Original Article

Health Behaviors among High School Students in Yazd City (2024-2025)

Mohsen Mirzaei[1], Ezat Mobin✉[2], Fatemeh Zarezadeh[2], Mahbubeh Sharifi[2], Sayed Ahmad Hoseinitabar[3], Azam Akrami[4], Parisa Neshati[4], Mahmood Vakili[5]

[1] Health Monitoring Research Center, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] Department of Adolescent, Youth and School Health, Yazd Provincial Health Center, Yazd, Iran
[3] Health and Wellness Department, Yazd Province Education Organization, Yazd, Iran
[4] Department of Adolescent, Youth and School Health, Yazd Health Center, Yazd, Iran
[5] Department of Community Medicine, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

✉**Corresponding author:** Department of Adolescent, Youth and School Health, Yazd Provincial Health Center, Yazd, Iran

Email: mobin94@gmail.com
Tel:+9803536288113
Postal Code: 8981664979

Received: 27 Apr 2026
Revised: 29 Aug 2026
Accepted: 8 Sep 2026

How to Cite This Article: Mirzaei M, Mobin E, Zarezadeh F, Sharifi M, Hoseinitabar S.H, Akrami A, Neshati P, Vakili M. Health Behaviors among High School Students in Yazd City (2024-2025). J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(8): 10542-559.

DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License which allows users to read, copy, distribute and make derivative works for non-commercial purposes from the material, as long as the author of the original work is cited properly.

Abstract

Introduction: Adolescence is characterized by rapid physical, cognitive, emotional, and social changes. Given that adult non-communicable diseases frequently originate from unhealthy behaviors sustained from childhood. Accordingly, this study aimed to evaluate key health-related behaviors among high school students in Yazd City

.**Methods:** This cross-sectional investigation assessed behaviors among high school students in Yazd City, Iran, utilizing self-reports gathered through the validated Persian edition of the Global School-based Student Health Survey (GSHS). Participants were selected through a multistage stratified cluster sampling approach, yielding an equal distribution of 1,250 students per gender. Data were analyzed using SPSS version 19 and Chi-square tests.

Results: A total of 2,347 students (53.7%boys) participated. Daily tooth brushing (at least once a day) was reported by 69.0% of students, and 84.8% consumed breakfast regularly. The overall weekly prevalence of fast-food consumption was 46.9%. Regarding physical activity, 26.4% of boys and 10.5% of girls had sufficient physical activity. Lifetime tobacco use was reported by 33.0% of students, with hookah (24.4%) and cigarettes (8.0%) being the most prevalent. Currently, 39.3% were exposed to secondhand smoke. Tooth brushing (P=0.0001), secondhand smoke exposure (P=0.037), screen time for watching television (P=0.015), and homework duration (P=0.0001) were significantly higher in girls. Breakfast consumption (P=0.0001), physical activity (P=0.0001), carbonated soft drink consumption (P=0.0001) and witnessing violence among peers (P=0.0001) were significantly higher in boys. No significant gender differences were observed in tobacco use prevalence, being bullied, computer/internet use, or fast-food consumption (P>0.05).

Conclusion: A notable prevalence of health-risk behaviors exists among adolescents, suggesting an ongoing normalization of risky lifestyle habits and shifting social norms. Strengthening school-family partnerships to modify parental attitudes and raise awareness, implementing gender-specific interventions, and periodically evaluating outcomes through longitudinal and repetitive surveillance are warranted.

Keywords: Adolescent health, Health behaviors, Lifestyle, High school students, Iran.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

Extended Abstract

Introduction: Adolescence is characterized by rapid physical, cognitive, emotional, and social transformations—a developmental period marked by heightened sensation-seeking and a drive for autonomy, both of which increase vulnerability to high-risk behaviors. The prevalence and intensity of these behaviors vary significantly across gender, potentially driven by divergent pubertal processes, differing health attitudes, variations in leisure activities, and distinct social constraints or peer influences. Given that many adult non-communicable diseases in adulthood are rooted in unhealthy behaviors established during childhood and adolescence, this period represents a critical 'window of opportunity' for preventive interventions aimed at mitigating risk factors and forestalling chronic disease onset. Accordingly, the present study aimed to assess key health-related behaviors among high school students in Yazd City while investigating gender-based disparities in these patterns.

Methods: Conducted in 2025, this descriptive-analytical study targeted high school students residing across urban and rural areas of Yazd City, Iran. Schools within both educational districts were randomly chosen using a multi-stage sampling strategy that integrated both stratified and cluster techniques. The number of schools selected was determined based on the sizes of the student population (proportional to size), while carefully accounting for the sex ratio and the distribution of students between public and private schools. A specific grade level was randomly chosen within each participating school, and all students enrolled in that grade took part in the study. Non-Iranian students were excluded from the study cohort. Data collection was carried out via self-administered questionnaires completed by the students. The questionnaires were completed by the students via self-reporting. The survey instrument utilized was a culturally validated and reliable Persian adaptation of the World Health Organization's Global School-based Student Health Survey (GSHS). The collected data were analyzed using SPSS software (version 19). Continuous variables were reported as means and standard deviations, while categorical variables were expressed as percentages. Associations between variables were assessed using the chi-square test. In all analyses, a significance level of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 2,347 students (53.7% boys) participated in the study. The vast majority of students (93%) resided in urban areas, whereas the prevalence of parental illiteracy was less than 4%. Daily tooth brushing (at least once a day) was reported by 69.0% of students, and 84.8% consumed breakfast regularly. Regarding hand hygiene practices, 4.2% of students reported failing to wash their hands after toilet use at school, while a significantly higher proportion (17.1%) did not wash their hands before meals. The prevalence of daily consumption of sweet snacks, salty snacks, and fast-foods was 23.7%, 7.9%, and 8.6%, respectively. The daily consumption of carbonated soft drinks was reported by 15% of adolescents in Yazd, with an additional 33.7% consuming them on a weekly basis. The overall weekly prevalence of fast-food consumption was 46.9%. The daily consumption frequency of tea and coffee was 51.4% and 10.7%, respectively. Regular physical activity classes were available in 67.1% of boys' schools and 45.8% of girls' schools. Non-participation in physical activity classes was observed in 28.5% of girls and 16.1% of boys. Regarding physical activity, 26.4% of boys and 10.5% of girls had sufficient physical activity. Lifetime tobacco use was reported by 33.0% of students, with hookah (24.4%) and cigarettes (8.0%) being the most prevalent. Currently, 17.4% were active tobacco users, and 39.3% were exposed to secondhand smoke. Over the past year, 59.7% of students witnessed at least one physical altercation among their peers. Additionally, 18.1% reported that their friends had carried an object intended for attack or self-defense within the last month, and 31.3% had experienced bullying during the preceding three months. Tooth brushing (P=0.0001), salty snack consumption (P=0.0001), secondhand smoke exposure (P=0.037), screen time for watching television (P=0.015), and homework duration (P=0.0001) were significantly higher in girls. Conversely, breakfast consumption (P=0.0001), physical activity (P=0.0001), carbonated soft drink consumption (P=0.0001), Daily consumption of tea (P=0.007), and coffee (P=0.0001), Consuming sugar with tea (P=0.001), Organizing regular physical activity sessions (P=0.0001), and participating in weekly physical activity classes (P=0.0001), witnessing violence

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

among peers (P=0.0001), and sunlight exposure (P=0.0001) were significantly higher in boys. No significant gender differences were observed in Regular hand washing with soap over the past 30 days, tobacco use prevalence, being bullied, computer/internet use, or fast-food consumption (P>0.05).

Conclusion: Substantial public health threats are presented by Physical inactivity, unhealthy dietary habits, and exposure to violence, compounded by an alarming rise in tobacco consumption- particularly the upward trend in hookah use among girls. The consistency of these findings with national reports indicates that contemporary adolescents are experiencing a critical transition phase marked by the normalization of high-risk behaviors and shifting social norms. Consequently, health interventions must extend beyond traditional educational approaches to prioritize life skills and stress management. Preventive strategies should be tailored to address the distinct psychosocial needs of each gender**.** Furthermore, strengthening school-family partnerships is essential to reshape parental attitudes and enhance awareness of adolescent risk behaviors, while the continuous evaluation of these interventions through periodic assessments must be prioritized.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

مقاله پژوهشی

رفتارهای سلامتی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان یزد (۱۴۰۴-۱۴۰۳)

محسن میرزائی[۱]، عزت مبین[۲]✉، فاطمه زارع زاده[۲]، محبوبه شریفی[۲]، سیداحمدحسینی تبار[۳]، اعظم اکرمی[۴]، پریسا نشاطی[۴]، محمود وکیلی[۵]

[۱] مرکز تحقیقات پایش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
[۲]. کارشناس بهداشت عمومی، گروه سلامت نوجوانان، جوانان ومدارس مرکز بهداشت استان یزد، یزد، ایران
[۳]. کارشناس ارشد جغرافیای انسانی، رئیس اداره تندرستی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش استان یزد، یزد، ایران
[۴] کارشناس بهداشت محیط، کارشناس سلامت نوجوانان، جوانان ومدارس مرکز بهداشت شهرستان یزد، یزد، ایران
[۵].گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات پایش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

چکیده

مقدمه: نوجوانی با تغییرات سریع جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است. بروز بیماریهای غیرواگیر در بزرگسالی عمدتا ناشی از تداوم رفتارهای ناسالم از کودکی تا بزرگسالی است. هدف از مطالعه، شناسایی مهم‌ترین رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان یزد بود.

روش بررسی: دراین مطالعه مقطعی، رفتارهای سلامتی دانش‌آموزان ایرانی دبیرستانی شهرستان یزد(خودگزارش‌دهی) درسال تحصیلی۱۴۰۴-۱۴۰۳با استفاده از نسخه معتبر فارسی"پرسش‌نامه جهانی سلامت دانش‌آموزان" بررسی شد. نمونه گیری بصورت چند مرحله ای خوشه ای و طبقه بندی شده از مدارس با حجم نمونه ۱۲۵۰ نفر در هرجنس انجام گرفت. داده ها با نرم‌افزار SPSS 16 version و آزمون کای-اسکوئر آنالیز شدند.

