رابطه بین ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت با رفتارهای پرخطر نوجوانان

سحر محسنی[1]، سیده آسیه حسینی[2] ، فاطمه کهکی[3]، سیده فاطمه حسینی[4]، لیلا میرشکاری[5]

۱. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۲. کارشناس ارشد فلسفه و کلام، دانشگاه پیام نور یزد، یزد، ایران

۳. مربی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی پیام نور واحد زاهدان، زاهدان، ایران

۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، زاهدان، ایران

۵. کارشناس ارشد پرستاری، پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره نهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: درک خطرپذیری نوجوان به عنوان اقتضای قابل انتظار این دوره سنی نه به عنوان رفتار انحرافی جهت پیشگیری لازم و ضروری است. هدف پژوهش حاضر، رابطه بین ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت با رفتارهای پرخطر نوجوانان (کانون هلال احمر زاهدان) بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در کانون هلال احمر شهر زاهدان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه پژوهش ۱۷۳۰ نفر و حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۱۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس برآورد شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ناامیدی، سلامت روان، فراشناخت و رفتار پرخطر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss-۱۹ و آزمون همبستگی و رگرسیون تحلیل شدند.

یافته‌ها: داده‌های پژوهش نشان داد میزان ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت نوجوانان متوسط می‌باشد. نتایج آزمون پیرسون نشان داد که میان ناامیدی و رفتارهای پرخطر ارتباط معناداری مشاهده شد ($P\leq$ ۰/۰۱). میان ابعاد سلامت روان اضطراب و بی‌خوابی (مستقیم و مثبت) و گرایش خودکشی (معکوس و منفی) با رفتار پرخطر ارتباط معناداری مشاهده شد ($P\leq$ ۰/۰۱). همچنین میان ابعاد فراشناخت باور مثبت (مستقیم و مثبت) و خودآگاهی (معکوس و منفی) با رفتار پرخطر ارتباط معناداری مشاهده شد ($P\leq$ ۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بین ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت با رفتار پرخطر همبستگی وجود دارد. پیشگیری، چاره‌ای منطقی برای ایمن سازی روانی و اجتماعی ارایه می‌دهد. پیشگیری از رفتارهای پرخطر راحت‌تر، کم هزینه‌تر و مؤثرتر از درمان آن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ناامیدی، سلامت روان، فراشناخت، رفتار پرخطر، نوجوان

آدرس مکاتبه: دانشگاه جامع علمی کاربردی هلال احمر سیستان و بلوچستان

پست الکترونیکی: *sahar_mohseni2013@yahoo.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

