

Risk-taking comparison in adolescent girls with symptoms of anxiety, depression, stress and normal

Nejati V¹, Alipour F², Sharifi M^{1*}

1- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Shahid-Beheshti University, Tehran, I. R. Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.

Received July 16, 2016; Accepted November 21, 2016

Abstract:

Background: Given the role of psychological problems (e.g. anxiety, depression and stress) in the risk-taking and the importance of this topic in adolescent girls, the main purpose of this study was to study the effect of anxiety, depression and stress on the risk-taking in adolescent girls.

Material and Methods: In this causal-comparative designed study, participants were divided in four groups: the control group and groups with symptoms of anxiety, depression and stress. In order to control the effects of demographic variables, all groups were matched for age, field of study and the education level. All participants were assessed with the Iowa gambling test (IGT), the anxiety, depression and stress questionnaires (DASS21); then data were collected.

Results: Based on the results, the highest level of risk-taking was found for depression, stress and anxiety groups, respectively. In addition, the depression and stress groups had significant higher rate of risk-taking compared to the normal group. Furthermore, results showed the predictive capacity of depression in risk-taking.

Conclusion: Due to the high prevalence rate of depression in adolescent girls and its significant association with risk-taking, it is necessary to pay more attention to the risk-taking managements and prevention programs among the adolescents.

Keywords: Iowa gambling test, Anxiety, Depression, Stress, Risk-taking, Adolescent girls

* Corresponding Author.

Email: m5charif@yahoo.fr

Tel: 0098 29901

Fax: 0098 29901

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, February, 2017; Vol. 20, No 6, Pages 566-573

Please cite this article as: Nejati V, Alipour F, Sharifi M, . Risk-taking comparison in adolescent girls with symptoms of anxiety, depression, stress and normal. *Feyz* 2017; 20(6): 566-73.

مقایسه خطرپذیری در دختران نوجوان مبتلا به نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و گروه سالم

*^۱وحید نجاتی ، فرشید علی پور ، مسعود شریفی

خلاصه:

سابقه و هدف: با توجه به نقش مشکلات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس در میزان خطرپذیری و اهمیت این موضوع در دختران نوجوان، هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای خطرپذیری در دختران نوجوان مبتلا به نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و گروه سالم بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی مقایسه‌ای بود. از میان جامعه آماری دختران دبیرستان‌های منطقه یک شهر تهران، چهار گروه آزمودنی دختر نوجوان مبتلا به نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و گروه سالم با غربالگری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به‌منظور کنترل آثار جمعیت شناختی تمام گروه‌ها بر اساس سن، رشتہ تحصیلی و میزان تحصیلات، گروه‌ها حتی‌الامکان یکسان سازی گردیدند. برای گردآوری داده‌ها از آزمون قمار آیوا (IGT) و پرسشنامه نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس (DASS21) استفاده گردید.

نتایج: نتایج نشان داد که بیشترین میزان خطرپذیری را گروه افسردگی و سپس بهترین گروه‌های استرس و اضطراب داشتند. گروه‌های افسردگی و استرس به صورت معنی‌داری از میزان بیشتر خطرپذیری در مقایسه با گروه سالم برخوردار بودند، هم‌چنین، افسردگی توانایی پیش‌بینی معنی‌دار خطرپذیری را دارا بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در دختران نوجوان و ارتباطی که با خطرپذیری دارد، لزوم توجه بیشتر به این متغیر در برنامه‌های درمانی و پیش‌گیری برای این افراد آشکار می‌شود.

واژگان کلیدی: آزمون قمار آیوا، اضطراب، افسردگی، استرس، خطرپذیری، نوجوانان، دختر

دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیستم، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۵، صفحات ۵۷۳-۵۶۶

