) در زمینه رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پژوهشی انجام داد. یافته‌ها نشان داد که نزدیک به ۴۰ درصد دانش‌آموزان در ۳۰ روز گذشته، الکل نوشیده و ۲۳ درصد نیز ماری‌جوآنا استفاده کرده‌اند. همچنین نزدیک به نیمی از آنها، معادل ۴۸ درصد، در طول عمرشان رابطه جنسی را تجربه کرده‌اند. ۳۴ درصد از این افراد نیز اظهار کرده‌اند که در سه ماه گذشته از نظر فعالیت‌های جنسی "فعال" بوده‌اند و ۱۵ درصد نیز دارای شرکای جنسی متعدد بودند.

با وجود اینکه مطالعه درباره رفتارهای پرخطر جنسی در کشورهای توسعه‌یافته از جایگاه مطلوبی برخوردار است اما این موضوع در میان مطالعات داخلی با ملاحظات متفاوتی همراه بوده و همین امر موجب شده تا آن‌چنان که باید مورد توجه قرار نگیرد. با وجود خلأ تحقیقاتی، به‌ویژه در میان مطالعات علوم انسانی و اجتماعی، در ادامه به برخی از مطالعات انجام گرفته اشاره شده است.

کبیری و همکارانش (۱۳۹۶) به بررسی رابطه بین ابعاد سرمایه فرهنگی بر تمایل به رفتارهای پرخطر در بین یک نمونه ۱۳۶ نفری از دانش‌آموزان تایباد پرداختند. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین ابعاد سرمایه فرهنگی (بعد تجسمی، عینیت یافته و نهادی) با تمام ابعاد رفتارهای پرخطر (نگرشی و عملی) رابطه معناداری وجود دارد و فرضیه‌های تحقیق بر مبنای نظریه بوردیو مورد تأیید قرار گرفت. دو مؤلفه فعالیت بصری با ضریب همبستگی ۰/۳۶ و فعالیت تفریحی و سرگرمی با ۰/۲۳، همبستگی مثبت و مؤلفه فعالیت مطالعاتی با ۰/۲۱- و مؤلفه مدارک کسب شده با ۰/۱۶- همبستگی منفی معناداری با متغیر رفتارهای پرخطر نشان داد. در مجموع، ابعاد سرمایه فرهنگی در این تحقیق توانست ۰/۴۶ از واریانس متغیر وابسته (رفتارهای پرخطر) را تبیین نماید.

رحمانی و همکارانش (۱۳۹۶) به مطالعه نقش خانواده در رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی دختران جوان پرداختند. این بررسی به روش کیفی و با مشارکت ۶۵ نفر از دختران جوان ۱۸ تا ۳۵ ساله در تهران انجام شد. یافته‌های پژوهش به سه طبقه اصلی نظارت خانواده، حمایت عاطفی

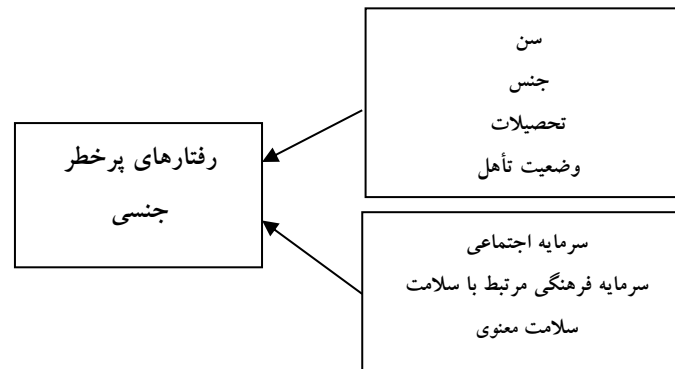
خانواده و تربیت خانوادگی تقسیم شده است. طبقه تربیت خانوادگی دارای دو زیرطبقه تربیت باز و تربیت صرفاً مذهبی بود. مشارکت‌کنندگان، نظارت و حمایت عاطفی خانواده را از عوامل محافظتی مشارکت در رفتار جنسی مخاطره‌آمیز برشمردند. همچنین آنها دو سر طیف تربیت خانوادگی را از عوامل خطر رفتار مخاطره‌آمیز دانستند.

صدیقیان و همکارانش (۱۳۹۶) به مقایسه تعیین‌کننده‌های شناختی - رفتاری رفتارهای پرخطر جنسی در جوانان پرداختند. این مطالعه توصیفی - تحلیلی، ۴۰۰ نفر از جوانان ۱۸ تا ۲۸ ساله زنجان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌ها نشان داد که رفتارهای پرخطر جنسی در پسران ۶۲/۷ درصد و دختران ۳۷/۳ درصد بوده و بین رفتارهای پرخطر جنسی و خودکنترلی ارتباط معناداری مشاهده شد. قصد رفتاری و هنجارهای اجتماعی پیشگویی‌کننده‌های مستقیم و معنادار رفتارهای پرخطر جنسی بودند. در میان پسران، تجارب قبلی در ایجاد تمایلات مثبت نسبت به این رفتارها معنادار بود.

به‌طور کلی، می‌توان گفت که علی‌رغم اهمیت و ضرورت مطالعه رفتارهای پرخطر جنسی، این موضوع آن‌گونه که باید مورد توجه پژوهشگران اجتماعی نبوده و تاکنون مطالعات اندکی در این زمینه انجام گرفته است که اغلب آنها صرفاً نگاهی توصیفی به موضوع داشته و کمتر با رویکرد جامعه‌شناختی بدان پرداخته‌اند و به‌ویژه توسط محققین حوزه سلامت انجام گرفته است. بنابراین، کم‌رنگ بودن نگاه جامعه‌شناختی با در نظر گرفتن مؤلفه‌های مهم اجتماعی - فرهنگی در این مطالعات، کاملاً محسوس است.

فرضیات پژوهش

به نظر می‌رسد: سن با رفتارهای پرخطر جنسی جوانان، رابطه آماری معکوس و معناداری دارد؛ مردان بیشتر از زنان رفتارهای پرخطر جنسی را تجربه می‌کنند؛ افراد مجرد، بیشتر از متأهلین رفتارهای پرخطر جنسی را تجربه می‌کنند؛ سطح تحصیلی با رفتارهای پرخطر جنسی جوانان، رابطه آماری معکوس و معناداری دارد؛ سرمایه اجتماعی با رفتارهای پرخطر جنسی جوانان، رابطه آماری معکوس و معناداری دارد؛ سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت با رفتارهای پرخطر جنسی جوانان، رابطه آماری معکوس و معناداری دارد؛ سلامت معنوی با رفتارهای پرخطر جنسی جوانان، رابطه آماری معکوس و معناداری دارد.