مطالعات متعدد نشان می‌دهد سلامت به عنوان یک انگیزه جایگاه مهمی در دنیای شناختی بسیاری از نوجوانان و جوانان ندارد و معمولاً آنان درک صحیحی از میزان آسیب‌پذیر بودنشان در زمینه بهداشت و سلامت فردی ندارند (۱). قوانین و برنامه‌های مربوط به مسائل بهداشتی و ارتقاء سلامتی در نوجوانان نیازمند توجه فوری می‌باشد، زیرا این گروه سنی، یک بخش عمده از جمعیت را تشکیل می‌دهند (۲). اکثر قریب به اتفاق صاحب نظران بر این مقوله اتفاق نظر دارند که نوجوانی، دورانی بسیار بحرانی است که عوامل خطر ضمن تهدید سلامت روانی، اجتماعی و عاطفی می‌توانند بر پیکر وجودی آنها هم تأثیرات جبران‌ناپذیری وارد آورند (۳). درگیری در رفتارهای پرخطر در طی دوره نوجوانی به اوج خود می‌رسد و نوجوانان تقریباً در هر گروه از رفتارهای پرخطر نظیر مصرف دارو، مصرف الکل، سیگار کشیدن و فعالیت‌های ناایمن جنسی بیشترین نماینده بوده‌اند (۲). خطرپذیری به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد (۴). مصرف مواد، پدیده‌ای است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد. به طوری که می‌تواند شخص درگیر را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی کند. بنابراین، این موضوع نیازمند برخورد جدی و البته علمی مسئولان است. در حال حاضر اطلاعاتی از داخل و خارج از کشور در دست است که نشان می‌دهد مصرف مواد در بین قشر جوان و نوجوان رو به افزایش است. با توجه به ساختار جمعیتی جوان ایران، یکی از گروه‌های در معرض خطر هستند. مصرف مواد در جمعیت موجب صدماتی خواهد شد که از آن جمله می‌توان به اختلال در روند تحصیل و در نتیجه رکود علمی، انتشار بیشتر مصرف در جامعه و ترویج فرهنگ مصرف در کل جامعه به علت الگو قرار دادن قشر تحصیل کرده، اشاره کرد (۵). واژهٔ اعتیاد و معتاد تا حدودی با وابستگی ارتباط دارند. واژه معتاد به طور ضمنی مفهوم خاص ناپسند و تحقیرآمیزی پیدا کرده است که مفهوم سوء مصرف مواد را به عنوان یک اختلال طبی نمی‌رساند. اعتیاد همچنین در کاربرد عوامانه مثل اعتیاد به تلویزیون، اعتیاد به پول و غیره اهمیت خود را از دست داده است. هر چند این معانی ضمنی موجب شده است در نام‌گذاری‌های رسمی از کاربرد واژه اعتیاد اجتناب شود، ممکن است زمینه عصبی- تشریحی و عصبی- شیمیایی مشترکی بین همهٔ اعتیادها وجود داشته باشد، خواه اعتیاد به مواد و خواه اعتیاد به سایر چیزها (مثل قمار، رابطهٔ جنسی، دزدی و خوردن). این اعتیادهای مختلف ممکن است اثرات بر فعالیت‌های نواحی پاداش اختصاصی مغز نظیر ناحیه تگمنتال بطنی، لوکوس سرولئوس و هسته آکومبنس باشند (۶). اعتیاد تنها جنبهٔ فردی ندارد، بلکه یک آسیب اجتماعی محسوب می‌شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد بر جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور و غیر قابل جبرانی وارد می‌سازد (۷). *Jasor* (۱۹۸۷) با ارائه اصطلاح سندرم رفتار مشکل ساز، مقولات رفتارهای پرخطر را شامل سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زود هنگام دانسته است. فراشناخت یکی از متغیرهایی است که در جریان سوء استفاده از مصرف مواد مخدر مختل می‌گردد و ممکن است بطور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی افراد وابسته به مواد مخدر ارتباط داشته باشد. از دیدگاه فراشناختی، سوء استفاده از مواد، تغییرات سریع معنی‌داری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار یا خاطرات به‌وجود می‌آورد. مواد مخدر ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، اجتناب و ....) و یا به طور غیر مستقیم (برای مثال، احساس دلبستگی، بهت‌زدگی) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد (۸). *Flavell* فراشناخت را به عنوان آگاهی از شناخت و فرایندهای شناختی و کنترل، تنظیم و بازبینی فعالانه شناخت تعریف می‌کند (۹). نظریه پردازش اطلاعات، فراشناخت را فرایندهای کنترل اجرایی از قبیل توجه، مرور و تمرین، سازمان‌دهی و دستکاری اطلاعات می‌داند (۱۰). اصطلاح فراشناخت دانش فرد درباره فرایندهای شناختی خود و چگونگی استفاده بهینه از آنها برای رسیدن به اهداف است. به عبارت دیگر فراشناخت، دانش یا آگاهی فرد از نظام شناختی خود است (۱۱). فرآیندهای

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

فراشناختی دارای دو عنصر مستقل، اما مرتبط با یکدیگرند؛ یکی دانش فراشناختی و دیگری تجربه فراشناختی (۱۲). دانش فراشناختی که عبارت است از اطلاعاتی که افراد در مورد شناخت خود درباره عوامل و راهبردهای یادگیری مرتبط با تکلیف دارند؛ و تنظیم فراشناختی که به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، برنامه‌ریزی و شناسایی خطاها در عملکرد اشاره دارد و بر فعالیت‌های شناختی اثر می‌گذارد (۱۳) به طور کلی دانش فراشناختی مربوط می‌شود به آنچه فرد درباره خود یا درباره شناخت می‌داند (۱۴) و تجارب فراشناختی به آن دسته از تجارب شناختی و عاطفی گفته می‌شود که به اقدام شناختی مربوط می‌شوند (۱۵). راهبردهای فراشناختی، مهارت‌های اجرایی هستند که موفقیت فعالیت یادگیری را ارزیابی می‌کنند (۱۶).