نتایج: در این مطالعه ۲۳۴۷ دانش‌آموز (۵۳/۷٪ مرد) شرکت کردند. ۶۹٪ دانش‌آموزان حداقل یک بار در روز مسواک می‌زنند و ۸۴/۸٪ صبحانه مصرف می‌کنند. شیوع کلی مصرف هفتگی انواع فست‌فود ۴۶/۹٪ بود. فعالیت بدنی ۲۶/۴٪ پسران و ۱۰/۵٪ دختران کافی بود. ۳۳٪ دانش‌آموزان سابقه مصرف دخانیات داشتندکه قلیان (۲۴/۴٪) و سیگار (۸٪) بیشترین فراوانی مصرف داشته و ۳۹/۳٪ در معرض مواجهه غیرفعال با دود دخانیات قرارداشتند. در دختران مسواک‌زدن (P=۰/۰۰۰۱)، مواجهه با دود دخانیات (P=۰/۰۳۷)، زمان تماشا تلویزیون (P=۰/۰۱۵) وانجام تکالیف (P=۰/۰۰۰۱) و در پسران خوردن صبحانه (P=۰/۰۰۰۱)، فعالیت بدنی (P=۰/۰۰۰۱)، مصرف نوشیدنی گازدار (P=۰/۰۰۰۱) و سابقه مشاهده خشونت همسالان (P=۰/۰۰۰۱) بالاتر بود. تفاوت آماری معنی‌دار بین دو جنس در مصرف دخانیات، تجربه قلدری، زمان کار با رایانه/اینترنت و مصرف فست‌فود مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: شیوع رفتارهای پرخطر مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان بالاست و بنظر می‌رسد نوجوانان در مرحله عادی‌سازی برخی از این رفتارها و تغییر هنجارهای اجتماعی قرار دارند. تقویت پیوند مدرسه و خانواده به منظور تغییر نگرش والدین و ارتقای سطح آگاهی آنان، طراحی و اجرای مداخلات هدفمند مبتنی بر تفاوتهای جنسیتی با ارزیابی مستمر پیامدها از طریق مطالعات دوره ای ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت نوجوانان، رفتارهای سلامت، سبک زندگی، دانش‌آموزان دبیرستان، ایران

✉ **نویسنده مسئول:**
عزت مبین
کارشناس بهداشت عمومی، رئیس گروه سلامت نوجوانان ،جوانان ومدارس مرکز بهداشت استان یزد، یزد، ایران

پست الکترونیک:
e.mobin94@gmail.com.
تلفن: ۰۹۱۳۲۷۳۰۶۶۲ .
صندوق پستی: ۸۹۸۱۶۶۴۹۷۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۲/۷
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۶/۷.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۷.

ارجاع:
میرزائی محسن، مبین عزت، زارع زاده فاطمه، شریفی محبوبه، حسینی تبارسیداحمد، اکرمی اعظم، پریسا نشاطی، وکیلی محمود. رفتارهای سلامتی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان یزد (۱۴۰۴-۱۴۰۳). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۸): ۵۵۹-۱۰۵۴۲.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ ساله، با تشکیل حدود ۱۲/۵٪ جمعیت ایران (۱۶٪ جمعیت جهان)، قشری آسیب‌پذیر از جامعه محسوب می‌شوند (۱،۲). این دوره از زندگی با تغییرات سریع جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است که در کنار ویژگی‌های شخصیتی نظیر استقلال‌طلبی و لذت‌جویی، و هم‌چنین ارتباط با همسالان در اماکن عمومی مانند مدرسه، نوجوانان را در معرض انتخاب رفتارهای پرخطر قرار می‌دهد (۳،۴). علاوه بر این، الگوهای رفتاری و شدت بروز رفتارهای پرخطر در این گروه سنی با تفاوت‌هایی متمایز در پسران و دختران همراه بوده است. در ایران با توجه به ساختار جمعیتی و گذار از الگوهای سنتی به سبک زندگی مدرن، مدیریت سلامت در این گروه سنی به دلیل حساسیت‌های رفتاری و تفاوت‌های جنسیتی، از اهمیت ویژه‌ای برخورداراست. بیماری‌های مزمن غیرواگیرمانند بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها و دیابت گروهی از بیماری‌های قابل پیشگیری با عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی هستند که سهم قابل‌توجهی را در بارجهانی مرگ و ناتوانی (۱/۷۳ بیلیون سال ازدست رفته) مخصوصا درکشورهای با درآمد کم و متوسط به خود اختصاص می دهند (۵،۶). اگرچه بروز این بیماری‌ها عمدتاً در بزرگسالی علامت‌دار می‌شود، اما ریشه بسیاری از آن‌ها در تداوم رفتارهای ناسالم سبک زندگی است که از دوران کودکی و نوجوانی شروع و با ایجاد تغییرات فیزیولوژیک زودرس مانند اختلال در متابولیسم گلوکز یا تغییر در پروفایل لیپیدی خون و هم‌چنین تثبیت الگوهای رفتاری به‌عنوان عادات دیررس، زمینه‌ساز بروز زودتر بیماری‌ها در بزرگسالی می‌شوند (۷). در دوران نوجوانی، طیف گسترده‌ای از رفتارهای مرتبط با سلامت شکل می‌گیرد که می‌توانند به‌عنوان عوامل خطر یا عوامل محافظتی عمل کنند که الگوی بروز و پیامدهای آن‌ها در دختران و پسران بسته به عوامل فرهنگی و اجتماعی یکسان نیست. این تفاوت‌ها احتمالاً تحت تأثیر تفاوت در روند بلوغ، هویت‌یابی، نگرش به سلامت، الگوهای فراغت، میزان استقلال، فشار همسالان، انتظارات و نقش‌های جنسیتی و محدودیت های اجتماعی ایجاد می‌شوند (۱،۸،۹) تغذیه ناسالم، از جمله مصرف فست‌فود، تنقلات شور و نوشیدنی‌های شیرین، و رعایت‌نکردن توصیه انجام حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا شدید در روز (۱۰،۱۱)، می‌توانند خطر اضافه‌وزن، چاقی و اختلالات متابولیک را افزایش دهند (۱۲). هم‌چنین، استفاده طولانی‌مدت از تلویزیون، رایانه و فضای مجازی، با کاهش فعالیت بدنی همراه بوده و می‌تواند با ترویج سبک زندگی کم‌تحرک، سلامت جسمی و روانی و عملکرد تحصیلی نوجوانان را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۶-۱۳). مصرف دخانیات و مواد روان‌گردان در این گروه سنی، و روند افزایشی آن طی دهه‌های اخیر؛ ضمن قرار دادن آنان در موقعیت‌های خشونت‌آمیز، از طریق افزایش احتمال وابستگی و بروز پیامدهای نامطلوب قلبی‌عروقی، تنفسی و روانی، اهمیت ویژه‌ای دارد (۹،۱۷). قوانین و سیاست‌های محدودکننده، کنترل نادرست والدین، دانش محدود، عدم محرمانگی و سوگیری ارائه‌دهندگان خدمات، از جمله مواردی هستند که می‌توانند نوجوانان را از دریافت مراقبت‌های لازم بازدارند (۱۸). بنابراین، نوجوانی به‌عنوان یک «پنجره فرصت» برای اجرای مداخلات پیشگیرانه، مرحله‌ای مهم برای مدیریت عوامل خطر و جلوگیری از بروز بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود.

بررسی روند سلامت و سبک زندگی نوجوانان در سطوح بین‌المللی و منطقه‌ای، با بهره‌گیری از پرسش‌نامه "پیمایش جهانی سلامت دانش‌آموزان در مدارس" گویای وضعیت نگران‌کننده‌ای است. نتایج ۲۹۸ مطالعه در ۱۴۶ کشور نشان می‌دهد که ۸۱٪ از دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۷ ساله از نظر فعالیت بدنی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند (۱۹). در ۱۹ کشور منطقه مدیترانه شرقی، علاوه بر فعالیت بدنی ناکافی (بالای ۸۰٪)، شیوع بالای رفتارهای پرخطر نظیر تجربه قلدری (۴۵/۱٪) در میان نوجوانان گزارش شده است که بالاترین میزان در مقایسه با سایر مناطق سازمان جهانی بهداشت محسوب می‌شود (۲۰،۲۱). در همین راستا، یافته‌های پنجمین مطالعه کشوری کاسپین در ایران، ضمن اشاره به برخی رفتارهای تغذیه‌ای مطلوب، بر تداوم سبک زندگی ناسالم، از جمله مصرف بالای تنقلات (۲۷/۵٪)، نوشیدنی‌های گازدار (۲۵/۷٪) و فست‌فود (۱۵/۵٪) و فعالیت بدنی بسیار اندک (۱۳/۷٪) در میان دانش‌آموزان تأکید دارد (۲۲). تداوم این الگوهای رفتاری و سبک زندگی ناسالم در سطح گسترده، دستیابی به اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ را با تهدیدی جدی مواجه کرده است (۲۰). علی‌رغم بررسی جهانی سلامت دانش‌آموزان در مدارس را برای نظارت دوره‌ای بر شیوع رفتارهای مهم خطر سلامت و عوامل محافظتی در بین دانش‌آموزان توسط سازمان بهداشت جهانی و اقدام مشابه آن در ایران با عنوان «مطالعه نظارت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر دوران کودکی و نوجوانی»(۲۲)، هنوز ابعاد دقیق

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

الگوهای رفتاری در سطح منطقه ای بەویژه در خصوص تفاوت‌های جنسیتی در بروز این رفتارها به خوبی تبیین نشده است. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین الگوی رفتارهای پرخطر بهداشتی و بررسی تفاوت‌های جنسیتی در بروز آن‌ها در میان نوجوانان شهرستان یزد انجام شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند با شناسایی دقیق جمعیت‌های در معرض خطر، به مدیران سلامت و آموزش و پرورش کمک کند تا با شناسایی دقیق روندها و طراحی مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر واقعیت، سواد سلامت نوجوانان را افزایش داده و به اهداف توسعه پایدار کمک نمایند.