روش تحقیق

پژوهش حاضر متکی بر روش کمی و تکنیک پیمایش، در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. جامعه آماری در مطالعه حاضر، تمامی زنان و مردان جوان واقع در گروه سنی ۱۸-۲۹ ساله در شهر شیراز است. حجم نمونه را معمولاً بر اساس ساخت و توزیع جامعه آماری محاسبه می‌نمایند که مطابق با جدول لین و خطای ۴ درصد برابر با ۶۰۰ نفر تعیین شده است. روش نمونه‌گیری در پژوهش روش طبقه‌ای چند مرحله‌ای بود. بدین‌نحو که ابتدا با توجه به حجم جمعیت مناطق یازده‌گانه شهرداری شیراز، نمونه متناسب به آن اختصاص داده و سپس از میان تمامی بلوک‌های شهر، شماره‌هایی به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت در بلوک‌های منتخب با توجه به تعداد منازل موجود در آن بلوک به صورت تصادفی پرسشنامه جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بوده که تلفیقی از مقیاس‌های استاندارد و پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد و در ادامه به آنها اشاره شده است.

سلامت معنوی با استفاده از مقیاس استاندارد ۲۰ گویه‌ای پولوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) مورد سنجش قرار گرفت که دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی را (هریک با ۱۰ گویه) با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و اعتبار صوری می‌سنجد (البرزی و همکاران، ۱۳۹۸: ۸۶). سرمایه اجتماعی با ۲۰ گویه و در سه بعد مشارکت اجتماعی، اعتماد و شبکه تعاملات اجتماعی با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ و اعتبار صوری، اندازه‌گیری (سروش و البرزی، ۱۳۹۷: ۲۲۱) و همچنین سرمایه

1. Paulotzin & Ellison

فرهنگی مرتبط با سلامت نیز با استفاده از مقیاسی با ۱۱ گویه مورد سنجش واقع شد. این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی که در مطالعات متعدد پیشین مورد ارزیابی و استفاده قرار گرفته است، مورد ارزیابی قرار گرفت. (قادری و همکاران، ۲۰۱۶: ۶۸). متغیر وابسته تحقیق، رفتارهای پرخطر جنسی است که با استفاده از ۱۱ گویه در جدول ۱ برگرفته از متون علمی بین‌المللی مورد سنجش قرار گرفته است. این رفتارها به معنای برقراری رابطه جنسی بدون محافظت‌های لازم و یا داشتن شرکای جنسی متنوع است (میکائیلی، ۱۳۹۳: ۲۱۵). هر چه تعداد رفتارهای محافظت نشده و یا پرخطر فرد بیشتر باشد نمره بالاتری نیز از نظر میزان رفتارهای پرخطر جنسی کسب خواهد کرد. گویه‌های تمامی متغیرهای فوق بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. طیف نمره مجموع ۱۱ گویه ۱۱ تا ۵۵ بوده و آن بر تعداد گویه‌ها تقسیم و عددی بین ۱ تا ۵ بدست آمد. از این رو، نمره بالاتر به معنای رفتار پرخطر بیشتر در نظر گرفته شد. برای اعتبار کار از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی تحقیق از آلفای کرونباخ استفاده شده است که با توجه با اعداد به دست آمده (بیشتر از ۰/۷) از پایایی مناسبی برخوردار هستند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تفاوت میانگین‌ها، تحلیل واریانس و پیرسون تجزیه و تحلیل شده است و برای سنجش اثر کل از مدل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

جدول ۱: نحوه سنجش متغیرهای مورد بررسی

متغیرهای تحقیق	نحوه سنجش (گویه‌ها)
رفتارهای متغیر وابسته پرخطر جنسی	(۱) رابطه جنسی همراه با مصرف مواد مخدر، روانگردان یا محرک‌ها (قبل یا حین رابطه)
	(۲) رابطه جنسی مقعدی
	(۳) رابطه جنسی با افراد متعدد (شرکای متعدد)
	(۴) رابطه جنسی بدون کاندوم
	(۵) رابطه جنسی زیر ۱۸ سال (خودم یا شریک جنسی زیر ۱۸ سال)
	(۶) رابطه جنسی بدون کاندوم هنگام بیماری‌های مقاربتی و عفونی (خودم، همسر یا شریک جنسی)
	(۷) رابطه جنسی که همراه با مصرف الکل بوده (قبل یا حین رابطه)
	(۸) رابطه جنسی دهانی
	(۹) رابطه جنسی در دوران عادت ماهانه (خود فرد یا شریک جنسی)
	(۱۰) رابطه جنسی بدون کاندوم با افرادی که احتمال بیماری‌هایی چون ایدز، هپاتیت، زگیل تناسلی و ... دارند