سلامت روان مفهومی است که درباره آن دیدگاه‌های متفاوتی وجود داشته و هر دیدگاه از زاویه‌های خاص به تعریف و تبیین ویژگی‌های آن پرداخته است. در دیدگاه روانکاوی پیوستار سلامت و بیماری بر اساس سطوح ناهوشیاری قابل تحلیل است. روانکاوان در جریان واکاوی سلامت روانشناختی بر نقش تعارض‌های درون فردی از جمله تکانه‌ها، اضطراب‌ها و دفاع‌های ناخودآگاه تأکید دارند. در نگاه روانکاوی نوین بر نقش خود و خود آگاهی در سلامت روانشناختی تأکید زیادی شده است. در دیدگاه انسان‌گرایی بر عکس روانکاوی سلامت روان تنها در محدوده انسان‌های به غایت سالم مطالعه شده است. به اعتقاد صاحب نظران حوزه انسان گرایی بیماری روانی و سلامت روان را نباید دو سوی یک پیوستار دانست بلکه باید بین آنها تفاوت قائل شد. افراد سالم و رشد یافته لزوماً محصول پالایش‌ها و واکاوی‌های حوزه آسیب شناسی روانی نیستند. به همین دلیل انسان گرایان معتقدند اگر قرار باشد که اشخاص درمانده، نابالغ و ناسالم بررسی شوند آنچه در آنان مشاهده خواهد شد فقط جنبه‌های منفی انسانی است و نه جنبه‌های مثبت. بنابراین سلامت روان به معنای ارتقاء دادن جنبه های مثبت در انسان‌ها است. در دیدگاه شناختی نیز همانند انسانگرایان بر جنبه‌های مثبت انسانی در سلامت روان تأکید شده است. در این دیدگاه نیز سلامت روان زمانی پدید می‌آید که نیازها، امیال و ترس‌های بیماران درک شده و در آنان آگاهی نسبت به خود به وجود آید (۱۷). سلامتی، مفهومی چند بعدی است که علاوه بر فقدان بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربرمی‌گیرد. اغلب روانپزشکان، روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند (۱۸). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را حالتی‌که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملا سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود تعریف کرده است. امید، نمادی از ابعاد روحی است که با سلامت جسمی و روحی ارتباط دارد. امید توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما نومیدی نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است. محققان بر این باورند که فرد ابتدا ناامید و سپس افسرده می‌شود. ناامیدی بر سلامتی و روابط اجتماعی فرد تأثیر منفی دارد و عامل خطری برای جوانان به شمار می‌رود (۵). پژوهشگران معتقدند که ناامیدی به عنوان یک عامل شناختی که با انتظارات منفی ارتباط دارد در تلاش و اقدام برای خودکشی نقش قابل ملاحظه‌ای ایفا می‌کند. ناامیدی هم فلج کننده اراده است و هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌شود (۱۹). ناامیدی، یا انتظارات منفی در مورد آینده، به یک حالت هیجانی اطلاق می‌شود که زیر مجموعه هیجان اصلی غم است. ناامیدی نه تنها باعث افسردگی و درماندگی می‌شود بلکه انگیزه فرد را نیز از بین می‌برد و او را از تلاش کردن باز می‌دارد (۷). تحقیقات زیادی حول این متغیرها انجام گرفته است اما هیچ پژوهشی ارتباط این سه متغیر را به این صورت بررسی نکرده است. مطهری نیا (۱۳۹۶) دریافت که بین احساس تنهایی و خودپنداره با گرایش به مواد مخدر در دانشجویان رابطه مثبت معناداروجود دارد (۲۰). رجب زاده و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که بین اعتیاد به اینترنت با سلامت عمومی و احساس تنهایی رابطه وجود دارد و بین احساس تنهایی با سلامت عمومی نیز رابطه وجود دارد (۲۱). نیک منش و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند که بین استعمال مواد مخدر با احساس تنهایی و دشواری تنظیم هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۲۲). رحیمی و سیرجهرمی (۱۳۸۸)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

دریافتند که دانشجویانی که مواد مخدر مصرف نمی‌کردند نسبت به دانشجویان مصرف‌کننده مواد از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد بالابردن سطح بهداشت روانی درمحیط های آموزشی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری ازسوء مصرف مواد مخدر ایفاء نماید (۲۳). نتایج *Papageor giou & willes (1995)* حاکی از آن است که باورهای فراشناختی مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد(۲۴).

Willes & carter (2001) باورهای فراشناختی و نگرانییک گروه افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر را با گروه هایی از افراد دارای تشخیص قوی اجتماعی، افسردگی، اختلال پانیک و افراد غیر بیمار مقایسه کردند (۲۵). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده هدف مطالعه حاضر بررسی ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت با رفتارهای پرخطر نوجوانان (۱۲- ۱۸ ساله) عضو کانون هلال احمر می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. محیط پژوهش هلال احمر شهر زاهدان بود. جامعه پژوهش، کلیه نوجوانان عضو شده سال ۱۳۹۶ (۱۷۳۰ نفر) بود. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۱۵۰ نفر به‌دست آمد. از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. طرح پیشنهادی این مطالعه در کمیته اخلاق هلال احمر (سازمان جوانان) زاهدان تأیید شد. مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی هلال احمر زاهدان توسط محقق اخذ شد. پیش از ورود افراد به مطالعه، به آنان گفته شد که شرکت در تحقیق کاملا داوطلبانه است؛ همچنین، اطمینان خاطر داده شد که همه اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند. شرکت‌کنندگان در پژوهش از جنبه‌های کلی تحقیق و نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها آگاه شدند. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار نوجوانان قرار گرفت تا آنها را تکمیل نمایند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ناامیدی، سلامت روان، فراشناخت و خطرپذیری نوجوانان ایرانی (رفتار پرخطر) بود. مشخصات جمعیت شناختی نوجوانان (سن و جنسیت) با فرم ثبت اطلاعات جمع‌آوری شد.