۲- تأثیرات گروه همسال و بیندهی رفتارهاییمان، فقدان حمایت اجتماعی و نیاز به تایید و فشار گروه همسال از عوامل آسیب‌پذیری نسبت به خطرپذیری می‌باشد؛ و ۳- در آخر می‌توان خطرپذیری را به عنوان رفتارهایی که به دنبال هیجان هستند در نظر گرفت، فعالیت‌هایی که چالش‌های هیجانی دارند و رفتاری برای شکستن مرزهای فردی و اجتماعی است [۳]. لزوم مطالعه خطر- پذیری در دوره‌های رشدی به‌منظور طراحی مداخلات و برنامه‌های روانشناختی مناسب در افراد ضروری می‌باشد؛ به طوری که درک تغییرات رفتاری و عوامل مرتبط در خطرپذیری در طول تحول می‌تواند منجر به ارایه برنامه‌های پیشگیرانه جهت کاهش پیامدهای منفی خطرپذیری در دوره‌های حساس رشدی بشود [۴]. خطر- پذیری در نوجوانان بیشتر از دیگر گروه‌های سنی می‌باشد؛ سه مورد از دلایل شایع مرگ‌ومیر نوجوانان (خودکشی، تصادف با وسایل نقلیه، و قتل) ارتباط مستقیمی با خطرپذیری در این دوره سنی دارد [۵]. نوجوانی اوج خطرپذیری می‌باشد که با رابطه‌های جنسی محافظت نشده، مصرف الکل، مواد محرك، مواد افیونی و سیگار رابطه دارد [۶]. مطالعات قبلی درباره تفاوت جنسیتی در خطرپذیری نشان داده است که پسران در مقایسه با دختران از خطرپذیری بالایی برخوردارند و اکثر پژوهش‌های خطرپذیری در

مقدمه

خطرپذیری شامل تصمیم‌گیری تحت شرایط مبهم و دارای ریسک می‌باشد که دارای پتانسیل هم‌زمان آسیب و ضرر و هم- چنین پیشرفت و پاداش به فرد می‌باشد [۱]. خطرپذیری با بعضی از اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلالات مرتبط با مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی رابطه دارد [۲]. انگیزه‌های رفتارهای پرخطر را می‌توان در سه دسته تقسیم‌بندی کرد: ۱- خطرپذیری و رفتارهایی که شامل خطرپذیری می‌شود را می‌توان به عنوان رفتارهای بدون مسئولیت محسوب کرد، افرادی که مسئولیت بلند مدت رفتارهای خود را نمی‌پذیرند و به نتایج کوتاه مدت رفتارهای خود علاقه‌مند هستند، مستعد خطرپذیری می‌باشند؛

۱- دانشیار علوم اعصاب شناختی (مغز و شناخت)، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد روانشناسی باليني، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمي، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*^{لشان نویسنده مسئول}؛ تهران، ولنجک، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۲۱۲۹۹۰۱-۰۱؛ دوامپیس: ۰۲۱۲۹۹۰۱؛

پست الکترونیک: m5charif@yahoo.fr

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۴/۲۶؛ تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۱

با مراجعه به مدارس و کسب هماهنگی و موافقت مسئولین مدارس آین، روش، نور و ادیب، جهت انجام پژوهش و توضیح محتوا و روند پژوهش و کسب رضایت از دانش آموزان این مدارس و اطمینان بخشی به افراد مبنی بر این موضوع که اسمی از افراد نبرده خواهد شد و اطلاعات این افراد محترمانه باقی خواهد ماند، ابتدا به غریالگری توسط پرسشنامه DASS-21 پرداخته و دختران مبتلا به نشانه‌های متوجه اضطراب، افسردگی و استرس و گروه سالم (بدون نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس) شناسایی شدند و در مرحله بعدی آزمون قمار آیوا روی افرا اجرا گردید. لازم به ذکر است بهمنظور کنترل آثار جمعیت شناختی تمام گروه‌ها بر اساس سن، رشته تحصیلی و میزان تحصیلات، حتی امکان یکسان سازی گردیدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (Depression- DASS- 21 Anxiety Stress Scales 21): این مقیاس برای ارزیابی حالت‌های عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس طی سه هفته گذشته طراحی شده است. تحلیل عاملی سه خردۀ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تائید کرده است. همچنین، ارزش ویژه استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب 0.79 , 0.82 و 0.81 و ضرایب آلفای کرونباخ به همان ترتیب 0.97 , 0.92 و 0.95 گزارش شده است [۱۸]. در ایران نیز پایابی بازآزمایی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0.76 , 0.77 و 0.81 درصد گزارش شده است [۱۹]. آزمون قمار آیوا: این آزمون به صورت گستره‌ای برای ارزیابی تصمیم‌گیری در شرایط دارای ریسک، خطر و ابهام در جمعیت‌های مختلف بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۰]. در نسخه کامپیوتري این آزمون که در این پژوهش به کار رفته است، چهار دسته کارت 100 تایی پیش روی آزمودنی قرار می‌گیرد. آزمودنی در کل 100 انتخاب دارد که می‌بایست در هر انتخاب از یکی از چهار دسته، یک کارت بردارد. پس از هر انتخاب، میزان برد یا باخت به او اطلاع داده می‌شود. آزمودنی باید سعی کند انتخاب‌های او بیشترین میزان سود خالص را به‌دبی داشته باشد. آزمون با استفاده از برنامه ویژوال بیسیک طراحی شده بود و علاوه بر ارایه شرایط آزمون، داده‌ها را به صورت فایل قابل ورود به نرم افزار داده‌پرداز ثبت می‌نمود. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش 20 استفاده شد و سطح معنی‌داری پنج صدم برای آزمون‌های آماری در نظر گرفته شد.