نحوه سنجش (گویه‌ها)	متغیرهای تحقیق
(۱) رابطه جنسی همراه با خشونت (یا خودم خشونت اعمال کرده‌ام یا شریک جنسی با من رفتار خشنی داشته است)	
(۱) اعضای درجه اول مانند پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند (۲) فامیل نزدیک مثل خاله، عمه، عمو، دایی، پدر و مادر بزرگ (۳) فامیل دور (۴) دوستان، آشنایان یا همکاران (۵) همسایه‌ها	تعاملات اجتماعی
(۱) اگر به مردم فرصت بدهی از آن سوءاستفاده می‌کنند (۲) آدمها فقط وقتی با دیگران همکاری می‌کنند که آن را به نفع خودشان ببینند (۳) مردم معمولا صداقت داشته و راستگو هستند (۴) این روزها مردم اصلا به قول و قرارشان پایبند نیستند (۵) اغلب افراد متقلبد و می‌خواهند زرنگی کنند (۶) مسئولین نظام و سیاست‌مداران، به فکر منافع شخصی هستند و نه مردم (۷) نهادها، موسسات و سازمان‌های دولتی و عمومی، قابل اعتمادند (۸) به اخبار رسانه ملی و دولتی، اعتماد می‌کنم (۹) گفته‌های مسئولین را باور می‌کنم (۱۰) اگر به اطرافیان اعتماد کنی از پشت، خنجر می‌زنند	اعتماد اجتماعی
(۱) مشارکت در انجمن‌هایی مثل مدرسه، محله، دانشگاه، محیط کار، خیریه‌ها، بسیج، هلال احمر و ...	متغیرهای مستقل
(۲) پیگیری اخبار جامعه از طریق رسانه و شبکه‌های خبری (۳) لذت بردن از مشارکت در فعالیت‌های جمعی (۴) شرکت در جشن‌ها/ مراسم مذهبی، ملی و ... (۵) مشارکت در انتخابات سیاسی	مشارکت اجتماعی
(۱) چقدر به تماشای اخبار و برنامه‌های پزشکی و سلامت می‌پردازید؟ (۲) در مورد شیوه‌های پیشگیری از بیماری‌های مختلف تا چه اندازه آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۳) در مورد علائم و نشانه بیماری‌های مختلف، چه اندازه آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۴) تا چه اندازه به بحث و تبادل نظر درباره مباحث سلامت و پزشکی تمایل دارید؟ (۵) تا چه اندازه نسبت به خواص انواع میوه‌ها آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۶) تا چه اندازه نسبت به خواص انواع غذاها آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۷) تا چه اندازه نسبت به خواص گیاهان دارویی آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۸) تا چه اندازه نسبت به خواص انواع سبزیجات آگاهی و اطلاعات دارید؟ (۹) چه میزان از امکانات و وسایل ورزشی استفاده می‌کنید؟ (۱۰) چه میزان دانش علمی در حوزه بهداشت و سلامت دارید؟	

متغیرهای تحقیق	نحوه سنجش (گویه‌ها)
(۱) چه میزان به امکانات و منابع برای کسب اطلاعات پزشکی و سلامت دسترسی دارید؟	
	(۱) در دعا و خلوت با خداوند، احساس رضایت زیادی نمی‌کنم
	(۲) نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت
	(۳) معتقدم که خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من است
	(۴) احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت و خوشایند است
	(۵) معتقدم که خداوند در زندگی من نقشی ندارد
	(۶) احساس می‌کنم آینده نامعلومی دارم
	(۷) من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم
	(۸) در زندگی به حد کمال رسیده و احساس رضایت می‌کنم
	(۹) احساس می‌کنم از جانب خدا حمایت نشده و از او انرژی نمی‌گیرم
سلامت	(۱۰) نسبت به مسیر زندگی در پیش رو، احساس خوبی دارم
معنوی	(۱۱) معتقدم که خداوند به مشکلات من توجه دارد
	(۱۲) من از زندگی‌ام لذت کافی نمی‌برم
	(۱۳) ارتباط فردی رضایت‌بخشی با خداوند ندارم
	(۱۴) در مورد آینده‌ام احساس خوبی دارم
	(۱۵) رابطه من با خدا به من کمک می‌کند که احساس تنهایی نکنم
	(۱۶) من حس می‌کنم زندگی پر از درد و رنجی دارم
	(۱۷) زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم احساس خوبی دارم
	(۱۸) زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد
	(۱۹) ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد
	(۲۰) معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد
	جنس در سطح سنجش اسمی و با دو مقوله زن و مرد اندازه‌گیری شده است
	وضعیت در سطح سنجش اسمی و با سه مقوله مجرد، متأهل و بی‌همسر اندازه‌گیری شده است
	تاہل
متغیرهای	سن در سطح سنجش فاصله‌ای و با سوال چند سال دارید سنجش شده است
جمعیتی	در سطح سنجش ترتیبی و در شش مقوله راهنمایی و پایین‌تر، دبیرستان، فوق دیپلم، تحصیلات
	لیسانس، فوق لیسانس و دکترا بررسی شده است
	تعلق در سطح سنجش ترتیبی و در پنج مقوله پایین، متوسط رو به پایین، متوسط، متوسط رو
	طبقاتی به بالا، بالا بررسی شده است

یافته‌ها

توصیف داده‌های پژوهش نشان داد که اغلب پاسخگویان در گروه سنی ۲۵-۲۲ سال، معادل با ۳۴/۲ درصد و با اختلاف کمی از سایر گروه‌های سنی واقع شده‌اند. همچنین اکثریت جوانان مورد مطالعه، مرد (۶۲/۵ درصد) و مابقی آنها یعنی معادل ۳۷/۵ درصد نیز زن هستند. یافته‌ها نشان داد که ۵۵/۲ درصد از پاسخگویان، متأهل و ۴۴/۸ درصد مجرد هستند که در میان متأهلین نیز اغلب، بدون فرزند هستند. از لحاظ تحصیلات نیز اکثریت افراد مورد بررسی، دارای مدرک فوق دیپلم بوده و کمترین فراوانی نیز به مقطع تحصیلی دکتری اختصاص یافته است.

از نظر میزان سلامت معنوی که به دو صورت کلی و تفکیک شده، مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، مشاهده شد که اغلب جوانان مورد مطالعه از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بوده و همچنین سنجش ابعاد سلامت معنوی به تفکیک که شامل دو بعد مذهبی و وجودی است (بعد مذهبی به رابطه فرد با خداوند و بعد وجودی به مبدأ و مقصد انسان و عالم اشاره دارد)، نشان داد که در بعد مذهبی، وضعیتی مشابه با سلامت معنوی کل وجود دارد و بیشتر پاسخگویان از نمره متوسطی برخوردارند. اما در بعد وجودی، بیشترین درصد فراوانی به سلامت وجودی پایین تعلق دارد. از نظر رفتارهای پرخطر جنسی که متغیر وابسته مقاله حاضر است، مشاهده شد که رفتارهای پرخطر جنسی (از بین افرادی که تجربه روابط جنسی داشته‌اند) در میان جوانان شایع بوده است. به طوری که ۳۵ درصد به میزان بالا، ۳۸/۹ درصد به میزان متوسط و ۲۵/۲ درصد نیز به میزان پایین، رفتار پرخطر جنسی دارند. همچنین از نظر سرمایه اجتماعی، اکثریت افراد مورد مطالعه معادل ۵۰/۵ درصد از سرمایه اجتماعی ضعیفی برخوردار بوده و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت نیز در اغلب آنها (۵۶ درصد) در وضعیت ضعیفی قرار دارد (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب مؤلفه‌های اصلی پژوهش