الف- مقیاس ناامیدی بک *(Beck Anxiety Inventory)*: این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال و ۵ بعد یاس در دستیابی به خواسته‌ها (۶ ماده)، عدم اطمینان به آینده (۶ ماده)، بدبینی (۲ ماده)، نومیدی در مورد آینده (۳ ماده) و انتظار منفی نسبت به آینده (۳ ماده) می باشد. نمره گذاری پرسشنامه ناامیدی بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای (۱=کاملا مخالف ۵- کاملا موافق) می باشد. همچنین سؤال های ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۵، و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. برای به‌دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نموده و هر چه نمرات بیشتری کسب شد نشان‌دهنده ناامیدی بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. در پژوهش گودرزی (۱۳۸۱) روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایائی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه *ناامیدی بک* ۰/۷۹ گزارش شده است.

ب- مقیاس سلامت روان گلدبرگ (۲۸- *General Health Questionnaire*): این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال و ۴ بعد علایم جسمانی (۷ ماده)، اضطرابی (۷ ماده) ، اختلال در کارکرد اجتماعی (۷ ماده) و افسردگی (۷ ماده) می باشد. سیستم نمره‌گذاری سؤالات از ۰ تا ۳ و نمره هر فرد در هر زیر مقیاس از ۰ تا ۲۱ متغیر است. بر اساس پاسخگویی نمرات در سه طیف وخیم (۲۸- ۰)، در آستانه بیماری (۵۶- ۲۸) و سلامتی (۸۴- ۵۶) قرار می‌گیرد. تقوی، در ایران ضریب پایایی این پرسشنامه را با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی، و آلفای کرونباخ به ترتیب ۷۰ درصد، ۹۳ درصد و ۹۰ درصد گزارش کرده است. همچنین این محقق برای مطالعهِ روایی پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه میدلسکس ضریب همبستگی ۰/۵۵ را نتیجه داده است. ضرایب همبستگی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۷۲ درصد تا ۸۷ درصد متغیر بوده است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه *سلامت روان* ۰/۸۷ گزارش شده است.

پ- مقیاس فراشناخت ولز و هاتون (*Metacognition Scal*): این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال و ۵ بعد اعتماد شناختی (۶ ماده)، باورهای مثبت در مورد نگرانی (۶ ماده)، خود آگاهی شناختی (۶ ماده)، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار (۶ ماده) و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار (۶ ماده) می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه فراشناخت بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه ای (۱= موافق نیستم ۴- کاملا موافق) می باشد. بر اساس پاسخ‌دهی نمرات در سه طیف ضعیف (۶۰- ۳۰)، متوسط (۹۰- ۶۰) و قوی (۱۲۰- ۹۰) قرار می گیرند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مولفه هایش در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی آن (به فاصله یک ماه) ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۴). در ایران نیز در پژوهشی ابوالقاسمی و همکاران (۱۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرده اند همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۳ به دست آمد.

ت- مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی: این پرسش نامه توسط محمدی زاده و احمد آبادی(۱۳۹۰) برای سنجش خطرپذیری در نوجوانان ایرانی تدوین یافته است. تعداد ۳۸ سئوال پرسش‌نامه برای سنجش رفتارهای پرخطر از قبیل رانندگی(۶ سئوال)، خشونت (۵ سئوال)، سیگار کشیدن (۵ سئوال)، مصرف مواد مخدر(۸ سوال)، مصرف الکل (۶ سئوال) رابطه با رفتار جنسی و گرایش به جنس (۸ سوال) به کار برده می شود. پاسخ گویان موافقت یا مخالفت خود را با این سئوالات در یک مقیاس ۵ گزینه ای از کاملاً مخالف (۱ نمره) تا کاملاً موافق (۵) مطرح کردند . اعتبار این مقیاس به روش هم سازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازۀ آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه های اصلی در پژوهش‌زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) مورد ارزیابی قرار گرفته است. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳ و برای ابعاد پرسش‌نامه ۰/۷۱ تا ۰/۹۳ بوده است. نتایج به‌دست آمده از روایی و پایایی مقیاس حاکی از آن بوده که ابزاری مناسب در سنجش خطرپذیری نوجوانان ایرانی می باشد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار *spss*- ۱۹ انجام شد، که پس از ورود اطلاعات مربوط به افراد به کامپیوتر، ابتدا شاخص های هر کدام از متغیرها (با استفاده از جمع نمرات پرسشنامه‌ها و مشخص کردن هر مولفه) برای هر فرد محاسبه و در مجموع افراد به صورت شاخص های میانگین و انحراف استاندارد گزارش شدند. تعیین ارتباط بین مولفه های مستقل (ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت) با متغیر وابسته (رفتارهای پرخطر) از طریق ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام انجام شد.