روش بررسی

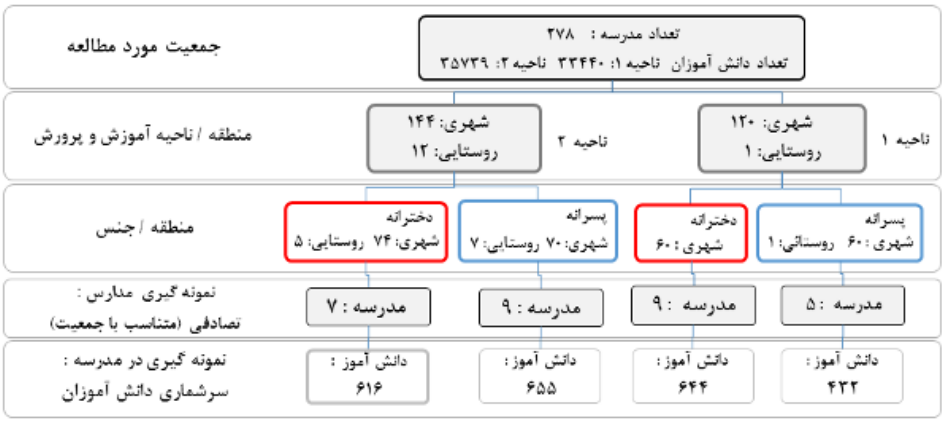
در این مطالعه توصیفی تحلیلی، در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳، دانش‌آموزان مقطع دبیرستان (دوره اول و دوره دوم) مناطق شهری و روستایی شاغل به تحصیل در شهرستان یزد (ایران) مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری مدارس به‌صورت چندمرحله‌ای با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و طبقه‌ای از هر دو ناحیه آموزش و پرورش به روش تصادفی انجام گردید. در نمونه‌گیری طبقه‌ای در هر ناحیه، تعداد مدارس منتخب بر حسب مقطع تحصیلی (دوره اول – دوره دوم) به شیوه متناسب با اندازه نسبت جنسی تا تکمیل حجم نمونه و با درنظر گرفتن نسبت دانش‌آموزان مدارس دولتی/غیرانتفاعی تعیین گردید. خوشه ها در سطح مدارس تعیین و اندازه هر خوشه (کلاس) ۲۵ نفر برآورد شد. با توجه به حجم نمونه با فرض فراوانی هرکدام از رفتارهای پرخطر حدود ۵۰ درصد با خطای ۳ درصد اطمینان ۹۵ درصد و ضریب خوشه ۱/۱۵با فرمول تعیین فراوانی به شرح ذیل تعداد نمونه لازم در هر جنس۱۲۵۰ نفر برآورد شد (جمعا ۲۵۰۰ نفر). چارچوب نمونه‌گیری لیست مدارس مقطع متوسطه در نواحی اموزش و پرورش شهر یزد به تفکیک جنسیت و نوع مدرسه (دولتی– غیرانتفاعی) بود که از اداره آموزش و پروش یزد اخذ گردید. در هر مدرسه منتخب کلاس پایه تحصیلی مورد مطالعه، به‌طور تصادفی انتخاب و تمام دانش‌آموزان آن کلاس/پایه وارد مطالعه شدند. همه دانش‌آموزان غیرایرانی شاغل به تحصیل در مدارس منتخب، از مطالعه حذف گردیدند. جمع‌آوری داده‌ها توسط کارشناسان بهداشت تحت نظارت محققان انجام شد. پس از کسب اجازه کتبی از سازمان آموزش و پرورش استان و ارائه تاییدیه، اهداف و روش کار به مدیران مدارس منتخب توضیح داده شد. با هماهنگی معلم کلاس توضیح کاملی از مطالعه و اهداف آن به دانش‌آموزان ارائه شد. از دانش‌آموزان خواسته شد بدون درج نام و با اطمینان کامل از محرمانه بودن پرسش‌نامه، نسبت به تکمیل همه سوالات پرسش‌نامه توزیع شده بدون حضور مسئولین مدرسه و صرفا با حضور پرسش‌گران آموزش‌دیده اقدام کنند. تکمیل پرسش‌نامه به‌صورت داوطلبانه و رعایت اصول اخلاق در پژوهش بوده و افراد با رضایت آگاهانه، پرسش‌گری شدند. به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که پاسخ‌ها صرفا جهت تجزیه و تحلیل های آماری مورد استفاده قرار خواهد گرفت. دانش‌آموزان مجاز بودند در صورت تمایل به برخی سوالات پاسخ ندهند و یا هر زمان خواستند از ادامه پاسخ به سوالات انصراف دهند.

پرسش‌نامه مورد استفاده، پرسش‌نامه مطالعه کاسپین-ترجمه فارسی پرسش‌نامه GSHS (school-based Student Global Health Survey) سازمان جهانی بهداشت که روایی و پایایی آن به تایید رسیده است، بوده است (۲۲). اطلاعات دموگرافیک دانش‌آموز و تحصیلات والدین، محل تحصیل همراه با سوالاتی در مورد برخی عادات تغذیه‌ای، عادات بهداشت فردی، فعالیت بدنی، اوقات فراغت، خشونت و قلدری، قرار گرفتن در معرض دود دخانیات، استعمال دخانیات، وضعیت سلامت درک شده، الگوی خواب، و میزان مواجهه با نور خورشید از جمله مواردی است که توسط دانش‌آموزان به‌صورت خوداظهاری تکمیل گردیده است. وضعیت سلامت کلی به‌صورت خوداظهاری، رضایت از زندگی و روابط با نزدیکان و درمیان گذاشتن مشکلات با آنان، همراه با سوالاتی درمورد برخی علایم ناخوشی وسلامت روان نوجوانان با سوالات چندگزینه‌ای درمقیاس لیکرت مورد بررسی قرار گرفت.

تعاریف: بهداشت فردی: دفعات مسواک‌زدن در روز/هفته، دفعات شستشوی دست‌ها پس از استفاده از توالت و یا قبل از غذاخوردن با/بدون صابون در مدرسه سوال شد. مسواک‌زدن یک بار در روز و یا بیشتر به‌عنوان رفتار سلامتی و سایر گزینه‌ها به‌عنوان رفتارهای مسواک زدن غیر روزانه در نظر گرفته شد. برای شستن دست‌ها، گزینه"همیشه" در گروه رفتار مناسب و سایر پاسخ‌ها در گروه نامناسب طبقه‌بندی شدند (۲۳). فعالیت بدنی: ارزیابی فعالیت بدنی با "فراوانی هفتگی فعالیت بدنی در اوقات فراغت خارج از مدرسه در طول هفته گذشته" انجام شد. داشتن فعالیت بدنی کافی به‌عنوان حداقل ۳۰ دقیقه ورزش در

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

روز تعریف شد که منجر به تعریق و افزایش زیاد تنفس یا ضربان قلب شود. فعالیت بدنی کمتر از ۳۰ دقیقه در روز هم به‌عنوان کم طبقه‌بندی شد. تشکیل کلاس‌های مستمر تربیت بدنی در مدرسه و میزان حضور دانش‌آموزان در این کلاس سوال شد (۲۲).



شکل ۱ : نمودار فرایند نمونه گیری مطالعه

فعالیت‌های کم‌تحرک در اوقات فراغت: زمان بی‌تحرکی به‌عنوان زمان بیداری در حالت نشسته، دراز کشیده یا لم دادن در مقابل صفحه نمایش (تلویزیون، بازی‌های ویدیویی، استفاده از کامپیوتر) یا انجام تکالیف درنظر گرفته می‌شود که با مصرف انرژی کمتر از ۱/۵ معادل متابولیک مشخص می‌شود. کل زمان تجمعی صرف شده محاسبه و افراد در دو دسته کم (کمتر از ۲ ساعت در روز) و زیاد (بیشتر از ۲ ساعت در روز) طبقه‌بندی شدند (۲۲). مصرف دخانیات: امتحان کردن هر نوع فرآورده دخانی به‌عنوان سابقه سیگاری بودن و ادامه دادن به مصرف مواد دخانی در زمان مطالعه به‌عنوان سیگاری فعلی درنظر گرفته شد. دانش‌آموزانی که در معرض دود سیگار و یا قلیان کشیدن اعضای خانواده قرار داشتند، در گروه مواجهه با دود دخانیات طبقه‌بندی شدند (۲۴،۲۵). عادات غذایی: مصرف غذای اصلی شامل صبحانه، ناهار و شام بر حسب تعداد روز در هفته و هم‌چنین مصرف میان وعده‌های ناسالم با محتوای بالای قند، نمک، چربی‌های اشباع و چربی‌های ترانس و محتوای کم مواد مغذی شامل گروه‌های فست فودها، نوشیدنی‌های شیرین، تنقلات شور و شیرینی‌ها با گزینه های روزانه، هفتگی، بندرت و هرگز سوال شد. میزان مصرف چای همراه با قند/ شکر و قهوه نیز بررسی شد. فراوانی وعده‌های اصلی (صبحانه، ناهار و شام) به دو گروه تقسیم شد: افرادی‌که وعده‌های اصلی را نمی‌خورند (۰ تا ۲ روز در هفته) و افرادی‌که مصرف وعده های اصلی را در برنامه غذایی خود دارند (۳ تا ۷ روز در هفته) (۲۶). درگیری فیزیکی و قلدری: سابقه مشاهده دعوای بین دوستان در ۱۲ ماه گذشته و سابقه قرارگرفتن در معرض قلدری در ۳ ماه گذشته همراه با مشاهده دعوای فیزیکی و قلدری توسط دانش‌آموزان پرسشگری شد. حداقل یک بار دعوای فیزیکی و یا یک بار مورد قلدری قرار گرفتن به‌عنوان وجود رفتار خشونت‌آمیز طبقه‌بندی شد (۲۷). مواجهه با نور خورشید: برای ارزیابی میزان مواجهه با نورخورشید درخصوص قسمت‌هایی از بدن که در معرض نور خورشید قرار داشتند، زمان قرار گرفتن در معرض نور خورشید در بیرون از خانه و استفاده از کرم‌های ضد آفتاب در روزهای هفته و تعطیلات رسمی پرسیده شد. قرار گرفتن در معرض آفتاب به‌عنوان گذراندن ≤ ۳۰ دقیقه در فضای باز در آخر هفته‌ها و روزهای هفته تعریف شد (۲۸،۲۹).

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های پالایش شده پرسش‌نامه، با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 آنالیز شدند. داده‌ها برای متغیرهای پیوسته به‌صورت میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای دسته‌بندی به‌صورت تعداد (درصد) بیان شده‌اند. ارتباط بین متغیرهای کیفی با آزمون کای-اسکوئر ارزیابی شد. در تمام موارد سطح معنی‌داری کمتراز ۰/۰۵درنظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه، ۲۳۴۷ دانش‌آموز پرسش‌نامه را تکمیل کردند. دانش‌آموزان شامل ۱۰۸۷ (۴۶/۳٪) دختر و ۱۲۶۰ (۵۳/۷٪) پسر بودند؛ ۹۲/۹٪ از دانش‌آموزان از مناطق شهری و ۷/۱٪ از مناطق

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

روستایی بودند. از ۲۱۹۲ نفری که سن خود را اعلام کرده اند، میانگین سنی (انحراف‌معیار) دانش‌آموزان ۱/۷۳± ۱۵سال بود. در مجموع، ۳/۵٪ از پدران و ۳/۴٪ از مادران دانش‌آموزان بی‌سواد بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه شامل توزیع جنسی، پایه تحصیلی و منطقه تحصیلی، نوع مدرسه و تحصیلات والدین در (جدول ۱) ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه بررسی رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان یزدی در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۳ (کل نمونه: ۲۳۴۷)

متغیر		تعداد	درصد
جنس	پسر	۱۰۸۷	۴۶/۳
	دختر	۱۲۶۰	۵۳/۷
منطقه	شهری	۲۱۸۱	۹۲/۹
	روستائی	۱۶۶	۷/۱
نوع مدرسه	دولتی	۲۰۴۵	۸۷/۱
	غیردولتی	۳۰۲	۱۲/۹
ناحیه آموزش و پرورش	یک	۱۰۷۶	۴۵/۸
	دو	۱۲۷۱	۵۴/۲
نوع مدرسه	دبیرستان	۱۸۵۵	۷۹
	هنرستان	۲۸۱	۱۲
	کار دانش	۱۲۰	۵/۱
	معارف	۹۱	۳/۹
پایه تحصیلی	هفتم	۴۳۱	۱۸/۴
	هشتم	۳۸۱	۱۶/۲
	نهم	۳۷۵	۱۶
	دهم	۴۲۷	۱۸/۲
	یازدهم	۳۸۵	۱۶/۴
	دوازدهم	۳۴۸	۱۴/۸
تحصیلات مادر تعداد کل پاسخ: ۲۲۲۳ (۹۵/۱٪)	بیسواد	۷۵	۳/۴
	زیر دیپلم	۵۸۸	۲۶/۳
	دیپلم	۸۷۴	۳۹/۱
	فوق دیپلم	۱۹۷	۸/۸
	لیسانس	۳۶۰	۱۶/۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۳۹	۶/۲
تحصیلات پدر تعداد کل پاسخ: ۲۲۲۵ (۹۴/۸٪)	بیسواد	۷۷	۳/۵
	زیر دیپلم	۶۴۲	۲۸/۹
	دیپلم	۸۱۱	۳۶/۴
	فوق دیپلم	۲۱۳	۹/۶
	لیسانس	۲۸۹	۱۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۹۳	۸/۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

بهداشت دهان و دست: روزانه ۴۵/۹٪ از دانش‌آموزان یک بار مسواک زده و ۲۳/۱٪ بیش از یک بار مسواک می‌زدند؛ هم‌چنین عدم مسواک زدن در دختران ۳/۴٪ درصد و در پسران ۱۰/۲٪ گزارش شد. به‌طور معناداری رعایت بهداشت دهان در دختران بهتر از پسران بود (P=۰/۰۰۰۱). در بهداشت دست، هرچند ۲/۴٪ دانش‌آموزان در مدرسه پس از توالت، اقدام به شستن دست های خود نمی کنند ولی ۱۷/۱٪ اظهار داشته‌اند که دست‌های خود را قبل از خوردن غذا نمی‌شستند. هم‌چنین ۶۸/۳٪ دانش‌آموزان در یک ماه گذشته به‌طور منظم دست‌های خود را با صابون نشسته‌اند؛ که فراوانی شستن دست‌ها در ۳۰ روز گذشته، تفاوت معناداری بین دختران و پسران نداشت (P>۰/۰۵).