مؤلفه‌های اصلی	میزان		بالا	متوسط	نمره (۱-۵)	میانگین	
	پایین	میانگین				حداکثر	حداقل
رفتارهای پرخطر جنسی	۲۵/۲	۳۹/۸	۳۵	۳۹/۸	۵	۳۷/۴	۱
سرمایه اجتماعی	۵۰/۵	۳۰/۵	۱۹	۳۰/۵	۴/۵۲	۲/۳۴	۱/۰۸
سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت	۵۶	۳۰/۸	۱۳/۲	۳۰/۸	۵	۲/۱۷	۱
سلامت معنوی	۳۴/۷	۴۱/۳	۲۴	۴۱/۳	۴/۹۵	۲/۹۵	۱

نکته: برای تقسیم‌بندی متغیرهای رفتارهای پرخطر جنسی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، سرمایه اجتماعی و سلامت معنوی به سه گروه، ابتدا تفاضل بین بیشترین و کمترین نمره پاسخگویی محاسبه و سپس دامنه به دست آمده تقسیم بر ۳ شده و بر این اساس سه دسته‌بندی بالا، پایین و متوسط شکل گرفت.

یافته‌های استنباطی مطالعه، نشان داد که تمامی فرضیات مورد بررسی، تأیید شده است. با توجه به این که فرضیات اصلی مطالعه حاضر، رابطه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، سرمایه اجتماعی و سلامت معنوی با رفتارهای پرخطر جنسی بود، در بخش استنباطی و پس از آزمون فرضیات مشاهده شد که میان سرمایه اجتماعی در تمامی ابعاد مورد بررسی (مشارکت اجتماعی، اعتماد و شبکه تعاملات اجتماعی) با رفتارهای پرخطر جنسی، رابطه آماری معناداری وجود داشته که از نوع معکوس است، به طوری که هرچه سرمایه اجتماعی فرد بیشتر باشد، رفتارهای پرخطر جنسی، کاهش می‌یابد. همچنین فرضیه مربوط به رابطه میان سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و رفتارهای پرخطر جنسی نیز مورد تأیید قرار گرفت و ارتباط معکوس میان این دو متغیر نشان داد که هرچه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت فرد افزایش یابد، رفتارهای پرخطر جنسی نیز کاهش می‌یابد. سلامت معنوی نیز در هر دو بعد مذهبی و وجودی با متغیر وابسته، رابطه آماری معناداری از نوع معکوس داشته و یافته‌ها نشان دادند که هرچه سلامت معنوی فرد بیشتر باشد، رفتارهای پرخطر جنسی نیز کمتر است. همچنین میان سن و رفتارهای پرخطر جنسی، نیز رابطه آماری معکوس و معناداری وجود داشته، به طوری که با افزایش سن، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش یافته است (جدول ۳).

جدول ۳: ضریب همبستگی بین سن، سلامت معنوی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و

سرمایه اجتماعی با رفتارهای پرخطر جنسی

متغیر وابسته	متغیر مستقل		
	سلامت معنوی	سرمایه اجتماعی	سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت
رفتارهای پرخطر جنسی	ضریب همبستگی	۰/۸۴۲	-۰/۷۶۶
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
			سن
			-۰/۴۰۰

رابطه میزان تحصیلات با رفتارهای پرخطر جنسی نیز مشابه سن بوده و رابطه آماری معنادار و معکوس میان این دو متغیر مشاهده شد. بدین معنا که هرچه میزان تحصیلات افزایش یابد، رفتارهای پرخطر جنسی کمتر شده است (جدول ۴).

جدول ۴: آزمون تفاوت رفتارهای پرخطر بر حسب مقطع تحصیلی

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	DF	سطح معنی داری
راهنمایی و پایین تر	۵۹	۳/۷۴	۰/۸۳			
دبیرستان	۱۹۹	۳/۲۵	۱/۹			
فوق دیپلم	۱۳۴	۳/۲۴	۱/۰۶	۶۲/۰۶	۵۹۹	۰/۰۰۱
لیسانس	۱۲۱	۳/۲۴	۱/۲۵			
فوق لیسانس	۶۴	۱/۴۳	-/۵۴			
دکتر	۲۳	۱/۲۲	۰/۲۷			

در ادامه مشاهده شد که میان جنس و رفتارهای پرخطر جنسی، تفاوت معنی دار است. میزان میانگین‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات رفتارهای پرخطر، در مردان بالاتر است در نتیجه مردان، رفتارهای پرخطر بیشتری را داشته‌اند. هم‌چنین تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۱۵/۳۵ و سطح معنی داری $\text{Sig} = ۰,۰۰۰$ بیانگر این است که با ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین مردان و زنان از نظر رفتارهای پرخطر وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۵: آزمون تفاوت رفتارهای پرخطر بر حسب جنس

متغیر	فراوانی	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	T	سطح معنی داری
مرد	۳۷۵	۳/۳۵	۱/۰۸	۱۵/۳۸	۰/۰۰۱
زن	۲۲۵	۱/۹۵	۱/۰۷		

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، فرضیه مربوط به رابطه میان وضعیت تأهل و رفتارهای پرخطر جنسی نیز مورد تأیید قرار گرفت و میانگین نمرات رفتارهای پرخطر در افراد مجرد بالاتر است، در نتیجه مجردها رفتارهای پرخطر بیشتری را داشته‌اند. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۵/۷۵ و سطح معنی داری $\text{Sig} = ۰,۰۰۰$ بیانگر این است که با ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد مجرد و متأهل از نظر رفتارهای پرخطر وجود دارد (جدول ۶).