یافته‌ها

رنج سنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش بین ۱۲- ۱۸ سال بود، که بیشترین درصد را گروه سنی ۱۵- ۱۸ سال (۳۸/۴ درصد) به خود اختصاص داده است. همچنین از این تعداد ۹۳ نفر مذکر (۵۹/۳ درصد) و ۵۷ نفر مؤنث (۴۰/۷ درصد) بودند.

جدول شماره ۱- میانگین ناامیدی، سلامت روان، فراشناخت و رفتار پر خطر نوجوانان مورد مطالعه

شاخص آماری	میانگین ± انحراف استاندارد	نمونه
ناامیدی	۴۶/۴۰ ±۱/۸۴	۱۵۰
سلامت روان	۴۵/۷۳± ۱/۰۱	۱۵۰
فراشناخت	۶۷/۹۰ ±۲/۰۶	۱۵۰
رفتارهای پرخطر	۷۲/۰۸ ±۱/۹۹	۱۵۰

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد ناامیدی به ترتیب ۴۶/۴۰، ۱/۸۴ میانگین ناامیدی نشان‌دهنده سطح متوسط ناامیدی، میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان به ترتیب ۴۵/۷۳، ۳/۰۱ میانگین

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

سلامت روان نشان‌دهنده سطح متوسط و در آستانه بیماری سلامت روان، میانگین و انحراف استاندارد فراشناخت به ترتیب ۴۶/۴۰، ۱/۸۴ میانگین فراشناخت نشان دهنده سطح متوسط فراشناخت و رفتارهای پرخطر به ترتیب ۷۲/۰۸، ۱/۹۹ نوجوانان می‌باشد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین مولفه‌های ناامیدی (به‌جز انتظار منفی نسبت به آینده) با رفتارهای پرخطر در سطح $p\leq$ ۰/۰۱ رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. به‌طور کلی بین هیجان طلبی و رفتارهای پرخطر نوجوانان با هم ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۲- بررسی همبستگی بین ابعاد ناامیدی و رفتارهای پرخطر نوجوانان مورد مطالعه

رفتار پر خطر / ناامیدی	گرایش به مواد مخدر	گرایش به الکل	گرایش به سیگار	گرایش به خشونت	گرایش به رابطه و رفتار جنسی	گرایش به رابطه با جنس مخالف	گرایش به رانندگی خطرناک
یاس در دستیابی به خواسته ها	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۳۳**	۰/۲۵**
عدم اطمینان به آینده	۰/۳۴**	۰/۴۴**	۰/۴۵**	۰/۲۲**	۰/۳۳**	۰/۳۱**	۰/۲۵**
بدبینی	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۵۷**	۰/۵۴**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	۰/۱۹*
نومیدی در مورد آینده	۰/۱۲	۰/۳۶**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	۰/۳۹**	۰/۳۵**	۰/۳۴**
انتظار منفی نسبت به آینده	۰/۰۲	۰/۵۴	۰/۱۲	۰/۳۶	۰/۴۴	۰/۰۹	۰/۱۲

$*p\leq$۰/۰۵ $**p\leq$۰/۰۱

جدول شماره ۳- بررسی همبستگی بین ابعادسلامت روان و رفتارهای پرخطر نوجوانان مورد مطالعه

رفتار پر خطر / سلامت	گرایش به مواد مخدر	گرایش به الکل	گرایش به سیگار	گرایش به خشونت	گرایش به رابطه و رفتار جنسی	گرایش به رابطه با جنس مخالف	گرایش به رانندگی خطرناک
نشانه‌های بدنی	۰/۰۹۷	۰/۱۰۵	۰/۲۰۴	۰/۰۳۴	۰/۱۵۱	۰/۰۹۱	۰/۱۵۸
اضطراب و بی خوابی	-۰/۱۲۶	۰/۰۷۵	/۰۳۴	۰/۱۵۵	۰/۲۸۱**	۰/۱۸۰**	۰/۰۲۶
مسائل زندگی روزمره	۰/۰۸۰	۰/۰۱۵	-۰/۰۸۲	-۰/۲۸۰	-۰/۱۱۰	-۰/۱۲۷	۰/۰۷۰
گرایش به خودکشی	-۰/۳۲۳**	-۰/۲۰۳**	-۰/۲۳۵**	-۰/۰۵۰	۰/۰۱۸	۰/۱۸۸	-۰/۰۸۴