عادات غذایی: میانگین دفعات مصرف صبحانه، نهار و شام در هفته به ترتیب ۵/۰۲±۲/۱۱، ۶/۱۳±۱/۵۴ و ۵/۸۸±۱/۸۱ روز بود که در پسران به‌طور معنی‌داری بیشتر از دختران مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱). هم‌چنین، عدم مصرف صبحانه در روزهای غیرتعطیل ۸/۸ ٪ و در تعطیلات ۳۲/۶ ٪ بود که این عادت ناسالم در دختران (۱۰/۸٪ روزهای عادی و۴۰/۲٪ تعطیلات) به‌طور معنی‌داری شایع‌تر از پسران بود (P=۰/۰۰۰۱). مصرف روزانه تنقلات شیرین، شور و غذاهای آماده به ترتیب ۲۳/۷٪، ۷/۹ ٪و ۸/۶ ٪ گزارش شد. ۱۵٪ نوجوانان یزدی روزانه نوشابه گاز دار (۳۳/۷ ٪ هفتگی) مصرف کرده که مصرف آن در پسران (۱۶/۲٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از دختران بوده است (P=۰/۰۰۰۱). ۵۱/۴ ٪ دانش‌آموزان مصرف روزانه چای (۵۴/۶ ٪ پسران) و ۱۰/۷٪ قهوه (۱۴/۸٪ پسران) داشته‌اند که هر دو، در پسران با اختلاف معنی‌دار آماری (چای:P=۰/۰۰۷ ، قهوه : P=۰/۰۰۰۱) بیشتر از دختران بوده است است. علاوه بر این، ۳۷/۹٪ از دانش‌آموزان روزانه همراه با چای از قند مصرف می‌کردند که این میزان در پسران (۴۱/۵٪) به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (P=۰/۰۰۱).

فعالیت بدنی: میزان تشکیل کلاس‌های ورزش منظم در مدرسه پسران (۶۷/۱٪) به‌طورمعنی‌داری بیشتر از دختران (۴۵/۸٪) بود (P=۰/۰۰۰۱). هم‌چنین، عدم شرکت در کلاس‌های ورزشی هفتگی در دختران (۲۸/۵ ٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران (۱۶/۱٪) گزارش شد (P=۰/۰۰۰۱). در زمینه فعالیت بدنی مداوم (۳۰ تا ۶۰ دقیقه، حداقل ۵ روز در هفته که منجر به تعریق شود)، پسران با میانگین ۲/۴±۳/۸ روز در هفته به‌طور معنی‌داری فعالیت بیشتری نسبت به دختران با میانگین۲/۲±۲/۴ روز در هفته داشتند. در نهایت، ۱۶/۳ ٪ دانش‌آموزان هیچ‌گونه فعالیت بدنی در هفته گذشته نداشته و ۱۷/۸ ٪ در تمام روزهای هفته فعال بودند.

تحرک بدنی در اوقات فراغت: حدود ۲۱٪ از دانش‌آموزان در روزهای هفته و ۱۵/۵٪ در روزهای تعطیل، اوقات فراغت خود را صرف تماشای تلویزیون نمی‌کنند؛ با این‌حال، دختران به‌طور معنی‌داری زمان بیشتری را در هفته به تماشای تلویزیون اختصاص می‌دهند (P=۰/۰۱۵). میزان عدم استفاده از رایانه، تبلت یا اینترنت در اوقات فراغت به‌ترتیب۹/۲٪ در روزهای هفته و ۵/۵٪ در روزهای تعطیل گزارش شد. ازنظر استفاده روزانه (دو ساعت و بیشتر)، تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران مشاهده نشد (P=۰/۸۲۸). هم‌چنین، حدود۴۰٪ از دانش‌آموزان در هر دو نوع روز (هفته و تعطیل)، ۳ ساعت یا بیشتر را به انجام تکالیف اختصاص می‌دادند که میزان زمان صرف شده برای تکالیف در دختران و پسران تفاوت معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۰۱).

مواجهه با نور خورشید: میزان مواجهه بیش از ۳۰ دقیقه پسران با نورخورشید در مقایسه با دختران در روزهای عادی هفته به‌طور معنی‌داری بیشتر می‌باشد (۶۱٪ در برابر ۳۴/۲ ٪). در روزهای تعطیل نیز این تفاوت وجود دارد (P=۰/۰۰۰۱). در ۶۷/۴٪ دختران صرفا دست‌ها و صورت در مواجهه می‌باشند در صورتیکه در ۴۸/۳٪ پسران اندام‌ها (پاها و بازوها) در مواجهه با نور خورشید می‌باشند.

(جدول ۲) فراوانی مهم‌ترین رفتارهای مرتبط با سلامتی را در دانش‌آموزان یزدی نشان می‌دهد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

جدول ۲ : مقایسه رفتارهای مرتبط با سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان یزد در حیطه‌های مختلف به تفکیک جنسیت (۱۴۰۴–۱۴۰۳)

	رفتار مرتبط با سلامتی	تعداد کل (٪)	کل (٪)	جنس		P *
				پسر (٪)	دختر (٪)	
بهداشت فردی	مسواک زدن (یک‌بار در روز و بیشتر)	۲۲۳۱ (۹۹/۳)	۱۶۰۸ (۶۹)	۶۳۳ (۵۸/۴)	۹۷۵ (۷۸/۱)	۰/۰۰۰۱
	شستن دستها (همیشه بعد از توالت - ۳۰ روز گذشته)	۱۶۴۳ (۷۰)	۱۴۵۷(۸۸/۷)	۶۵۳ (۸۷/۹)	۸۰۴ (۸۹/۳)	۰/۳۹۹
	شستن دست‌ها (همیشه قبل غذا درمدرسه-۳۰	۲۳۱۳ (۹۸/۶)	۹۵۵ (۴۰/۷)	۴۴۴ (۴۱/۵)	۵۱۱ (۴۱/۱)	۰/۸۵۷
	شستن دست‌ها باصابون (همیشه درمدرسه-۳۰	۲۳۱۹ (۹۸/۸)	۷۳۶ (۳۱/۷)	۳۴۴ (۳۲/۱)	۳۹۲ (۳۱/۴)	۰/۷۲۷
عادات غذایی	خوردن صبحانه (۳ روز در هفته و بیشتر)	۲۳۱۶ (۹۸/۷)	۱۹۶۵ (۸۴/۸)	۹۸۴ (۸۸/۷)	۱۰۱۷ (۸۱/۶)	۰/۰۰۰۱
	خوردن نهار (۳ روز در هفته و بیشتر)	۲۳۳۴ (۹۹/۴)	۲۱۹۷ (۹۴/۱)	۱۰۲۳ (۹۴/۵)	۱۱۷۴ (۹۳/۸)	۰/۴۷۹
	خوردن شام (۳ روز در هفته و بیشتر)	۲۳۰۲ (۹۸/۱)	۲۱۴۹ (۹۳/۴)	۱۰۰۴ (۹۴/۶)	۱۱۴۵ (۹۲/۳)	۰/۰۲۳
	خوردن فست‌فود (روزانه/هفتگی)	۲۳۲۴ (۹۹)	۱۰۹۰ (۴۶/۹)	۵۱۲ (۴۷/۷)	۵۷۸ (۴۶/۲)	۰/۴۹۲
	خوردن انواع نوشیدنی گازدار/شیرین (روزانه/هفتگی)	۲۳۳۸ (۹۹/۶)	۱۳۷۴(۵۸/۸)	۶۸۹ (۶۳/۸)	۶۸۵ (۵۴/۵)	۰/۰۰۰۱
	خوردن تنقلات شور (روزانه/هفتگی)	۲۳۲۸ (۹۹/۲)	۱۰۴۷ (۴۵)	۴۴۲ (۴۱)	۶۰۵ (۴۸/۴)	۰/۰۰۰۱
	خوردن شیرینی‌ها (روزانه/هفتگی)	۲۳۴۳ (۹۹/۸)	۱۴۸۷(۶۳/۵)	۶۷۳ (۶۲/۱)	۸۱۴ (۶۴/۶)	۰/۲۳۴
فعالیت بدنی	فعالیت بدنی به مدت ۳۰ دقیقه هر روز	۲۳۲۸ (۹۹/۲)	۴۸۱ (۲۰/۷)	۳۲۴ (۳۰)	۱۵۷ (۱۲/۵)	۰/۰۰۰۱
	تحرک بدنی مداوم با عرق کردن (۳۰ تا ۶۰ دقیقه هر	۲۳۲۵ (۹۹/۱)	۴۱۵ (۱۷/۸)	۲۸۳ (۲۶/۴)	۱۳۲ (۱۰/۵)	۰/۰۰۰۱
	تشکیل مرتب کلاس ورزش در مدرسه	۲۳۲۰ (۹۸/۸)	۱۲۹۰ (۵۵/۶)	۷۱۷ (۶۷/۱)	۵۷۳ (۴۵/۸)	۰/۰۰۰۱
	بی تحرکی در اوقات فراغت روزهای عادی (<۲ ساعت در روز) تماشای هرنوع برنامه برابر تلویزیون	۲۳۱۰ (۹۸/۴)	۶۳۵ (۲۷/۵)	۲۶۷ (۲۵)	۳۶۸ (۲۹/۶)	۰/۰۱۵
	بی تحرکی در اوقات فراغت روزهای عادی (<۲ ساعت در روز) انجام تکالیف مدرسه	۲۳۰۵ (۹۸/۲)	۹۰۳ (۳۹/۲)	۳۴۵ (۳۲/۶)	۵۵۸ (۴۴/۸)	۰/۰۰۰۱
	بی تحرکی در اوقات فراغت روزهای عادی (<۲ ساعت در روز) بازی با رایانه/موبایل، گپ وجستجو دراینترنت	۲۳۱۲ (۹۸/۵)	۹۸۲ (۴۲/۵)	۴۴۹ (۴۲/۲)	۵۳۳ (۴۲/۷)	۰/۸۲۸
رفتار تهاجمی	سابقه مشاهده خشونت بین دوستان درمدرسه (حداقل یک‌بار در۱۲ ماه)	۲۳۲۱ (۹۸/۹)	۱۳۸۵(۵۹/۷)	۷۴۸ (۶۹/۸)	۶۳۷ (۵۱)	۰/۰۰۰۱
	سابقه مورد زورگویی قرارگرفتن در مدرسه (حداقل یکبار در۳ ماه)	۲۲۶۸ (۹۶/۶)	۷۰۹ (۳۱/۳)	۳۴۲ (۳۲/۹)	۳۶۷ (۲۹/۹)	۰/۱۳۶
مواجهه با مواد دخانی	سابقه مصرف تاکنون	۲۲۸۱ (۹۷/۲)	۷۵۲ (۳۳)	۳۲۵ (۳۱/۶)	۴۲۷ (۳۴/۱)	۰/۲۱۹
	مصرف هم‌اکنون	۲۳۴۷ (۱۰۰)	۴۰۸ (۱۷/۴)	۱۷۰ (۱۵/۶)	۲۳۸ (۱۸/۹)	۰/۰۴۴
	در معرض دود سیگار و/یا قلیان در خانواده	۲۳۰۳ (۹۸/۱)	۱۳۹۸ (۶۰/۷)	۶۲۱ (۵۸/۴)	۷۷۷ (۶۲/۷)	۰/۰۳۷
	داشتن دوستی که مواد دخانی مصرف می‌کند	۲۱۵۵ (۹۱/۸)	۱۰۶۲ (۴۹/۳)	۵۴۵ (۵۵/۶)	۵۱۷ (۴۴)	۰/۰۰۰۱
مواجهه با نور خورشید	مدت زمان بیرون از خانه در فضای باز (> ۳۰ دقیقه)	۲۲۹۰ (۹۷/۶)	۱۰۶۱ (۴۶/۳)	۶۳۴ (۶۱)	۴۲۷ (۳۴/۲)	۰/۰۰۰۱
	مواجهه فقط دست‌ها و صورت	۲۲۶۹ (۹۶/۷)	۱۳۶۸ (۶۰/۳)	۵۳۱ (۵۱/۷)	۸۳۷ (۶۷/۴)	۰/۰۰۰۱
	استفاده ازکرم ضدآفتاب در روزهای آفتابی (همیشه)	۲۲۹۹ (۹۸)	۱۸۸۵ (۸۲)	۱۰۰۳ (۹۵/۸)	۸۸۲ (۷۰/۴)	۰/۰۰۰۱