جدول ۶: آزمون تفاوت رفتارهای پرخطر بر حسب وضعیت تأهل

متغیر	فراوانی	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
مجرد	۳۳۱	۳/۰۲	۱/۳۰	۵/۷۵	۰/۰۰۱
متاهل	۲۳۱	۲/۴۱	۱/۱۳		

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره

در اینجا به ارائه نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره پرداخته می‌شود. بر این اساس، همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود هفت متغیر شامل سلامت معنوی، سرمایه فرهنگی، جنسیت، سرمایه اجتماعی، تحصیلات، وضعیت تأهل و سن در مجموع ۸۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته (رفتارهای پرخطر جنسی) را تبیین می‌کنند. به ازای افزایش یک واحد در سلامت معنوی، سرمایه فرهنگی، زن بودن، سرمایه اجتماعی، تحصیلات و سن به ترتیب ۰/۲۹۶، ۰/۳۵۸، ۰/۱۶۸، ۰/۱۴۹، ۰/۰۸۳، ۰/۰۵۵، واحد از استاندارد رفتارهای پرخطر جنسی کاسته می‌شود، همچنین ضریب بتا برای در وضعیت تأهل (متاهل بودن)، ۰/۰۹۱ می‌باشد.

جدول ۷: نتایج رگرسیون چندمتغیره عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر جنسی

نام متغیر	B	Beta	t	Sig
سلامت معنوی	-۰,۳۴۴	-۰,۲۹۶	-۷,۰۵	۰,۰۰۱
سرمایه فرهنگی	-۰,۳۵۹	-۰,۳۵۸	-۹,۸۱	۰,۰۰۱
جنسیت (زن)	-۰,۴۴۳	-۰,۱۶۸	-۷,۷۴	۰,۰۰۱
سرمایه اجتماعی	-۰,۲۹۴	-۰,۱۴۹	-۴,۴۷	۰,۰۰۱
تحصیلات	-۰,۰۸۰	-۰,۰۸۳	-۳,۲۶	۰,۰۰۱
وضعیت تأهل (متاهل)	۰,۲۳۶	۰,۰۹۱	۳,۹۲	۰,۰۰۱
سن	-۰,۰۲۰	-۰,۰۵۵	-۲,۰۶	۰,۰۳۹

R=۰/۸۹۸ R²=۰/۸۰۷ a=۶۷۰۶۴ Sig=۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی، سرمایه مهمی است که هر فرد در طول زندگی خود همواره برای حفظ و ارتقاء آن می‌کوشد و مهم‌ترین تعیین‌کننده کیفیت و کمیت زندگی افراد است. از آنجا که جوانی، مرحله‌ای حساس از زندگی و دورانی بسیار بحرانی بوده و بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز در این دوران در تمامی سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی پیامدهای منفی متعددی بر جای خواهد گذاشت و همچنین با اهتمام به تغییرات فرهنگی گسترده در ایران به‌ویژه تغییرات نگرشی و ارزشی در زمینه روابط جنسی در میان جوانان، شناسایی وضعیت رفتارهای پرخطر جنسی و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آن هدف اصلی مطالعه حاضر بوده است. در همین راستا ضمن توجه به سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و سلامت معنوی به تبیین جامعه‌شناختی رفتارهای پرخطر جنسی پرداخته است. یافته‌ها نشان داد که نزدیک به نیمی از پاسخگویان دارای رفتارهای پرخطر جنسی هستند. رشید نیز در مطالعه خود مشاهده کرد که نیمی از پاسخگویان، رفتارهای پرخطر جنسی داشته‌اند (رشید، ۱۳۹۴: ۳۱). تغییرات ارزشی و نگرشی که در دهه اخیر در جامعه و به سرعت در حال وقوع می‌باشد، تمامی ابعاد زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر خود قرار داده است. سبک زندگی افراد به‌طور عام و روابط جنسی و رفتارهای مبتنی بر این روابط به‌طور خاص از این قاعده مستثنی نبوده و به شدت تحت تأثیر این تغییرات می‌باشد.

همچنین مشاهده شد که رابطه آماری معنادار میان سن با بروز این رفتارها وجود دارد، به‌طوری که با افزایش سن پاسخگویان، میزان رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می‌یابد. این یافته را شاید بتوان به افزایش آگاهی نسبت به مخاطرات رفتارهای جنسی که با بالا رفتن سن کسب می‌شود، مرتبط دانست و یا به تأهل افراد نسبت داد. مطالعات متعددی نشان داده است که میان سن و آگاهی و نگرش نسبت به رفتارهای پرخطر، رابطه معنادار وجود دارد (اعتماد و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۰). رابطه سن و رفتارهای پرخطر جنسی در تحقیقات مهرابی (۱۳۹۵)، رحمانی (۱۳۹۵)، دانافر (۱۳۹۵) و همکارانشان نیز مشاهده شد با این تفاوت که در مطالعه مهرابی و همکاران این رابطه مستقیم بوده و با افزایش سن بروز این رفتارها نیز افزایش یافته است. از دیگر نتایج تحقیق این است که هرچه میزان تحصیلات افزایش پیدا کرده، میزان رفتارهای پرخطر جنسی کاهش یافته است. میان جنس و وضعیت تأهل با رفتارهای پرخطر جنسی نیز تفاوت آماری معناداری مشاهده شد. به‌طوری که این رفتارها در میان مردان بیش از زنان وجود دارد، همان‌گونه که در

مطالعه رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن ... ۱۷۷

پژوهش‌های متعددی، این یافته تکرار شده است (شکری، ۱۳۹۴: ۷۳ و مازیاک^۱، ۲۰۰۲: ۱۸۳ و صدیقیان و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۳۳ و زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۵) و همچنین در میان مجردها نسبت به افراد متأهل، رفتارهای پرخطر جنسی شایع‌تر است و این یافته نیز توسط مطالعات دیگر تأیید شده است (رضازاده و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۸).

از دیگر فرضیات مورد بررسی در پژوهش حاضر، رابطه میان سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و رفتارهای پرخطر جنسی می‌باشد که نتایج نشان داد میان این دو متغیر رابطه آماری معناداری وجود داشته و با افزایش این نوع از سرمایه، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش یافته است. زیرا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت آن دسته از منابع مبتنی بر فرهنگ است که برای حفظ و ارتقاء سلامت در اختیار افراد قرار دارند. ارزش‌ها، هنجارهای رفتاری، دانش و مهارت‌های عملی که با سلامت افراد در ارتباط بوده، همچنین منابع، امکانات و ابزارهای قابل دسترس مرتبط با بهداشت که منجر به ارتقاء رفتارهای سلامت می‌شود و مدارک و تخصص‌هایی که فرد در زمینه مباحث سلامت از مراکز و سازمان‌های رسمی دریافت می‌کند، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت محسوب می‌شود (آبل^۲، ۲۰۰۸: ۷). از این رو انتظار می‌رود که با تقویت آن و ارتقاء دانش و آگاهی به‌عنوان بخش مهمی از سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، رفتارهای مخرب سلامت مانند رفتارهای پرخطر جنسی کاهش یابد.