$*p\leq$۰/۰۵ $**p\leq$۰/۰۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود بین مولفه اضطراب و بی خوابی با گرایش به رابطه و رفتار جنسی (۰/۲۸۱ = r)، گرایش به رابطه با جنس مخالف (۰/۱۸۰ = r) همبستگی مثبت و در سطح $p\leq$ ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین بین گرایش به خودکشی با گرایش به مواد مخدر(-۰/۳۲۳ = r)، گرایش به الکل (-۰/۲۰۳ = r) و گرایش به سیگار (-۰/۲۳۵ = r) همبستگی معکوس و منفی در سطح $p\leq$ ۰/۰۱ وجود دارد.

جدول شماره ۴- بررسی همبستگی بین ابعاد فراشناخت و رفتارهای پرخطر نوجوانان مورد مطالعه

رفتار پر خطر / فراشناخت	گرایش به مواد مخدر	گرایش به الکل	گرایش به سیگار	گرایش به خشونت	گرایش به رابطه و رفتار جنسی	گرایش به رابطه با جنس مخالف	گرایش به رانندگی خطرناک
تضاد شناختی	۰/۱۰۹	۰/۲۳۵	۰/۱۷۱	-۰/۲۹۷	-۰/۱۶۷	-۰/۰۸۶	۰/۰۳۵
باورهای مثبت	۰/۴۷۲**	۰/۵۵۰**	۰/۶۱۸**	۰/۰۲۵	۰/۰۹۲	۰/۱۲۴	۰/۲۴۲**
خودآگاهی شناختی	۰/۱۰۰	۰/۰۵۳	۰-۰/۲۰۰**	-۰/۲۹۴**	-۰/۱۲۳	-۰/۲۷۴**	-۰/۰۰۹
کنترل ناپذیری و خطر افکار	-۰/۰۱۰	۰/۰۳۷	-۰/۰۰۹	-۰/۳۷۲	-۰/۲۲۰	-۰/۱۶۱	۰/۱۲۶
نیاز به کنترل افکار	۰/۰۸۲	۰/۲۵۸	۰/۰۹۷	-۰/۲۹۱	-۰/۰۴۰	-۰/۱۴۷	۰/۱۴۱

$*p\leq$۰/۰۵ $**p\leq$۰/۰۱

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود بین مولفه باورهای مثبت با گرایش به مواد مخدر (r = ۰/۴۷۲)، گرایش به الکل (r = ۰/۵۵۰)، گرایش به سیگار (r = ۰/۶۱۸)، گرایش به رانندگی خطرناک(r = ۰/۲۴۲) همبستگی مثبت و در سطح $p\leq$۰/۰۱ وجود دارد. همچنین بین خودآگاهی شناختی با گرایش به سیگار (r = -۰/۲۰۰)، گرایش به خشونت (r=-۰/۲۹۴) و گرایش به رابطه با جنس مخالف (r=-۰/۲۷۴) همبستگی معکوس و منفی در سطح $p\leq$ ۰/۰۱ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی روابط بین ناامیدی، سلامت روان و فراشناخت با رفتارهای پرخطر جوانان زاهدان می باشد. نتایج حاصل نشان داد که ناامیدی، سلامت روان، فراشناخت و رفتارهای پرخطر دارای سطح متوسطی می‌باشد. همچنین نشان داد که بین ناامیدی (متغیر مستقل) با رفتار پرخطر (متغیر وابسته) رابطه‌ای مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت روان و فراشناخت (متغیر مستقل) با رفتار پرخطر (متغیر وابسته) در بعضی مولفه‌ها رابطه‌ای منفی و بعضی مثبت معناداری وجود دارد.

یافته‌های این پژوهش با توجه به جدول شماره ۲ ضریب همبستگی نشان می‌دهد بین مولفه‌های ناامیدی (یاس در دستیابی به خواسته‌ها، عدم اطمینان به آینده، بدبینی و نومیدی در مورد آینده) با رفتارهای پرخطر بصورت مثبت و مستقیم رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین می توان گفت با بالا رفتن میزان ناامیدی میزان رفتارهای پرخطر وجوانان افزایش می‌یابد. نتایج این پژوهش با یافته‌های فصیحی‌منش (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