نتایج

جدول شماره 1 ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جامعه‌های پسران انجام شده است، یکی از کمبودهای پژوهشی در این حوزه، مطالعه روی دختران نوجوان می‌باشد که به‌دلیل شیوع بالای اضطراب و افسردگی در دختران لزوم توجه بیشتر را می‌طلبند. به عنوان مثال اختلالات اضطرابی در دختران از شیوع 9 تا 32 درصدی برخوردار است [۸]. مطالعات کمی به بررسی ارتباط نشانه‌های افسردگی و اضطراب با خطرپذیری در جامعه نوجوانان پرداخته‌اند [۹]. خطرپذیری عموماً با دوره نوجوانی افزایش پیدا کرده و با پیامدهایی مانند اختلالات اضطرابی در این دوره همراه می‌باشد. نوجوانی به‌دلیل تغییرات زیستی و روان‌شناختی دوره خطرپذیری است که نیازمند توجه خاصی برای خطرپذیری در این افراد می‌باشد [۱۰]. خطرپذیری همراه عواملی مانند تکانشگری و هیجان خواهی می‌باشد که از پیش‌بین‌های قدرتمند اعتیاد در بزرگسالی می‌باشد [۱۱]. در مطالعات قبلی ارتباط بین خطرپذیری و اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی مشخص شده است. در واقع اضطراب به‌دلیل عواملی مانند پرخاشگری و تکانشگری فرد را مستعد تصمیم‌گیری پرخطر می‌کند [۱۲]. در مطالعات دیگری نیز به ارتباط استرس با خطرپذیری در نوجوانان پرداخته شده است [۱۳]. استرس تأثیر منفی بر فرایند تصمیم‌گیری دارد، استرس با تغییرات نوروپیلولوژیکی که به‌دبی دارد موجب ضعف عملکرد شناختی و به‌تبع آن خطرپذیری بیشتر می‌شود [۱۴]. این موضوع در مطالعات قبلی در شرایط پراسترس و تأثیر آن در تصمیم‌گیری پرخطر بررسی و این ارتباط مورد تایید واقع شده است [۱۵]. ارتباط بین خطرپذیری و اضطراب کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. تاکنون اکثر مطالعات مربوط به خطرپذیری در جامعه‌های میانسال و دانشجویان انجام شده است و مطالعات اندکی روی نوجوانان به خصوص دختران نوجوان صورت گرفته است [۸]. با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در دختران در مقایسه با پسران [۱۶] و در پی مشخص نمودن عوامل مرتبط با خطرپذیری در این قشر، و با توجه به نقش اضطراب، افسردگی و استرس در خطرپذیری نوجوانان و اهمیت مطالعه عوامل مرتبط با خطرپذیری در نوجوانان جهت طراحی درمان‌های اثربخش برای این گروه [۱۷]. هدف مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای خطرپذیری در دختران نوجوان مبتلا به نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس و گروه سالم در جامعه داخلی بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر زمانی گذشته‌نگر، از منظر هدف بنیادی و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دختران مدارس دبیرستان دخترانه منطقه یک شهر تهران تشکیل دادند، از این میان

جدول شماره ۱- اطلاعات توصیفی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در سه گروه مورد پژوهش

(درصد) فراغی	متغیر	گروه
۶ (۲۴)	ریاضی	رشته تحصیلی
۱۱ (۴۴)	تجربی	
۸ (۳۲)	انسانی	
۱۱ (۴۴)	اول دبیرستان	افسرده
۸ (۳۲)	دوم دبیرستان	
۶ (۲۴)	سوم دبیرستان	
۷ (۲۸)	ریاضی	
۱۰ (۴۰)	تجربی	
۸ (۳۲)	انسانی	
۹ (۳۶)	اول دبیرستان	مضطرب
۱۰ (۴۰)	دوم دبیرستان	
۶ (۲۴)	سوم دبیرستان	
۵ (۲۰)	ریاضی	استرس
۱۱ (۴۱)	تجربی	
۹ (۳۷)	انسانی	
۸ (۳۲)	اول دبیرستان	پایه تحصیلی
۹ (۳۶)	دوم دبیرستان	
۸ (۳۲)	سوم دبیرستان	
۷ (۲۸)	ریاضی	رشته تحصیلی
۱۴ (۵۶)	تجربی	
۴ (۱۶)	انسانی	
۱۱ (۴۴)	اول دبیرستان	سالم
۶ (۲۴)	دوم دبیرستان	
۸ (۳۲)	سوم دبیرستان	