* Chi-square test (سطح معنی‌دار کمتراز ۰/۰۵در نظر گرفته شد)

** از کل دانش‌آموزان ۲۷/۴٪ اظهار داشته‌اند که در مدرسه از توالت استفاده نمی‌کنند

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

رفتار تهاجمی (درگیری فیزیکی/قلدری): در ۱۲ ماه گذشته، ۵۹/۷ ٪ از دانش‌آموزان حداقل یک‌بار شاهد درگیری فیزیکی (زدوخورد) میان دوستان خود بوده‌اند. هم‌چنین، ۱۸/۱٪ ازدانش‌آموزان اظهار داشتند که دوستانشان در یک ماه گذشته وسیله‌ای برای حمله یا دفاع همراه داشته‌اند، که این میزان در پسران(۲۸/۰٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از دختران (۱۰/۰٪) بود. در بررسی قلدری در سه ماه گذشته، ۳۱/۳٪ از دانش‌آموزان تجربه مورد قلدری قرار گرفتن را گزارش کردند، در حالی‌که۵۹٪ از آن‌ها نیز شاهد وقوع قلدری میان سایر دانش‌آموزان در محیط مدرسه بوده‌اند.

استعمال دخانیات: طبق یافته‌ها، ۳۳٪ از پاسخ‌دهندگان (۷۵۲ نفر) علی‌رغم آگاهی از مضرات سلامتی، سابقه مصرف مواد دخانی (سیگار و قلیان) داشته‌اند که این میزان از نظر جنسیتی تفاوت معنی‌داری نداشت. بااین‌حال، میانگین سن اولین مصرف در پسران (۱۲/۶) به‌طور معنی‌داری کمتر از دختران (۱۳/۲) بود (P=۰/۰۱۷). در میان کل دانش‌آموزان، قلیان (۲۴/۴٪)، سیگار (۸٪) و سایر مواد (۴٪) بیشترین میزان شیوع را داشتند؛ که میزان سابقه مصرف قلیان در دختران (۲۷/۵٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران (۲۰/۵٪) بود (P=۰/۰۰۰۱). از نظر مصرف فعلی، ۱۷/۴٪ از دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد دخانی هستند. هم‌چنین، ۴۵/۲٪ از دانش‌آموزان با دوستانی معاشرت دارند که مصرف‌کننده مواد دخانی هستند که در این میان، قلیان شایع‌ترین ماده مصرفی توسط دوستان بود (۶۴/۵٪). در سطح خانواده، ۴۹/۷٪ شاهد مصرف قلیان و ۳۸/۱٪ شاهد مصرف سیگار هستند که منجر به مواجهه ۳۹/۳٪ از نوجوانان با دود دخانیات شده است. در بررسی وضعیت والدین، میزان مصرف سیگار و قلیان توسط پدران به‌ترتیب ۱۶/۱٪ و ۲۰/۲٪ و توسط مادران به‌ترتیب ۶/۹٪ و ۱/۱٪ گزارش شد.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای رفتارهای پرخطر در میان دانش‌آموزان دبیرستانی است که بر ضرورت مداخلات فوری تأکید دارد. به‌ویژه، کم‌تحرکی (به‌ویژه در دختران)، الگوهای غذایی نامناسب و شیوع بالای مصرف قلیان، چالش‌های سلامت را در این منطقه برجسته می‌کند. تفاوت‌های جنسیتی مشاهده‌شده، ضرورت طراحی راهبردهای ترویج سلامت مبتنی بر جنسیت در محیط‌های آموزشی را نشان می‌دهد. در این مطالعه، ۱۳/۷٪ از دانش‌آموزان گزارش کردند که کمتر از یک‌بار در هفته مسواک می‌زنند که با نتایج مطالعات کشوری (۳۰) و سایرکشورهای با درآمد کم تا متوسط هم‌سویی دارد (۳۱). این وضعیت احتمالاً ناشی از تمرکز بیش از حد برنامه‌های پیشگیرانه نظام سلامت بر مدارس ابتدایی و غفلت از تداوم این آموزش‌ها در مقطع متوسطه است. لازم است برنامه‌های آموزشی و غربالگری سلامت دهان و دندان به‌طور اختصاصی برای دبیرستان‌ها نیز طراحی و اجرا شود تا خلأ آموزشی موجود در این دوره سنی برطرف شود. یافته‌های ما نشان می‌دهد رعایت بهداشت دست در نوجوانان یزدی نسبت به میانگین جهانی (۳۰/۳ ٪ در ۹۲ کشور طی یک بازه ۱۴ ساله) و سایر مناطق ایران در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد (۳۱). با این حال، با وجود تجربیات دوران پاندمی کووید-۱۹، هنوز بخش قابل‌توجهی از دانش‌آموزان استانداردهای شستشوی دست با صابون پیش از غذا را رعایت نمی‌کنند. تفاوت در شاخص‌های رعایت بهداشت فردی می تواند ناشی از متغیرهای اقتصادی-اجتماعی و سطح سواد سلامت خانوار باشد (۲۳،۳۱). ارتقای این رفتار، نیاز به تمرکز بر آموزش‌های عملی و ترویج فرهنگ استفاده از صابون در مدارس، به‌ویژه درمحیط‌های غذاخوری، داردتا رفتارهای بهداشتی آموخته‌شده به عادت پایدارتبدیل شود. در مطالعه حاضر، ۸۴/۸٪ از نوجوانان یزدی اکثر روزهای هفته را با مصرف صبحانه سپری می‌کنند. این میزان که از میانگین‌های گزارش‌شده در کشورهای اروپایی، آسیای مرکزی و کانادا (۴۵ تا۸۰ درصد) بالاتر است (۳۲)، نشان‌دهنده سطح مطلوب پذیرش این وعده در جامعه مورد مطالعه است. با این حال، تفاوت جنسیتی در این زمینه مشهود است؛ به‌طوری که پسران نسبت به دختران، اهمیت بیشتری برای مصرف صبحانه قائل هستند (۲۸،۳۳،۳۴). این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل روان‌شناختی-اجتماعی نظیر تمرکز بیشتر دختران بر تصویر بدن در صبح و هم‌چنین مدیریت وزن باشد. بر این اساس، لازم است مداخلات آموزشی در مدارس، به‌ویژه برای دختران، بر پیوند میان مصرف صبحانه و عملکرد شناختی و سلامت جسمی تأکید ورزند. شیوع مصرف هفتگی فست‌فود در این مطالعه (۴۶/۲٪) با یافته‌های کشورهای با درآمد کم تا متوسط همسو است، اما با اختلاف قابل‌توجهی نسبت به کشورهای غربی (بیش از ۷۰٪) تفاوت دارد (۲۸،۳۵). نکته حائز اهمیت، مشاهده روند افزایشی در مصرف تنقلات (شیرین، شور و نوشیدنی‌های گازدار) نسبت به مطالعه قبلی کشوری است که در برخی موارد، میزان مصرف به دو برابر افزایش یافته است (۳۰).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