همچنین در جدول شماره ۳ بین متغیر اضطراب و بی‌خوابی با (گرایش به رابطه و رفتار جنسی/ جنس مخالف) بصورت مثبت و بین متغیر گرایش به خودکشی با (گرایش به مواد مخدر، الکل، سیگار) به صورت منفی، همبستگی در سطح $p\leq$ ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. نتایج با یافته‌های رجب زاده و همکاران (۱۳۹۵)، رحیمی و سیر جهرمی (۱۳۸۸) و شاهی و احمدیان (۱۳۸۳) همسو می‌باشد. نتایج این بخش به طور غیرمستقیم با پژوهش، تجویدی و ضیغمی محمدی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. بنابراین می توان استنباط کرد جوانانی که دچار اضطراب و بی‌خوابی می‌شوند افکار و تمایلات آنها به سمت جنس مخالف بیشتر گرایش دارد. از طرفی هم گرایش به خودکشی هر چه در جوانان بالا باشد میزان تمایل آنها به مواد مخدر کمتر می‌باشد و بالعکس. همچنین در جدول شماره ۴ بین باور های مثبت با (گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به رانندگی خطرناک) به‌صورت مثبت و بین متغیر خودآگاهی شناختی با (گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه با جنس مخالف) به صورت منفی ارتباط وجود دارد. یافته‌ها با پژوهش نیک منش و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد.

سال‌ها قبل، *Beek, Wesman, Lester & Treksler* (۱۹۷۴) مقیاس ناامیدی را برای اندازه‌گیری تظاهرات شناختی، عاطفی و انگیزشی انتظارات منفی بزرگسالان در مورد آینده طراحی کردند. آنها مطرح کردند از آنجایی که ناامیدی با توانایی شناختی افراد، که برای مفهوم پردازی ادراک فرد در مورد آینده ضرورت دارد، ارتباط زیادی دارد. افراد باید از نظر رشدی توانایی تجربه ی مولفه های ضروری هیجان و شناخت، برای مثال توجه به زمان و ارزیابی احتمالات را داشته باشند تا بتوانند حس ناامیدی را درک کنند (۲۶). ناامیدی، تجربهٔ بدبینی شدید در مورد آینده و بخشی از نظام سه گانهٔ شناختی است که به همراه دید منفی به خود و جهان اطراف، به نظر می رسد افراد ناامید قادر نیستند انتظارات مثبتی در مورد آینده پرورش دهند (۲۷). سلامت روان یعنی پیشگیری از بیماری‌های روانی که پیشگیری به معنی وسیع آن عبارت است از به‌وجود آوردن عوامل و شرایطی که در واقع تکمیل‌کننده زندگی سالم و بهنجار می‌باشد و به همین دلیل درمان اختلال‌های روانی نیز جزیی از این فعالیت‌ها می‌باشد (۲۸). *Flavell* درباره دانش فراشناختی به سه مؤلفه اطلاع فرد از نظام شناختی خود، اطلاع فرد از تکلیف و اطلاع فرد از راهبردها اشاره کرده است. اطلاع فرد از نظام شناختی خود به دانش فرد اشاره دارد در مورد آنچه باید درباره یادگیری و پردازش اطلاعات بداند و شامل اطلاعاتی مثل توانایی‌های

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

حافظه، مراحل حافظه و ... می‌باشد (۲۹). اطلاع فرد از راهبردها به آگاهی شناختی و فراشناختی اشاره دارد و این که فرد بداند چه وقت و کجا، از چه راهبردی می‌تواند استفاده کند (۳۰). اطلاع فرد از تکلیف شامل دانش درباره ماهیت، نوع کیفیت و چگونگی تکلیف است که قرار است فرد با آن درگیر شود (۳۱). یکی از مشکلات جامعه بشری که مرتبط با سلامت افراد است و روز به روز بر میزان آن افزوده می‌شود، سوء مصرف مواد است سال‌هاست که در همه کشورها، موضوع مواد مخدر به یکی از مهم ترین مسائل اجتماعی تبدیل شده و در سال‌های اخیر، در سطح جهانی ابعاد نگران‌کننده‌های یافته است (۳۲). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های در ایالت متحده، ۶ نوع بحرانی از رفتارهای پرخطر نوجوانان شامل عدم فعالیت جسمانی، عادات غذایی ضعیف، سیگار کشیدن، مصرف الکل، رفتارهای جنسی و خشونت را مشخص کرده است که باعث مرگ و میر در بین جوانان و بزرگسالان می شود. این رفتارها نه تنها سلامت فعلی و آتی نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. پرخاشگری و نزاع فیزیکی، افکار خودکشی‌گرایانه، نوشیدن مواد الکلی، سوء مصرف مواد و فعالیت جنسی جزء رفتارهای پرخطر بشمار می‌روند (۳۳). *Karger & Grorer* (۲۰۰۳) خطرپذیری را به رفتارهایی اطلاق می‌کنند که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد. صدمات و خسارت‌های جبران ناپذیر رفتارهای پرخطر نوجوانان و بالا بودن هزینه‌های زمانی و مالی اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی، پیشگیری را بهترین رویکرد برای کاهش رفتارهای پرخطر و تهدید کننده در سطح جامعه معرفی می‌نماید (۳۴).