معنی دار بود. معنی دار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در حداقل یکی از متغیرها بین گروههای مورد پژوهش تفاوت معنی دار وجود دارد، ولی این معنی داری مشخص نمی‌کند که گروهها در کدام متغیر با هم دیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یکراهه انجام شد. در جدول شماره ۲ مقادیر F تحلیل های واریانس یکراهه، میانگین و انحراف استاندارد متغیرها درج شده است. همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، در متغیر خطرپذیری میانگین نمرات گروه افسرده‌گی بیشتر از دو گروه دیگر می باشد، در متغیر برد میانگین گروه استرس در مقایسه با سه گروه دیگر بیشتر است، و همچنین در متغیر باخت میانگین گروه افسرده نسبت به سه گروه دیگر بیشتر است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نیز نشان می‌دهد که در دو مقیاس ریسک‌پذیری و باخت تفاوت بین گروهها معنی دار است. برای بررسی این تفاوت در گروههای مورد پژوهش، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ دیده می‌شود.

نتایج آزمون خی دو (χ^2) برای برقراری فرض همتا بودن گروهها در متغیر رشته تحصیلی نشان داد که گروههای مورد پژوهش در متغیر رشته تحصیلی ($P < 0.05$; $\chi^2 = 4/46$) همتا شده‌اند. همچنین، نتایج آزمون کروسکال-والیس برای بررسی برقراری فرض همتا بودن گروهها در متغیر پایه تحصیلی نشان داد که گروههای مورد پژوهش در متغیر پایه تحصیلی ($P < 0.05$; $\chi^2 = 1/13$) همتا شده‌اند. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی برقراری فرض همتا بودن گروهها در متغیر سن ($0.74P < 0.05$) نشان داد که گروهها در این متغیر نیز همتا شده‌اند. در ادامه، دامنه آزمون‌های لوین ($F(2, 87) = 0.05/0.05$; $P < 0.05$) و کالموگرف/اسمیرنف ($0.521/0.13$) بیان گر نرمال بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود. همچنین، نتیجه آزمون M باکس ($F(35, 93, 12/33) = 1/17$; $P < 0.01$) نشان داد که ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته در گروهها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز ($F(6, 170) = 7.99$; $P < 0.001$) نیز

جدول شماره ۲- آمار توصیفی و نتایج تحلیل واریانس چند متغیره خطرپذیری، بردو باخت در چهار گروه مورد مطالعه

گروه‌ها متغیر وابسته	اضطراب						
	افسردگی	استرس	سالم	$\bar{X} \pm SEM$	F	P	[۲۷] محدود اتا
خطرپذیری	۲/۷۹±۰/۳۸	۲/۶۳±۰/۴۶	۴۹/۲±۰/۳۳	۵/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۰۸	
برد	۷۴۶/۲۵±۶۳/۶۰	۷۵۶/۴۱±۵۲/۱۶	۹۵/۷۴۷±۱۱/۴۵	۰/۳۹	۰/۸۱۹	۰/۰۱	
باخت	۶۸۰/۷۸±۱۲۴/۰۲	۶۵۳/۴۴±۸۷/۹۱	۴۰/۶۶۹±۱۸/۱۰۳	۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۱	