این تغییر الگو که نشان‌دهنده گذار از غذاهای سنتی به غذاهای غربی و ناسالم است (۳۶)، می‌تواند بیشتر متاثر از دو عامل تغییر در فرهنگ غذایی خانواده‌ها (که تمایل بیشتری به مصرف غذاهای فرآوری‌شده در سبد غذایی خانوار پیدا کرده‌اند) و سهولت دسترسی به تنقلات و غذاهای آماده باشد. بنابراین، برای مقابله با این روند، لازم است مداخلات سلامت نه‌تنها بر محدودسازی عرضه در مدارس، بلکه بر برنامه‌های آموزش سلامت خانواده با هدف بازگرداندن عادات غذایی سنتی و سالم به سفره‌های خانوادگی تمرکز کنند. چای، نوشابه و قهوه به ترتیب محبوب‌ترین نوشیدنی‌ها میان نوجوانان یزدی هستند، در حالی که الگوی مصرف چای در هر دو جنس تحت تأثیر فرهنگ سنتی خانواده‌های ایرانی است ولی پسران تمایل بیشتری به مصرف نوشیدنی‌های پرکافئین و قندی (مانند قهوه و نوشابه) دارند (۳۷). افزایش مصرف روزانه قهوه در مقایسه با مطالعات پیشین، زنگ خطری جدی محسوب می‌شود، زیرا مصرف منظم و عادتی کافئین می‌تواند پیامدهای نامطلوبی بر سلامت خواب داشته و با افزایش ریسک رفتارهای پرخطر دیگر در گروه‌های همسالان (مانند مصرف مواد محرک دیگر در دورهمی‌های دوستانه) شناخته می‌شود (۳۸). این تغییر الگوی مصرفی، زنگ خطری برای سلامت عمومی محسوب شده و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و مسئولان نظام آموزشی باید با رویکردی جامع، بر پیشگیری از عادی‌سازی مصرف مواد محرک و مدیریت رفتارهای اجتماعی نوجوانان در مواجهه با فشارهای همسالان تمرکز کنند. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که مقدار فعالیت بدنی میان نوجوانان به‌طور نگران‌کننده‌ای پایین است؛ به‌طوری‌که تنها ۲۶ ٪ از پسران و ۱۰/۵٪ از دختران حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا شدید روزانه (طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت) داشته اند (۳۹). این کم‌تحرکی که با روندهای جهانی در کشورهای در حال توسعه هم‌سو است (۴۰،۴۱)، ریشه‌های متعددی از جمله شهرنشینی، آپارتمان‌نشینی و جایگزینی فعالیت‌های فیزیکی با سرگرمی‌های دیجیتال دارد. اما این مشکل تنها به سبک زندگی شخصی محدود نمی‌شود، بلکه با چالش‌های ساختاری نظام آموزشی نیز مرتبط است. برخلاف ضرورت‌های سلامت عمومی، توجه به تربیت‌بدنی در مقطع دبیرستان به نفع فعالیت‌های آموزشی و آمادگی برای کنکور، کمرنگ شده است، ساختار فرهنگی اجتماعی جامعه و کمبود باشگاه‌های ورزشی و فضای سبز، نیز باعث شد که این مشکل در دختران شایع‌تر باشد. با گسترش فناوری‌های ارتباطی، استفاده از رسانه‌های دیجیتال به فعالیت اصلی در اوقات فراغت نوجوانان تبدیل شده و با همه‌گیری کووید-۱۹ و تعطیلات مکرر مناسبتی مدارس سبب ترویج آموزش‌های غیرحضوری و تشدید آن شده است. در مطالعه حاضر، دختران در مقایسه با پسران، فعالیت‌های کم‌تحرک بیشتری را در اوقات فراغت تجربه می‌کنند. اگرچه یافته‌های پیشین در مورد تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه متناقض است و برخی مطالعات میزان فعالیت کم‌تحرک را در پسران بالاتر گزارش کرده‌اند (۴۴-۴۲)، می‌توان این شکاف جنسیتی را به عواملی نظیر تمایل بیشتر دختران به مطالعه، کنترل‌های خانوادگی بیشتر بر دختران و محدودیت‌های اجتماعی در دسترسی آنان به فضاهای تفریحیِ فعال نسبت داد (۴۵). با توجه به پیامدهای بالقوه این سبک زندگی نظیر اختلالات خواب، مشکلات رفتاری، عملکرد تحصیلی پایین و افزایش چاقی، شناسایی عوامل مولد این رفتارها برای مداخلات اصلاحی ضروری است (۴۶). کاهش تحرک، در ترددهای روزانه نیز دیده می شود. با وجود افزایش اندک در تردد با دوچرخه (۷/۷ ٪)، انتخاب خودرو شخصی و سرویس مدارس برای رفتن به مدرسه در یزد با ۶۱٪، کمی بیشتر از شاخص‌های کشوری (۵۸/۱ ٪) است (۳۰). این وابستگی ، می تواند محصول ترکیبی از نگرانی والدین از امنیت مسیرها و تفاوت در کیفیت آموزشی (که منجر به انتخاب مدارس دورتر از محل سکونت شده است) باشد و به‌طور غیرمستقیم، دانش‌آموزان را از پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری بازدارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نیاز به یک رویکرد جامع هست که از احیای جایگاه تربیت‌بدنی در مدارس شروع شده، با ترویج فعالیت‌های خانگی و محله‌محور به ویژه برای دختران ادامه یابد و در ادامه بتواند به سمت بهبود امنیت مسیرها و کاهش نیاز به تردد با وسایل نقلیه با فراهم نمودن برابری آموزشی و دسترسی به مدارسِ باکیفیت حرکت کند. الگوهای رفتاری نوجوانان نشان می‌دهد که قلدری و خشونت، نگرانی‌های جدی برای سلامت عمومی هستند که می‌توانند رشد روانی و پیشرفت تحصیلی نوجوانان را مختل کنند. یافته‌های ما حاکی از آن است که بیش از نیمی از دانش‌آموزان در ۱۲ ماه گذشته، شاهد حداقل یک مورد درگیری فیزیکی بین دوستان خود بوده‌اند؛ این نرخ که با سایر مطالعات ملی (۲۷،۴۷) وگزارش‌های منطقه‌ای (۴۸،۴۹) هم‌خوانی دارد، نشان‌دهنده شیوع بالای رفتارهای خشونت‌آمیز در سطح نوجوانان است.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

به‌طور خاص، یک نفر از هر سه دانش‌آموز در ماه گذشته قربانی قلدری بوده و بیش از نیمی از آنان شاهد قلدری همکلاسان بوده‌اند؛ آماری که در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط و بالا، و حتی برخی مطالعات ملی دیگر، در سطح بالاتری قرار دارد (۵۱-۴۹). مشابه با سایر مطالعات، در مطالعه حاضر نیز پسران تجربه درگیری فیزیکی بیشتری دارند و احتمال آسیب‌دیدگی آنان بالاتر است؛ با این حال، تفاوت معناداری در قلدری بین دو جنس مشاهده نشد که می‌تواند نشان‌دهنده تمایل بیشتر دختران به خشونت‌های غیرمستقیم مانند خشونت روانی باشد. در بروز این مشکل، باید به فراتر از عوامل فردی نگاه شود. در حالی که هورمون‌های جنسی به‌عنوان عامل بیولوژیک در توجیه این تفاوت‌ها مطرح‌اند، تغییرات در نسبت این تفاوت‌های جنسیتی میان کشورها نشان می‌دهد که عوامل فرهنگی، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی و احتمالا رفتارهای پرخطر زمینه‌ای (مانند مصرف محرک‌ها) نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند (۲۷،۵۲). ین تنش‌ها می تواند به زیرساخت‌های مدرسه، ارتباط نامناسب میان کادر مدرسه و دانش‌آموزان و فشار ناشی از حجم تکالیف نیز نسبت داده می‌شود و می‌تواند به بستری برای عادی‌سازی خشونت تبدیل شود. بنابراین، مداخلات نباید صرفاً بر کنترل دانش‌آموز متمرکز باشد؛ بلکه نیازمند بازنگری سیستماتیک در روش‌های آموزشی و بهبود مدیریت استرس در مدارس با مشارکت اولیا و مربیان است. آموزش روابط سالم، افزایش آگاهی خانواده‌ها از نیازهای عاطفی فرزندان و شناسایی دقیق‌تر انواع قلدری (اعم از مستقیمِ کلامی/فیزیکی یا غیرمستقیمِ مجازی)، راهکارهای کلیدی برای کاهش این رفتارهای پرخطر در کنار ایجاد فضای امن و شناسایی زودهنگامِ دانش‌آموزان در معرض خطر است. الگو مصرف مواد دخانی، ابعاد دیگری از عادی‌سازی رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان یزدی را آشکار می‌سازد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که نرخ مصرف فعلی سیگار (۱۷/۴٪) از میانگین جهانی (۱۳/۶٪) فراتر رفته و با گزارش‌های منطقه‌ای (۱۷/۸٪) هم‌خوانی دارد(۲۰،۵۰). نکته نگران‌کننده، سابقه مصرف مواد دخانی در یک‌سوم نوجوانان مورد مطالعه است؛ آماری که با توجه به نتایج مرورهای سیستماتیک در ایران (۱۰/۹ تا ۴۴/۱٪) و مصرف قلیان (۶/۹ تا ۵۹٪)، نشان‌دهنده یک وضعیت حاد در سلامت عمومی است (۵۳،۵۴). در تحلیل تفاوت‌های جنسیتی، یافته‌های این مطالعه با برخی گزارش‌های پیشین متفاوت است؛ چرا که برخلاف اکثر مطالعات (۵۵)، در سابقه مصرف سیگار، تفاوت معناداری بین پسران و دختران مشاهده نشد. با این حال، تفاوت در مصرف‌کنندگان فعلی همچنان پابرجاست. اگرچه پسران همچنان نرخ بالاتری دارند، اما روند رو به رشد تمایل دختران به تجربه سیگار و قلیان، زنگ خطری جدی است. این روند نشان می‌دهد که نگرش‌های سنتی در مورد رفتارهای دخانی در میان دختران در حال تغییر است و اگر مداخلات هدفمند صورت نگیرد، این تجربه گذرا می‌تواند به مصرف دائمی تبدیل شود. این تغییر نگرش می‌تواند ناشی از آگاهی کمتر خانواده‌ها و تفاوت در نظارت بر رفتارهای دختران باشد که به تدریج در حال بازتعریف هنجارهای اجتماعی در این گروه سنی است. در مقابل، نرخ بالاتر مصرف در پسران را می‌توان با ترکیب عوامل محیطی و روان‌شناختی تبیین کرد. استقلال بیشتر و نظارت کمتر، در کنار فشار همسالان، پسران را بیشتر در معرض محیط‌های پرخطر قرار می‌دهد. علاوه بر این، طبق «نظریه یادگیری اجتماعی»، الگوهای رفتاری پدران و همکلاسان می‌تواند به‌عنوان یک محرک مشاهده‌ای عمل کند (۵۶). شواهد این مطالعه مبنی بر اینکه۱۶/۱٪ و۲۰/۲٪ از پدران پاسخ‌دهندگان به ترتیب سیگاری بوده و یا مصرف کننده قلیان هستند، و هم‌چنین مواجهه۳۹/۳٪ از نوجوانان با دود دست‌دوم، هرچند از یافته های کشوری و بین المللی کمتر می باشد ولی نشان می‌دهد که محیط خانوادگی همچنان یکی از اصلی‌ترین کانون‌های انتقال این رفتار ناسالم است (۵۰،۵۷). این موضوع اهمیت مداخلات «خانواده‌محور» را دوچندان می‌کند، چرا که نود درصد افراد سیگاری، استعمال دخانیات را پیش از ۱۸ سالگی آغاز کرده‌اند (۵۸) با وجود تصویب «کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی» در ایران (۵۹)، چالش‌های اقتصادی-اجتماعی باعث شده است که اجرای قوانین و کنترل دسترسی به مواد دخانی (به‌ویژه قلیان در اماکن عمومی) با چالش‌های اجرایی همراه باشد. بنابراین، برای جلوگیری از تثبیت این رفتارهای پرخطر در نسل آینده، تنها آموزش کافی نیست؛ بلکه تقویت جدیت در اجرای قوانین و ایجاد تعامل میان دستگاه‌های مسئول، به‌عنوان یک اولویت محلی و سیاستی، برای کنترل شیوع دخانیات در میان نوجوانان ضروری است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که قریب به نیمی از نوجوانان، روزانه بیش از ۳۰ دقیقه در معرض نور خورشید هستند که این میزان در پسران ۱/۷ برابر دختران گزارش شده است. درصد مواجهه اندام‌ها با نور خورشید در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