متغیر مهم دیگری که در مطالعه حاضر مورد آزمون واقع شد، سرمایه اجتماعی در ابعاد مشارکت اجتماعی، اعتماد و شبکه تعاملات اجتماعی است. این متغیر در تمامی ابعاد با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه معنادار آماری داشت. بدین معنا که افزایش سرمایه اجتماعی پاسخگویان، موجب کاهش رفتارهای پرخطر جنسی آنان شده است. این یافته نیز با سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، همخوانی دارد (بوستانی، ۱۳۹۱: ۱ و جلیلووند و نیک‌منش، ۱۳۹۶ و احمدی و معینی، ۱۳۹۴: ۱). زمانی که سرمایه اجتماعی در حد مطلوبی قرار داشته باشد، بستر را برای شکل‌گیری رفتارهای بهنجار و سالم فراهم می‌کند و بالعکس در صورتی که ضعف سرمایه اجتماعی موجب عدم پیروی از قواعد، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی شده و زمینه را برای بروز رفتارهای ضد اجتماعی و سایر مسائل اجتماعی آماده می‌سازد. آخرین فرضیه مورد بررسی

1. Maziak
2. Abel

در پژوهش حاضر نیز به رابطه میان سلامت معنوی با رفتارهای پرخطر جنسی مربوط است که این فرضیه نیز تأیید شده و یافته‌ها حاکی از آن است که هرچه سلامت معنوی بالاتر باشد، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش یافته و در واقع رابطه آماری میان این دو متغیر از نوع معکوس می‌باشد. با توجه به اینکه تحقیقاتی اندکی، رابطه این دو را مورد بررسی قرار داده‌اند اما یافته مذکور با نتایج سایر تحقیقات همخوانی دارد (قره‌داغی، ۱۳۹۱: ۱۴۹ و حبیبی و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۰۳ و حسن و همکاران: ۱۳۹۳: ۱۷).

در مجموع می‌توان گفت که همزمان با ایجاد نگرش اجتماعی به سلامت، مفاهیم جدیدی همچون سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی به این ادبیات وارد شد و سلامت معنوی نیز در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت مورد توجه پژوهشگران در این حوزه واقع شده است. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر مشاهده می‌شود که میان انواع سرمایه، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت و رفتارهای مرتبط با آن بیشتر از سایر سرمایه‌ها بوده است. مجموعه‌ای از اعتماد، مشارکت اجتماعی و شبکه تعاملات اجتماعی، افراد را در شرایط مطلوب‌تری از رفتارهای مبتنی بر سلامت (در اینجا اجتناب از رفتارهای پرخطر جنسی) قرار می‌دهد. پس از آن سرمایه فرهنگی به‌ویژه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت نیز متغیری مهم در تبیین سلامت محسوب می‌شود. این نوع از سرمایه، منابع غیرمادی مورد نیاز را برای اتخاذ الگوهای رفتاری زندگی سالم فراهم کرده و می‌تواند در زندگی روزمره جهت شکل‌دهی به رفتارهای سالم اثرگذار باشد.

با توجه به یافته اصلی پژوهش حاضر مبنی بر وضعیت نگران‌کننده رفتارهای پرخطر جنسی در میان جوانان، ارتقاء شاخص‌های سرمایه اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان منابع ارزشمندی در جهت بهبود وضعیت سلامت جوانان توسط مسئولان، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران از ضروریات به‌شمار می‌آید. در این راستا به نظر می‌رسد، اعتمادسازی، حفظ و تقویت آن و همچنین ایجاد فضای مناسب جهت مشارکت‌های اجتماعی جوانان و اهتمام بیش از پیش به سرمایه فرهنگی جوانان، گام مؤثری در جهت تقویت این سرمایه‌ها و به دنبال آن سلامت جامعه باشد. استقرار رویکرد مدیریتی مشارکتی در نهادهای دولتی، پیشگیری از قطبی شدن جامعه به دلیل اتخاذ تصمیمات تبعیض‌آمیز، رفع تنش‌های ساختاری، پیاده‌سازی الگوی مشارکتی (به‌عنوان مثال در نوسازی شهری، بازسازی بافت فرسوده و طراحی فضاهای باز شهری) به منظور تقویت حیات

مدنی در تمامی سطوح جامعه، توجه به دیدگاه‌های مردمی و افزایش رضایت افراد جامعه در راستای تقویت سرمایه اجتماعی از دیگر پیشنهادات مطالعه حاضر است. همچنین نظر به این که منابع فرهنگی از جمله عوامل تعیین‌کننده کنش‌های افراد و پیش‌شرط‌های اساسی برای جهت‌گیری‌های رفتار کنشگران در محدوده‌ای ساختاری هستند و این منابع به وسیله جامعه‌پذیری، تمایلات رفتاری در افراد ایجاد می‌کنند، اشاعه منابع فرهنگی مرتبط با سلامت از قبیل آگاهی، مهارت‌ها، ارزش‌ها، هنجارها، وسایل و امکانات ارتقاءدهنده سلامتی که مؤلفه‌های مهمی در تولید و بازتولید سبک‌های رفتاری زندگی سالم هستند، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. پیامد این امر کاهش نابرابری‌های اجتماعی-فرهنگی در حوزه سلامت، اتخاذ رفتارهای مبتنی بر بهداشت و پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها خواهد بود.