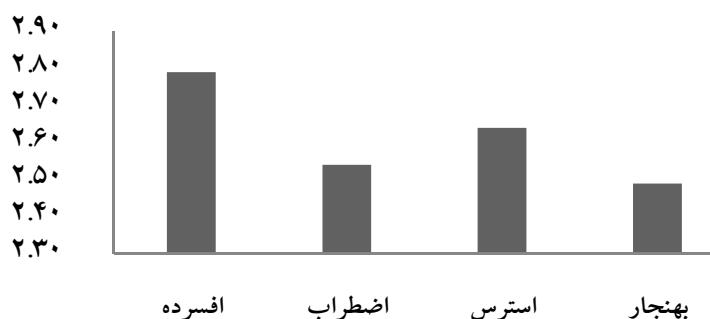
جدول شماره ۳- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میزان خطرپذیری در چهار گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه‌ها	اضطراب	افسردگی	استرس	سالم	متغیر
اضطراب	—	—/۲۶۴۰*	—/۰۳۲۴	—/۰۳۲۴/۰	—	۰۳۳۲/۰
افسردگی	—	—/۰۲۶۴۰*	—/۰۲۳۱۶*	—/۰۲۳۱۶*	—	۲۹۷۱/۰*
استرس	—/۰۳۲۴	—/۰۲۳۱۶*	—/۰۲۳۱۶*	—/۰۳۲۴	—	۰۶۵۶/۰*
سالم	—/۰۳۳۲	—/۰۲۹۷۲*	—/۰۲۹۷۲*	—/۰۰۶۵۶*	—/۰۰۶۵۶*	—
اضطراب	—	—	—/۰۳۹	—/۴/۸۰	—/۴/۸۰	۹۹/۴
افسردگی	—	—	—/۸/۳۹	—/۱۲/۱۶	—/۱۲/۱۶	—/۳/۴۶
استرس	—	—/۸/۳۹	—/۱۲/۱۶	—/۸۰/۴	—/۸۰/۴	۷۹/۹
سالم	—	—/۸۰/۴	—/۴۶/۳	—/۹۹/۴	—/۹۹/۴	—/۷۹/۹
اضطراب	—	—	—/۶۹/۱۱۸**	—/۸۰/۹۱*	—/۸۰/۹۱*	—/۱۰۸/۰۰۲**
افسردگی	—	—/۶۹/۱۱۸**	—/۶۹/۱۱۸**	—/۸۰/۲۶	—/۸۰/۲۶	—/۶۰/۱۰
استرس	—	—/۸۰/۹۱*	—/۸۰/۹۱*	—/۸۰/۲۶	—/۸۰/۲۶	—/۲۰/۱۶
سالم	—	—/۸۰/۹۱*	—/۰۲/۱۰۸**	—/۶۰/۱۰	—/۶۰/۱۰	—/۲۰/۱۶

 $P < 0/01^{**}, P < 0/05^*$

وجود نداشت. در مقیاس باخت میانگین گروه مضطرب با تفاوت معنی داری نسبت به دیگر گروه‌ها کمتر بود، اما بین گروه‌های دیگر تفاوت معنی داری دیده نشد. در نمودار شماره ۱ میزان خطرپذیری در بین چهار گروه مورد پژوهش ارائه شده است.

نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد که در مقیاس خطرپذیری، میانگین گروه افسردگی، با تفاوت معنی داری نسبت به دیگر گروه‌ها بیشتر است. هم‌چنین، گروه استرس میزان بیشتری از خطرپذیری را در مقایسه با گروه سالم دارا بود که این تفاوت نیز معنی دار است. در مقیاس برد نیز بین سه گروه تفاوت معنی داری



نمودار شماره ۱- مقایسه خطرپذیری در بین چهار گروه پژوهش

رگرسیون چندمتغیره گام به گام استفاده شد. در روند اجرای هر کدام از مراحل مدل رگرسیون چندمتغیره گام به گام، کلیه پیش‌فرضهای موجود (آزمون دوربین واتسن برای بررسی استقلال خطاهای آزمون

در ادامه پس از بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف، به منظور بررسی نقش اضطراب، افسردگی و استرس در پیش‌بینی خطرپذیری، از مدل

عامل تورم واریانس (۱/۲۸) برای بررسی هم خطی متغیرهای پیش‌بین، بیان‌گر رعایت این مفروضه‌ها است. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که افسردگی ۴۰٪ از واریانس خطرپذیری نوجوانان را تبیین می‌کند.