پسران نیز بیش از دختران است که می‌تواند ناشی از محدودیت‌های کمترِ اجتماعی-فرهنگی در پوشش پسران باشد. اگرچه ۲۹/۶٪ از دختران در مقایسه با تنها ۴/۲٪ از پسران، استفاده از کرم ضدآفتاب را در روزهای آفتابی تأیید کردند، اما با توجه به سطح تماس بدنی گزارش‌شده، به نظر می‌رسد مشابه با سایر مطالعات، رایج‌ترین روش محافظت در میان نوجوانان، همچنان استفاده از پوشش‌های بدن (لباس‌های بلند) باشد (۶۰). این تفاوت جنسیتی در رفتارهای محافظتی، نشان می‌دهد که پسران در معرض خطرات بیشتری قرار دارند. نباید مواجهه با آفتاب را صرفاً به‌عنوان یک ریسک یا یک ضرورت مطلق در نظر گرفت، بلکه باید به دنبال ایجاد یک تعادل بود تا میان میزان مواجهه لازم برای تأمین ویتامین D و اتخاذ رفتارهای محافظتی در برابر اشعه فرابنفش ایجاد کند.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

این مطالعه با تکیه بر حجم نمونه قابل‌توجه و بهره‌گیری از یک ابزار معتبر، توانسته است تصویری جامع از وضعیت رفتارهای سلامت در میان نوجوانان منطقه مورد مطالعه ارائه دهد. امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها در سطح منطقه‌ای و مقایسه مستمر آن‌ها با مطالعات ملی و بین‌المللی یکی از نقاط قوت این پژوهش است که می‌تواند به‌عنوان یک مرجع برای پایش تغییرات رفتاری و روندهای سبک زندگی نوجوانان در آینده مورد استفاده قرار گیرد. با این وجود، یافته‌های این مطالعه باید با درنظر گرفتن چندین محدودیت تفسیر شوند. مقطعی بودن مطالعه، مانع از برقراری روابط علّی میان متغیرها می‌گردد و نمی توان با قطعیت تعیین کرد که کدام رفتارها پیش‌درآمدی برای رفتارهای دیگر هستند. دیگر اینکه تکیه بر روش خوداظهاری، پتانسیل بروز سوگیریِ پاسخ‌دهی را به‌ویژه در مورد رفتارهای حساس به همراه دارد و ممکن است دانش‌آموزان به دلیل تأثیرپذیری از «سوگیری مطلوبیت اجتماعی»، آن‌ها را به درستی گزارش نکرده باشند. علاوه بر این، از آنجا که جامعه‌ی هدف تنها شامل دانش‌آموزان شاغل به تحصیل بوده است، این مطالعه نمی‌تواند نوجوانان ترک تحصیل کرده یا خارج از سیستم آموزشی را پوشش دهد؛ لذا ممکن است نتایج به‌طورکامل بازنمای کل جمعیت نوجوانان منطقه نباشد. ضمن اینکه، به دلیل ملاحظات فرهنگی و حساسیت‌های اجتماعی، برخی رفتارهای پرخطر و حساس نظیر مصرف مواد مخدرهای غیرقانونی و رفتارهای جنسی دراین پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده یک گذار اپیدمیولوژیک در رفتارهای مرتبط با سلامت نوجوانان یزدی است. کم‌تحرکی، الگوهای غذایی نامناسب و مواجهه با خشونت، همراه با افزایش نگران‌کننده مصرف دخانیات به‌ویژه روند صعودی مصرف قلیان در دختران، تهدیدی جدی برای سلامت عمومی محسوب می‌شود. هم‌سویی این یافته‌ها با گزارشات ملی و منطقه‌ای، تأکید می‌کند که نوجوانان امروز در مرحله عادی‌سازی رفتارهای پرخطر و تغییر در هنجارهای اجتماعی قرار دارند. از آنجا که سبک زندگی نوجوانان، زیربنای پیشگیری از بار بیماری‌های غیرواگیر در دهه‌های آتی است، تداوم این وضعیت می‌تواند هزینه‌های اجتماعی و درمانی سنگینی را به نظام سلامت تحمیل کند. لذا مداخلات سلامت محور باید فراتر از آموزش‌های تئوری رفته و بر مهارت‌های زندگی و مدیریت استرس تمرکز کنند و راهکارهای پیشگیرانه باید با درک نیازهای عاطفی و فشارهای اجتماعی هرجنس طراحی شوند. پیوند میان مدرسه و خانواده برای تغییر نگرش والدین و آگاهی‌بخشی در خصوص رفتارهای پرخطر نوجوانان باید تقویت شده و ارزیابی این مداخلات با اجرای مطالعات طولی و دوره‌ای مورد توجه قرار گیرد. امید است نتایج این پژوهش، مبنایی برای سیاست‌گذاران سلامت و مدیران آموزش و پرورش محلی باشد تا با تدوین برنامه‌هایی داده‌محور، بستر لازم را برای گذار نوجوانان به بزرگسالیِ سالم و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر در آینده فراهم آورند.

سپاس‌گزاری

از سازمان آموزش و پرورش یزد برای همکاری، مدیران مدارس برای هماهنگی، پرسشگران و همه دانش‌آموزان برای شرکت در این مطالعه که وقت ارزشمند خود را در اختیار ما قرار دادند، تشکر می‌گردد. مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکزتحقیقات پایش سلامت دانشکده پزشکی شهید صدوقی یزد با کد ۱۷۱۴۷ می‌باشد.

حامی مالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

تعارض در منافع

وجود ندارند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد مورد تایید قرار گرفته است (کداخلاق: IR.SSU.MEDICINE.REC.1402.377).

اظهارنامه استفاده از فناوری هوش مصنوعی

در ارائه ایده، طراحی و نگارش مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

دسترس‌پذیری داده ها

داده های خام این مطالعه از طریق درخواست از نویسنده مسئول ارائه خواهد شد.

مشارکت نویسندگان

محسن میرزائی، عزت مبین در ایده‌پردازی و طراحی مطالعه، تحلیل و تفسیر داده‌ها، محمود وکیلی در طراحی مطالعه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، فاطمه زارع‌زاده، محبوبه شریفی، سیداحمد حسینی تبار، اعظم اکرمی، پریسا نشاطی، عزت مبین در جمع‌آوری و پالایش داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و نیز پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

References:

1. Parajuli J, Prangthip P. ***Adolescent Nutrition and Health: A Critical Period for Nutritional Intervention to Prevent Long Term Health Consequences.*** Curr Nutr Rep. 2025; 14(1): 116.
2. Bagheri A, Nasiri S, Lame E, Mahdavipanah M, Darogheh L, Sadat Z. ***Health Needs of Adolescents in Aran Va Bidgol City, Iran.*** J Res Health Sci. 2023; 13(1): 59-66.
3. Pulimeno M, Piscitelli P, Colazzo S, Colao A, Miani A. ***School as Ideal Setting to Promote Health and Wellbeing among Young People.*** Health Promot Perspect. 2020; 10(4): 316.
4. Agnoletto M, Della Giusta M, Mendolia S. ***Riskonnected: social media, puberty and risky behaviours in adolescence.*** IZA Discussion Paper No. 18013. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA); 2025.
5. Li J, Pandian V, Davidson PM, Song Y, Chen N, Fong DYT. ***Burden and Attributable Risk Factors of Non-Communicable Diseases and Subtypes in 204 Countries and Territories, 1990-2021: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021.*** Int J Surg. 2025; 111(3): 2385-97.
6. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. ***Management and Prevention Strategies for Non-Communicable Diseases (Ncds) and their Risk Factors.*** Front Public Health. 2020; 8: 574111.
7. Matłosz P, Wyszyńska J, Bartosiewicz A, et al. ***Lipid and Glucose Profiles in Children and Adolescents: Associations with Body Composition and Metabolic Risk Factors-A Cross-Sectional Study.*** Sci Rep. 2026; 16(1): 23575.
8. Sui W, Gao Y, Zhao L, Yang Y, Chen L, Hu Y, et al. ***Analysis of The Significance and Gender Differences in the Factors Influencing Antisocial Behaviors among Adolescents.*** Sci Rep. 2025; 15(1): 14933.
9. Charrier L, Van Dorsselaer S, Canale N, Baska T, Kilibarda B, Comoretto RI, et al. ***A focus on adolescent substance uses in Europe, Central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2021/2022 Survey.*** Volume 3. Copenhagen: World Health Organization; 2024.
10. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. ***World Health Organization 2020 Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour***. Br J Sports Med. 2020; 54(24): 1451-62.
11. van Sluijs EM, Ekelund U, Crochemore-Silva I, Guthold R, Ha A, Lubans D, et al. ***Physical Activity Behaviours in Adolescence: Current Evidence and Opportunities for Intervention.*** Lancet. 2021; 398(10298): 429-42.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

12. Thapsuwan S, Phulkerd S, Chamratrithirong A, Gray RS, Jindarattanaporn N, Loyfah N, et al. ***Relationship Between Consumption of High Fat, Sugar or Sodium (HFSS) Food and Obesity and Non-Communicable Diseases.*** BMJ Nutr Prev Health. 2024; 7(1): 78-87.

13. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). ***Worldwide Trends in Children's and Adolescents' Body Mass Index, Underweight and Obesity, In Comparison with Adults, From 1975 to 2016: A Pooled Analysis of 2,416 Population-Based Measurement Studies with 128.9 million Participants***. Lancet. 2017; 390(10113): 2627-42.

14. Arafa A, Yasui Y, Kokubo Y, Kato Y, Matsumoto C, Teramoto M, et al. ***Lifestyle Behaviors of Childhood and Adolescence: Contributing Factors, Health Consequences, And Potential Interventions***. Am J Lifestyle Med. 2024; 18(6): 15598276241245941.

15. Feng Y, Sun D, Sun X, Guo Q, Zhang J, Li Y. ***Global Burden of Noncommunicable Diseases Attributable to Modifiable Behavioral Risks among Adolescents and Young Adults Aged 10-24 Years, 1990-2021***. BMC Med. 2025; 23(1): 636.

16. Baradaran Mahdavi S, Mansourian M, Shams E, Qorbani M, Heshmat R, Motlagh ME, et al. ***Association of Sunlight Exposure with Sleep Hours in Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-V Study***. J Trop Pediatr. 2020; 66(1): 4-14.

17. Ma C, Xi B, Li Z, Wu H, Zhao M, Liang Y, et al. ***Prevalence and Trends in Tobacco Use Among Adolescents Aged 13-15 Years in 143 Countries, 1999-2018: Findings from the Global Youth Tobacco Surveys***. Lancet Child Adolesc Health. 2021; 5(4): 245-55.

18. Stojkovic VJ, Matejic B, Cvjetkovic S, Gazibara T. ***Barriers to Confidentiality Protection in Adolescent Healthcare: A Survey of Serbian Primary Healthcare Paediatricians and Gynaecologists***. Cent Eur J Paediatr. 2020; 16: 30-8.

19. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. ***Global Trends in Insufficient Physical Activity among Adolescents: A Pooled Analysis of 298 Population-Based Surveys with 1.6 million Participants***. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4(1): 23-35.