علی‌رغم این که با توجه به مبانی فرهنگی جامعه ایران انجام تحقیقات میدانی در حوزه رفتارهای جنسی، از جمله پژوهش حاضر با محدودیت‌های فراوان مواجه است، در پایان پیشنهاد پژوهشی محقق، توجه بیش از پیش جامعه علمی به انجام تحقیقات کمی و کیفی دقیق و تخصصی در این حوزه است. همچنین لازم به ذکر است که یافته‌های مطالعه حاضر به یک بررسی مقطعی مربوط است. بنابراین، نمی‌تواند رابطه علت و معلولی را نشان دهد. با توجه به این موضوع، بررسی فرضیات مورد نظر، در مطالعات طولی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- احمدی، حبیب و مهدی معینی (۱۳۹۴). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر جوانان: مطالعه موردی شهر شیراز. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*. دوره ۴. شماره ۱. ۲۴-۱.
- آدام، فلیک و هرتسلیک، کلون (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه مرتضی کتبی و دنیا کتبی، تهران: نی.
- اسدی، معصومه، میمنت حسینی، و سوده شهبواری (۱۳۹۳). بررسی رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش‌آموز، پژوهش و سلامت. دوره ۴. شماره ۴. ۸۳-۸۷۳.
- اعتماد، کورش، علیرضا حیدری، حسن افتخارارذیبلی، محمدجواد کبیر و سیدمهدی صداقت (۱۳۸۹). آگاهی و نگرش نسبت به بیماری ایدز در گروه‌های دارای رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی و رابطه آن با مشخصه‌های اقتصادی-اجتماعی در شهرهای گرگان و گنبدکاووس. *مجله علوم پزشکی گرگان*.

۱۸۰ دوفصلنامه مطالعات جمعیتی، دوره ۵، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۸

جلد ۱۲، شماره ۲، ۷۰-۶۳.

باکاک، ر (۱۳۸۱). مصرف، ترجمه خسرو صبری، تهران: شیرازه.

البرزی، صدیقه (۱۳۹۸). مطالعه جامعه‌شناختی رفتارهای مبتنی بر سلامت جوانان شهر شیراز. رساله دکتری در رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

بوستانی، داریوش (۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی و رفتار پرخطر: مطالعه موردی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان. علوم اجتماعی (فردوسی مشهد) سال ۹، شماره ۱. صص ۴۲-۳۳.

جلیلود، مریم و زهرا نیک‌منش (۱۳۹۶). بررسی نقش سلامت معنوی و امید به زندگی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان، دومین کنگره ملی روان‌شناسی و آسیب‌های روانی-اجتماعی، چابهار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، قابل دسترسی در:

https://www.civilica.com/Paper-PPDMED02-PPDMED02_134.html

حبیبی، رامین، فرناز شبان، زبیر صمیمی، مه‌ری ملامحسینی و سمیه عزیزی (۱۳۹۷). تبیین رفتارهای پرخطر دانشجویان براساس جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی، فصلنامه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، دوره ۲، شماره ۴. ۲۰۹-۲۰۳.

حسن، جعفر، ریحانه شیخان، اکرم حمودزاده و معصومه نیکرو (۱۳۹۳). نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در رفتارهای پرخطر نوجوانان، فصلنامه اندیشه و رفتار، در روانشناسی بالینی، شماره ۳۳، ۲۶-۱۷.

خلیج‌آبادی فراهانی، فریده (۱۳۹۸). مواجهه با محتوای خارج عرف جنسی در اینترنت و فضای مجازی و تأثیرات رفتاری در نوجوانان شهر تهران. خانواده پژوهی، شماره ۵۷، صص ۱۵۳-۱۲۷.

دانافر، عباسعلی و گلنار دهقانی (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی با بروز انواع رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان دانشگاه یزد، طلوع بهداشت، ۶ (۱۴). صص ۳۷۲-۳۸۳.

رحمانی، اعظم، عفت‌السادات مرقاتی، لیدا مقدم، رویا غلامی و اکرم ترابی (۱۳۹۶). نقش خانواده در رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی دختران جوان. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری علوم پزشکی ایران. دوره ۳۰، شماره ۱۰۸، صص ۲۲-۱۱.

رحمانی، مریم، وحید قاسمی و علی هاشمیان‌فر (۱۳۹۵). تأثیر روابط اجتماعی بر بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان شهر بجنورد، جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۷، شماره ۱، صص ۲۶-۱.

رشید، خسرو (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. فصلنامه

مطالعه رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن ... ۱۸۱

رفاه/اجتماعی، دوره ۵۷، شماره ۲، صص ۲۲-۵۵.

رضازاده، مجید، خدابخش احمدی و محمد نفریه (۱۳۹۴). ویژگی‌های خانوادگی افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی. *اصول بهداشت روانی*، دوره ۱۷، شماره ۳، صص ۵۸-۱۵۱.

رمضانی، حمیده، حسینعلی نیک‌بخت، سید داود نصرالله‌پور شیروانی و هدی محسنیان (۱۳۹۴). تأثیر برنامه مدارس مروج سلامت در مدارس شهرستان بابل، *مجله سلامت و بهداشت*، دوره ۶، شماره ۵، صص ۵۶-۵۴۷.

زاده‌محمدی، علی، زهره احمدآبادی و محمود حیدری (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال ۱۷، شماره ۳، صص ۲۵-۲۱۸.

سروش، مریم و صدیقه البرزی (۱۳۹۷). مطالعه رابطه سرمایه‌های در اختیار زوجین و تعارضات زناشویی، *طرح پژوهشی مصوب استانداری فارس*. امور بانوان.

سیدمن، استیون (۱۳۸۶). کشاکش آرا در جامعه‌شناسی، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.

شکری، نسرين، مرضیه یوسفی، ایرج صفایی‌راد، طیبه اکبری، سیده مریم موسوی، و هیمن نظری (۱۳۹۴). همبستگی رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش‌آموز با شیوه‌های فرزندپروری والدین، *فصلنامه مدیریت ارتقاء سلامت*، دوره ۵، شماره ۱، صص ۷۳-۸۲.

صالحی، محمود، حدیث افلاک‌سیر، و نوراله محمدی (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی دینداری در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر با واسطه‌گری نظم‌بخشی هیجانی، *روانشناسی سلامت*، دوره ۴، شماره ۳، صص ۱۰۲-۸۸.

صدیقیان، مریم، توحید بابازاده، محمد اصغری جعفرآبادی و حمیداله اله‌وردی‌پور (۱۳۹۶). مقایسه تعیین‌کننده‌های شناختی - رفتاری رفتارهای پرخطر جنسی در جوانان. *کومش*. جلد ۱۹، شماره ۳، پیاپی ۶۷، صص ۵۴۲-۵۳۳.