شاخص تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم خطی) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از رعایت این پیش‌فرضها بودند. جدول شماره ۴ نتایج پیش‌بینی خطرپذیری بر اساس افسردگی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون دوربین واتسن (۷۹/۱) به منظور بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل (۰/۵۷) و

جدول شماره ۴- تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی خطرپذیری نوجوانان بر اساس افسردگی

معنی‌داری	T	Beta	استاندارد	β	ضریب F	df	تعدیل شده R^2	R^2	R	متغیرهای پیش‌بین	مدل
۰/۰۰۰	۸/۲۲	۴۶/۱	۰/۱۶	۶۷/۷۱ **	[۱-۱۰۰]	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۶۳	۰/۶۳	۱ افسردگی	

اضطرابی اشاره کرد؛ در این افراد نگرانی به دو دلیل ادامه پیدا می‌کند، عدم توانایی کنترل نگرانی علی‌رغم قصد توقف آن و اینکه نگرانی در این افراد بعنوان نوعی مقابله عمل می‌کند و فرد با این مکانیزم خود را از خطرات احتمالی دور می‌کند. همین طرز تفکر منجر به بهبود فرایند تصمیم گیری می‌شود. در اختلالات اضطرابی با گوش‌به‌زنگی و آگاهی بالا نسبت به نشانه‌های خطرات احتمالی رو به رو هستیم؛ همین موضوع در عملکرد بهتر این افراد در آزمون آیوا مؤثر می‌باشد [۲۸]. هیجان‌ها و تغییرات بدنه همراه‌شان باعث یادگیری خاصی در ذهن و حافظه ما می‌شوند و موقع مواجهه دوباره با حرکات مشابه این حافظه و یادگیری دوباره فعال می‌شود. بر اساس همین نظریه، در هنگام سطوح بالای اضطراب ما به عملکرد بهتری در آزمون آیوا می‌رسیم [۲۲]. گروه استرس نیز تفاوت معنی‌داری در خطرپذیری با گروه سالم داشتند که در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان بیان نمود استرس در قالب موقعیت‌های دارای ترس، خشم و تنفس منجر به خطرپذیری می‌شود. در شرایطی که استرس بر ما غالب می‌شود، منابع شناختی ما صرف تنظیم هیجانات می‌شوند و از بازداری رفتارهای پرخطر باز می‌ماند [۱۵]. Johnson و همکاران [۱۳] با ارائه شرایط استرس‌زا بر نوجوانان و ارزیابی خطرپذیری آنان قبل و بعد از ارائه حرک، نشان دادند که شرایط استرس‌زا با افزایش خطرپذیری همراه می‌باشد که این تفاوت در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بود. Mehta و همکاران [۲۹] نیز در پژوهشی مشخص نمودند که سطح بالای هورمون کورتیزول که به عنوان مشخصه بارز استرس شناخته می‌شود، رابطه مثبتی با خطرپذیری دارد. در مطالعات مشخص شده است که مناطق مغزی مسئول فرایند تصمیم گیری مانند آمیگدال، قشر کمربندی قدامی و قشر پیش‌بیشانی، در هنگام استرس با بدکارکردی مواجه می‌شوند [۳۰]. دوره نوجوانی با خطرپذیری بالایی همراه است. نوجوانانی که میزان خطرپذیری بالایی را نشان می‌دهند در بزرگسالی رفتارهای پرخطر پیشتر داشته و

بحث

این مطالعه با هدف مشخص کردن تفاوت دختران نوجوان مبتلا به نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و سالم در خطرپذیری انجام گردید. نتایج پژوهش نشان داد بیشترین خطرپذیری را به ترتیب گروه دارای نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب دارا بودند. بین گروه دارای افسردگی با سه گروه دارای اضطراب، استرس و سالم تفاوت معنی‌داری در میزان خطرپذیری مشاهده شد. همچنین، گروه دارای استرس با تفاوت معنی‌داری خطرپذیری بیشتری در مقایسه با گروه سالم را دارا بود. این یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های پرخی مطالعات مشابه [۹، ۲۳-۲۱] می‌باشد. در تکلیف قمار بازی آیوا فرد بایستی در مورد احتمال محرك و بازده تصمیم گیری نماید. تصمیم گیری فرد در این آزمون تحت تأثیر انگیزه‌های قبلی وی (شامل دوری از مجازات و گرایش به پاداش) می‌باشد. در این مطالعه مشخص گردید که گروه افسرده بیشترین میزان خطرپذیری را در مقایسه با دیگر گروه‌ها دارا بودند. در رابطه با افسردگی و خطرپذیری، پژوهش‌ها عمدتاً بر ارتباط اختلال افسردگی دوقطبی انجام شده است [۲۴] که رابطه مثبتی بین این اختلال و خطرپذیری را مشخص کرده‌اند. مناطق مغزی که مسئول فرایند تصمیم گیری در شرایط مبهم و متناقض (خطرپذیری) هستند، آمیگدال و قشر پیش‌بیشانی [۲۵] می‌باشد؛ همین نواحی در اختلال افسردگی با بدکارکردی رو به رو هستند [۲۶]. و Stapinski همکاران [۲۷] در پژوهشی نشان دادند که نوجوانان دارای نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مقایسه با نوجوانان بهنجهار از میزان بالای خطرپذیری برای مصرف مواد برخوردارند؛ این مساله در پیگیری دوساله نیز مشهود بود و نشانه‌های افسردگی توانایی معنی‌داری برای پیش‌بینی رفتارهای پرخطر این نوجوانان در مصرف مواد داشت. گروه مضطرب نیز خطرپذیری بیشتری از گروه سالم را نشان داد، اما این تفاوت معنی‌دار نبود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به وجود نگرانی بالا در افراد دارای اضطراب و اختلالات