20. Abdalmaleki E, Abdi Z, Isfahani SR, Safarpoor S, Haghdoost B, Sazgarnejad S, et al. ***Global School-Based Student Health Survey: Country Profiles and Survey Results in the Eastern Mediterranean Region Countries***. BMC Public Health. 2022; 22(1): 130.

21. Biswas T, Scott JG, Munir K, Thomas HJ, Huda MM, Hasan MM, et al. ***Global Variation in the Prevalence of Bullying Victimisation Amongst Adolescents: Role of Peer and Parental Supports***. EClinicalMedicine. 2020; 20: 100276.

22. Motlagh ME, Ziaodini H, Qorbani M, Taheri M, Aminaei T, Goodarzi A, et al. ***Methodology and Early Findings of the Fifth Survey of Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Noncommunicable Disease: The CASPIAN-V Study***. Int J Prev Med. 2017; 8(1): 4.

23. Qorbani M, Kelishadi R, Djalalinia S, Motlagh ME, Kasaeian A, Ardalan G, et al***. Regional Disparity in Hygienic Behaviors of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study.*** Med J Islam Repub Iran. 2016; 30: 431.

24. Kelishadi R, Shahsanai A, Qorbani M, Motlagh ME, Jari M, Ardalan G, et al. ***Tobacco Use and Influencing Factors among Iranian Children and Adolescents at National and Subnational Levels, According to Socioeconomic Status: The Caspian-IV Study***. Iran Red Crescent Med J. 2016; 18(5): e21858.

25. Hashemi-Aghdam MR, Shafiee G, Ebrahimi M, Ejtahed HS, Yaseri M, Motlagh ME, et al. ***Trend of Passive Smoking and Associated Factors in Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN Studies***. BMC Public Health. 2022; 22(1): 603.

26. Safiri S, Kelishadi R, Qorbani M, Lotfi R, Djalalinia S, Salehifar D, et al. ***Association of Dietary Behaviors with Physical Activity in A Nationally Representative Sample of Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study***. J Pediatr Perspect. 2016; 4(3): 1505-17.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0

27. Abbasi-Ghahramanloo A, Heshmat R, Safiri S, Motlagh ME, Ardalan G, Mahdavi-Gorabi A, et al. ***Risk-Taking Behaviors in Iranian Children and Adolescents: A Latent Class Analysis Approach: CASPIAN IV Study***. J Res Health Sci. 2018; 18(4): e00428.

28. Shayan MR, Heidari-Beni M, Riahi R, Motlagh ME, Fesharaki S, Heshmat R, et al. ***Assessment of Lifestyle and Eating Habits among a Nationally Representative Sample of Iranian Adolescent Girls: The CASPIAN-V Study.*** Arch Iran Med. 2020; 23(8): 522-9.

29. Rastad H, Mahdavi Gorabi A, Qorbani M, Seif E, Asayesh H, Motlagh ME, et al. ***Prevalence and Determinants of Vitamin D Deficiency in Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-V Study***. J Diabetes Metab Disord. 2021; 20(1): 383-9.

30. Motlagh ME, Ziaodini H, Yamani ST, Taheri M, Kelishadi R, Heshmat R, et al. ***Childhood & Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-Communicable Disease. CASPIAN-V Study***. Isfahan: SAMAND Publication; 2016.

31. Jatrana S, Hasan MM, Mamun AA, Fatima Y. ***Global Variation in Hand Hygiene Practices among Adolescents: The Role of Family and School-Level Factors***. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(9): 4984.

32. Gutkowska K, Wierzbicka E, Madej D, Czarniecka-Skubina E, Hamulka J. ***Breakfast Frequency, Lifestyle-Related Factors and their Association with Body Weight Status among Polish Primary School Children Aged 10 to 12 Years: Results from A Nationwide Cross-Sectional Study***. Nutr J. 2025; 24(1): 160.

33. Arusoğlu G, Kaya PS, Ünal G, Kalkuz Ş. ***Differences in Adolescents' Dietary Behaviors at School by Gender and Obesity Status: A Cross-Sectional Study.*** Int J School Health. 2022; 9(2): 123-31.

34. Szajewska H, Ruszczyński M***. Systematic Review Demonstrating that Breakfast Consumption Influences Body Weight Outcomes in Children and Adolescents in Europe***. Crit Rev Food Sci Nutr. 2010; 50(2): 113-9.

35. Li L, Sun N, Zhang L, Xu G, Liu J, Hu J, et al. ***Fast-Food Consumption among Young Adolescents Aged 12-15 Years in 54 Low- And Middle-Income Countries.*** Glob Health Action. 2020; 13(1): 1795438.

36. Millar H, Tzivakis D, Rangan A, Roy R. ***Dietary Transitions and Sustainability among Asian International Tertiary Education Students in Western Countries: A Scoping Review***. Sustainability. 2025; 17(6): 2505.

37. Dillon P, Kelpin S, Kendler K, Thacker L, Dick D, Svikis D. ***Gender Differences in Any-Source Caffeine and Energy Drink Use and Associated Adverse Health Behaviors***. J Caffeine Adenosine Res. 2019; 9(1): 12-9.

38. Kendler KS, Myers J, Gardner CO. ***Caffeine Intake, Toxicity and Dependence and Lifetime Risk for Psychiatric and Substance Use Disorders: An Epidemiologic and Co-Twin Control Analysis***. Psychol Med. 2006; 36(12): 1717-25.

39. World Health Organization. ***WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour***. Geneva: World Health Organization; 2020.

40. Bann D, Scholes S, Fluharty M, Shure N. ***Adolescents' Physical Activity: Cross-National Comparisons of Levels, Distributions and Disparities Across 52 Countries***. Int J Behav Nutr Phys Act. 2019; 16(1): 141.

41. Amiri P, Naseri P, Vahedi-Notash G, Jalali-Farahani S, Mehrabi Y, Hamzavi-Zarghani N, et al. ***Trends of Low Physical Activity among Iranian Adolescents Across Urban and Rural Areas During 2006-2011.*** Sci Rep. 2020; 10(1): 21318.

42. Cui Z, Zou P, Lin Z, Cao Y, Luo Y***. Gender Differences in Excessive Screen Time among Chinese High School Students in Henan Province***. Int J Environ Res Public Health. 2022; 20(1): 721.

43. Prince SA, Roberts KC, Melvin A, Butler GP, Thompson W. ***Gender and Education Differences in Sedentary Behaviour in Canada: An Analysis of National Cross-Sectional Surveys***. BMC Public Health. 2020; 20(1): 1170.

44. Schaan CW, Cureau FV, Sbaraini M, Sparrenberger K, Kohl HW, Schaan BD***. Prevalence of Excessive Screen Time and TV Viewing among Brazilian Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis***. J Pediatr (Rio J). 2019; 95(2): 155-65.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

45. Moradi G, Piroozi B, Mostafavi F, Roshani D, Ghaderi E, Morovati SP. ***Socioeconomic Inequality in Screen Time, Phone, And Tablet Use Among Iranian Adolescents: Results of A National Study***. Med J Islam Repub Iran. 2023; 37: 96.

46. Wanka F, Vogel M, Grafe N, Aßmann M, Kiess W, Poulain T. ***Leisure Activities of Adolescents-Associations with Demographic Characteristics, Well-Being and Parental Leisure Engagement***. Pediatr Res. 2025; 98(2): 559-67.

47. Golshiri P, Farajzadegan Z, Tavakoli A, Heidari K**.** ***Youth Violence and Related Risk Factors: A Cross-Sectional Study in 2800 Adolescents***. Adv Biomed Res. 2018; 7: 138.

48. Peltzer K, Pengpid S. ***Prevalence and Correlates of Physical Fighting Among School Going Students Aged 13 - 15 in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Member States***. Innovative J Pediatr. 2017; 27(5): e8170.

49. Elgar FJ, McKinnon B, Walsh SD, Freeman J, Donnelly PD, de Matos MG, et al. ***Structural Determinants of Youth Bullying and Fighting in 79 Countries***. J Adolesc Health. 2015; 57(6): 643-50.

50. Vakili M, Mirzadeh M, Mirzaei M, Modarresi M, Raei R, Karimi R, et al**.** ***Sex Differences in High-Risk Health Behaviors among School-Going Adolescents in Yazd, Iran; A Cross-Sectional Study***. Heliyon. 2023; 9(9): e16404.

51. Ariani TA, Putri AR, Firdausi FA, Aini N**.** ***Global Prevalence and Psychological Impact of Bullying Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis.*** J Affect Disord. 2025; 385: 119446.

52. Alansari AN, Elshanbary AA, Youssif H, Zaazouee MS. ***Prevalence of Bullying and Violence Among Adolescents in Arab Gulf Countries: A Systematic Review.*** J Public Health (Berl). 2025. doi: 10.1007/s10389-025-02576-0.

53. Imannezhad S, Razavi Pour SMK, Lashgari Kalat H, Shariat Moghani S, Yazdanparast A. ***A Systematic Review of Risky Behaviors in Adolescence and Its Related Factors: Evidence from Iran.*** Health Provider. 2023; 3(2): 115-30.

54. Nazarianpirdosti M, Abdi A, Abdi A, Ramazani U**.** ***Smoking among High School Students in Iran: A Meta-Analysis Study.*** Iran J Psychiatry. 2021; 16(2): 226-37.

55. Achak D, Azizi A, El-Ammari A, Marfak IY, Saad E, Nejjari C, et al. ***The Health Behaviors Differences among Male and Female School-Age Adolescents in The Middle East and North Africa Region Countries: a Meta-Analysis of the Global School-Based Student Health Survey Data.*** Front Public Health. 2024; 12: 1448386.

56. Lim KH, Lim HL, Teh CH, Kee CC, Khoo YY, Ganapathy SS, et al. ***Smoking among School-Going Adolescents in Selected Secondary Schools in Peninsular Malaysia-Findings from the Malaysian Adolescent Health Risk Behaviour (Myahrb) Study.*** Tob Induc Dis. 2017; 15: 9.

57. Kelishadi R, Shahsanai A, Qorbani M, Ardalan G, Poursafa P, Heshmat R, et al. ***Exposure to Hookah and Cigarette Smoke in Children and Adolescents According to their Socio-Economic Status: The CASPIAN-IV Study***. Iran J Pediatr. 2016; 26(4): e3036.

58. Xi B, Liang Y, Liu Y, Yan Y, Zhao M, Ma C, et al. ***Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Young Adolescents Aged 12-15 Years: Data From 68 Low-Income and Middle-Income Countries***. Lancet Glob Health. 2016; 4(11): e795-805.

59. Alimohammadi M, Jafari-Mansoorian H, Hashemi SY, Momenabadi V, Ghasemi SM, Karimyan K**.** ***Review on the Implementation of the Islamic Republic of Iran About Tobacco Control, Based on MPOWER, In the Framework Convention on Tobacco Control by the World Health Organization***. Addict Health. 2017; 9(3): 183-9.

60. Nouri N, Iravani P, Abtahi-Naeini B. ***Sun Protection Behaviors among Children Aged 6-18 Years Old, The Role of Socioeconomic Factors: A Cross-Sectional Study***. Health Sci Rep. 2023; 6(11): e1727.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23215]

CC BY-NC 4.0