ضاربان، ایرج، علیرضا حیدرنیا و فاطمه رخشانی (۱۳۸۵). بررسی میزان تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از ایدز بر آگاهی، نگرش و عملکرد ملوانان بندر چابهار، *طبيب شرق*، دوره ۸، شماره ۱، صص ۳۶-۲۹.

قره‌داغی، علی، جعفر محمودی و بهرام اصل فتاحی (۱۳۹۱). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس جهت‌گیری مذهبی و سبک مقابله‌ای در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان مرند، *زن و*

مطالعات خانواده، شماره ۱۵، صص ۶۶-۱۴۹.

کبیری، فاطمه، مهدی کرمانی و حسین دهقان (۱۳۹۶). رفتارهای پرخطر، سرمایه فرهنگی؛ بررسی رابطه ابعاد سرمایه فرهنگی بر تمایل به رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه، دومین کنگره ملی روان‌شناسی و آسیب‌های روانی- اجتماعی، چابهار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استانداری استان سیستان و بلوچستان.

کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶). اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، نشر اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

کشاورزی، امیر، شهرام‌وزیری و فرح لطفی کاشانی (۱۳۹۴). تأثیر همراه‌سازی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان‌شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. سال ۱۶. شماره ۳، صص ۳۳-۲۵.

محرابی، حسینعلی، فهیمه محمودی و حسین مولوی (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس باورهای دینی، هیجان‌خواهی، آلودگی محیط و رسانه‌ها در دانشجویان دختر، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. دوره ۱۷. شماره ۲، صص ۱۴-۴.

میکائیلی، فرزانه (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای جنسی پرخطر و عادی. مجله علوم پزشکی مازندران. دوره ۲۳. شماره ۱۰۹، صص ۱۴-۲۰۶.

ندرلو، بهنام و تارا اخترخاوری (۱۳۹۸). میزان شیوع رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی از بیماری‌های مقاربتی میان ساکنین موقت در گرم‌خانه‌های شهر تهران، نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، سال ۸، شماره ۳، صص ۲۳۴-۲۲۵.

ویتز، پاتریس بون (۱۳۹۱). درس‌هایی از جامعه‌شناسی پیر بوردیو. ترجمه جهانگیر جهانگیری و حسن پورسفر. تهران: نشر آگه.

Abel T. (2008). Cultural Capital and Social Inequality in Health. *Journal of Epidemiological Community Health*. 62: 7.

Akers AY, Gold MA, Bost JE, Adimora AA, Orr DP, Fortenberry JD(2011). Variation in sexual behaviors in a cohort of adolescent females: The role of personal, perceived peer, and perceived family attitudes. *J Adolesc Health*. 48(1): 87-93.

Boyer T. (2006). The development of risk-taking: A multi- perspective review. *Dev Rev*. 26(3): 291-345.

Center for Disease Control and Chamratrithrong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al (2010). Spirituality within the

- family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Soc Sci Med.* 71(10): 55-63.
- Cockerham, W. C. & Ritchey, F. J. (1997) Dictionary of Medical Sociology. United States of America: *Greenwood Press*.p 57.
- Cockerham, W. C. (1999) Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. London: Routledge.
- Cockerham, W. C. (2000). Health Lifestyles in Russia, Social Science & Medicine Disease, London: *Polity Press*.p 56.
- Cockerham, W. C. (2004). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. C. (2008). Social Causes of Health and Disease, London: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2013). Social Causes Of Health and Disease. United States of America: *Polity Press*.
- Cockerham, W. C. (2015). Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory. Dordrecht, Netherlands. Springer
- Escobar, C.S., Susar, R., Christine, M. & Lowbarbara, J. (2005). Practice and thick stun Patricia, impact ofthe media on adolescent sexual attitude and behavior. *Journal of Pediatrics*, 116(3): 303-26.
- Fisher HH, Eke AN, Cance JD, Hawkins SR, Lam W. K. (2008). Correlates of HIV-related risk behaviors in African American adolescents from substance-using families: Patterns of adolescent-level factors associated with sexual experience and substance use. *J Adolesc Health.* 42(2): 161-9.
- Ghaderi M, Maleki A, Ahmadnia Sh. FromBourdieu, Cultural Capital to Abel, Health Relevant Cultural Capital: Applying New Indicators forExplaining Healthy Lifestyle. *Social Welfare Quarterly.* 2016; 16: 62-72
- Graves HR, Hernandez L, Kahler CW, Spirito A(2019). Marijuana use, alcohol use, and sexual intercourse among truant adolescents. *Subst Abus.* 17:1-5
- Hassan EA, Creatsas GC (2000). Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 13(3): 119-24.
- Holmes JR, Clayton HB, Pham T, Asher AK, Starr RR(2019). Prevalence of Risk and Protective Factors Associated with HIV and HCV Infections Among Male High School Students Who Have Sex with Males-Hawai'i, 2013, 2015, and 2017. *Hawaii J Med Public Health.*; 78 (6):191-94.
- Johnston L.D, O'Malley P.M & Bachman J.G. (2002). Monitoring the Future National Survey Results onDrug Use. Secondary SchoolStudents. *Ethesda, MD: National Institute on DrugAbuse.*1:121-34.
- Maziak W. (2002). Smoking in Syria: Profile of a developing Arab country. *International Journalof Tuberculosis and Lung Disease.*6 (3):183-191.

- Morgan, A., Davies, M. & Ziglio, E. (Editors) (2010). Health assets in a global context - theory, methods, action. London: Springer
- Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Critenden KS, Irarrazabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012; 23 (1):73-86. DOI: 10.1016/j.jana.2011.02.001 PMID: 21497113.
- Peres SA, Rutherford G, Borges G, Galano E, Hudes ES, Hearst N. (2008). Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brazil. *J Adolesc Health*. 42(2): 177-83.
- Prevention (2011). Adolescent and School Health. Retrieved from: www.cdc.gov.
- Roche KM, Ahmed S, Blum R.W. (2008). Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Soc Sci Med*. 66(9): 23-34.
- Turner, Bryan S. (2004). The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness. London: Norton.