مؤثر در خطرپذیری نوجوانان می‌باشد که برای مشخص شدن تأثیر این عامل نیاز به انجام پژوهش‌های دیگری احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، افسردگی را به عنوان عاملی مهم در برابر اضطراب و استرس جهت خطرپذیری دختران آشکار نمود. افسردگی در دختران همیشه شیوع بالایی در مقایسه با پسران داشته و شرایط خاص دوران بلوغ و نوجوانی نیز می‌تواند منجر به تشید این عامل شود. با توجه به آسیب‌پذیری بالای دختران در این سنین نسبت به پیامدهای خطرپذیری، لزوم توجه هرچه بیشتر به غربال‌گری‌های دختران در این سن و ابتدا مداخلات پیشگیرانه و درمانی مشخص می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمام عزیزانی که ما را در روند گردآوری اطلاعات یاری نمودند، به خصوص تمامی آزمودنی‌های این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش‌های بزرگ‌سالی و قواعد اجتماعی را نیز دیرتر درونی می‌کنند و از کمبود عزت‌نفس، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی رنج می‌برند. خطرپذیری در دوره نوجوانی با رفتارهای آسیب‌رسان به خود و دیگران، رفتارهای جنسی پرخطر، رانندگی پرخطر و اعتیاد رابطه دارد [۷]. با توجه به شیوع بالای افسردگی در بین دختران نوجوان، لزوم رسیدگی به این پدیده در بین افراد مشخص می‌گردد. اگرچه نوجوانان دارای اضطراب و حتی رگه‌های اضطراب عملکرد بهتری در آزمون‌های حل مسئله و آزمون‌های مانند قمار آیوا را از خود نشان می‌دهند، اما هنوز این مسئله مشخص نشده است که آیا همین توانایی در زندگی واقعی نیز وجود دارد یا خیر و این موضوع نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری دارد. علی‌رغم نقطه قوت روش‌شناختی پژوهش حاضر که استفاده از یک تکلیف رفتاری (آزمون قمار آیوا) بود، از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم استفاده از نمونه‌های بالینی، تک-جنستی بودن آزمودنی‌ها، عدم یکسان‌سازی در متغیرهای اثرگذار در خطرپذیری مانند تکانشگری، هیجان خواهی و سیستم‌های معزی رفتاری اشاره کرد. عوامل فرهنگی نیز از مهم‌ترین عوامل

References:

- [1] Herrero-Fernández D, Macía-Guerrero P, Silvano-Chaparro L, Merino L, Jenchura EC. Risky behavior in young adult pedestrians: Personality determinants, correlates with risk perception, and gender differences. *Transportation Research Part F: Traffic Psychol Behav* 2016; 36: 14-24.
- [2] Chorniy AV, Kitashima L. Sex, drugs, and ADHD: The effects of ADHD pharmacological treatment on teens' risky behaviors. *Labour Economic Res* 2016; 43: 87-105.
- [3] Hendry LB, Kloep M. Life-span development: Resources, challenges and risks. London: Thomson Learning; 2002.
- [4] Nejati V. Origin of Iranian youth economic risk taking: Need or Greed?. *J Planning Budgeting* 2014; 19(2): 119-32. [in Persian]
- [5] Nejati V, Fakhri Z, Talaienejad N, Eskandari B, Jamshidi Sianaki M. The evolution of Risky Decision Making in a Sample of Iranian Children. *J Rehab Med* 2015; 4(1): 82-9. [in Persian]
- [6] Mulye TP, Park MJ, Nelson CD, Adams SH, Irwin CE Jr, Brindis CD. Trends in adolescent and young adult health in the United States. *J Adolesc Health* 2009; 45(1): 8-24.
- [7] Bjork JM, Pardini DA. Who are those "risk-taking adolescents"? Individual differences in developmental neuroimaging research. *Dev Cogn Neurosci* 2015; 11: 56-64.
- [8] Cárdenas JC, Dreber A, von Essen E, Ranehill E. Gender differences in competitiveness and risk taking: Comparing children in Colombia and Sweden. *J Economic Behav Organization* 2012; 83(1): 11-23.
- [9] Reynolds EK, Schreiber WM, Geisel K, MacPherson L, Ernst M, Lejuez CW. Influence of social stress on risk-taking behavior in adolescents. *J Anxiety Disord* 2013; 27(3): 272-7.
- [10] Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, the University of Michigan., 77 pp.
- [11] Alipour F, Saeidpour S, Hasani J. The Comparison of Sensation Seeking in Sex Addicts, Stimulant Addicts, Opioid Addicts and Normal Individual. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25 (125):135-8. [in Persian]
- [12] Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *J Anxiety Disord* 2008; 22(6): 925-39.
- [13] Johnson SB, Dariotis JK, Wang C. Adolescent Risk Taking Under Stressed and Nonstressed Conditions: Conservative, Calculating, and Impulsive Types. *J Adolesc Health* 2012; 51(2, Suppl): S34-S40.
- [14] Starcke K, Brand M. Decision making under stress: a selective review. *Neuro-Science Biobehavioral Reviews* 2012; 36:1228-48.
- [15] Lerner JS, Keltner D. Fear, anger, and risk. *J Pers Soc Psychol* 2011; 81(1): 146-59.

- [16] Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, et al. Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study. *Am J Geriatric Psychiatry* 2014; 22(4): 370-80.
- [17] Nejati V. Correlation of Risky Decision Making with Executive Function of Brain in Adolescents. *J Res Behave Sci* 2013; 11(4): 270-278. [in Persian]
- [18] Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychological Assessment* 1998; 10(2): 176-81.
- [19] Alipour F, Hasani J, Oshrieh V, Saeedpour S. Brain-Behavioral Systems and Psychological Distress in Patients with Diabetes Mellitus A Comparative Study. *Caspian J Neurol Sci* 2015; 1 (2): 20-9. [in Persian]
- [20] Malloy-Diniz L, Fuentes D, Leite WB, Correa, H, Bechara A. Impulsive behavior in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder: Characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *J Int Neuropsychol Society* 2007; 13(04): 693-8.
- [21] Mueller EM, Nguyen J, Ray WJ, Borkovec TD. Future-oriented decision-making in Generalized Anxiety Disorder is evident across different versions of the Iowa Gambling Task. *J Behav Therapy Experimental Psychiatry* 2010; 41(2): 165-71.
- [22] Werner NS, Duschek S, Schandry R. Relationships between affective states and decision-making. *Int J Psychophysiol* 2009; 74(3): 259-65.
- [23] Smoski MJ, Lynch TR, Rosenthal MZ, Cheavens JS, Chapman AL, Krishnan RR. Decision-making and risk aversion among depressive adults. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4): 567-76.
- [24] Adida M, Jollant F, Clark L, Besnier N, Guillaume S, Kaladjian A, et al. Trait-Related Decision-Making Impairment in the Three Phases of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry* 2011; 70(4): 357-65.
- [25] Lawrence NS, Jollant F, O'Daly O, Zelaya F, Phillips ML. Distinct roles of prefrontal cortical sub regions in the Iowa Gambling Task. *Cereb Cortex* 2009; 19(5): 1134-43.
- [26] Blumberg HP, Leung HC, Skudlarski P, Lacadie CM, Fredericks CA, Harris BC, et al. A functional magnetic resonance imaging study of bipolar disorder: State- and trait-related dysfunction in ventral prefrontal cortices. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(6): 601-9.
- [27] Stapinski LA, Montgomery AA, Araya R. Anxiety, depression and risk of cannabis use: Examining the internalizing pathway to use among Chilean adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2016; 166: 109-15.
- [28] Drost J, Spinthonen P, Kruijt AW, Van der Does W. The influence of worry and avoidance on the Iowa Gambling Task. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(1): 74-80.
- [29] Mehta PH, Welker KM, Zilioli S, Carré JM. Testosterone and cortisol jointly modulate risk-taking. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 56(0): 88-99.
- [30] de Visser L, van der Knaap LJ, van de Loo AJ, van der Weerd CM, Ohl F, van den Bos R. Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: Towards gender-specific end phenotypes of anxiety. *Neuropsychologia* 2010; 48(6): 1598-606.