با توجه به نتایج می‌توان استنباط کرد که با بالا رفتن ناامیدی میزان رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد. همچنین بین سلامت روان و فراشناخت با رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معکوسی وجود دارد. پیشگیری، چاره ای منطقی برای ایمن‌سازی روانی و اجتماعی ارایه می‌دهد. فرض بنیادی راهبردهای پیشگیرانه این است که پیشگیری از رفتارهای پرخطر راحت‌تر، کم هزینه‌تر و موثرتر از درمان آن است. بررسی رفتارهای پرخطر از حیث نتایجی که برای زندگی، سلامتی و رشد روانی و اجتماعی نوجوان به همراه می‌آورد از قبیل؛ بیماری‌های روحی و روانی همچون افسردگی، ناخوشی و حتی مرگ ، ایدز و بیماری های جنسی، ترک تحصیل، فرار از مدرسه، عدم موفقیت تحصیلی و شغلی و درگیری در جرائم مختلف دارای اهمیت است. مصرف مواد، پدیده‌ای است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد. به طوری که می‌تواند شخص درگیر را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی‌کند. بنابراین، این موضوع نیازمند برخورد جدی و البته علمی مسئولان است. در حال حاضر اطلاعاتی از داخل و خارج از کشور در دست است که نشان می‌دهد مصرف مواد در بین قشر جوان و نوجوان رو به افزایش است. با توجه به ساختار جمعیتی جوان ایران، یکی از گروه‌های در معرض خطر هستند. مصرف مواد در جمعیت موجب صدماتی خواهد شد که از آن جمله می توان به اختلال در روند تحصیل و در نتیجه رکود علمی، انتشار بیشتر مصرف در جامعه و ترویج فرهنگ مصرف در کل جامعه به علت الگو قرار دادن قشر تحصیل کرده، اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که سازمان محترم هلال احمر و کلیه جوانانی که در این مطالعه صبورانه همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. شایان ذکر است که این مقاله حاصل کار پایان نامه است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

References

1. Baumgartner SE, Altenburg Pm, Peter J. Assessing Causality in the Relationship Between Adolescents' Risky Sexual Online Behavior and Their Perceptions of this Behavior. J Youth Adolesc .2001; 39(10): 1226–1239.

2. Wilson F, Mabahala M. Key concepts in public Health. First edition. Los Angeles. SAGE publication Ltd; 2009:246.

3. Cloninger CR. Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament. Character, & Coherence.Tempermant, charachteran InU. M. Staudinger & U. L Lindenberger Kluwer Academic Publishers; 2003: 159-82.

4. Kroger J. Identity development: Adolescence through adulthood. Thousand Oaks, California: Sage Publicatio, 2000.p. 22-28.

5. Rahemi Movaghar A, Sahime Ezadiyan E. & Yonesiyan M. A review of the state of consumption of substances in the students of the country. PQ. 2006. 2, 83-104.[In Persian]

6. Saduk BJ, Saduk and Virginia A. Summary of Psychiatry, Vol. 1 and 2. Trans: Pour Afkari N. Tehran: Shahab Abbas Publications; 2009. P. 84- 90.

7. Nolen-Hoeksema S. & Hilt LM. Gender differences in depression. 2th ed. New York: The Guilford Press; 2009. P. 386- 404.

8. Toneatto T. Metacognition and Substance use. Addictive Behaviors. 1999; 24 (2): 167- 74.

9. Flavell JH. Metacogntive aspects of problem solving. In: Resnick L, editor. The nature of intelligence. Hillsdale: Erlbum, 1976.

10. Sadeghi Z and Mohtashemi R. The role of metacognition in the learning process. Quarterly Journal of Psychological Strategies. 2010; 3(4):148-143.[In Persian]

11. Ababaf Z. Comparison of cognitive and metacognitive strategies high school students the ability level of resolution, field of study and provide recommendations on the areas of gender and curriculm development. J Educ Innove. 2008; 25(7): 119- 50.

12. Kadivar P. Educational psychology. Tehran: samt publication; 2004. P.1- 230.

13. Wells A. Emotional disorders and metacogntion. Chichester: Wiley; 2000. P. 867- 70.

14. Heinrich, Liesl M, & Gullone, Eleonora. "The clinical significance of loneliness: A literature review". Clin Psychol Rev. 2006; 26(6): 695-718.

15. Glavar JE, Brouning A. Educational psychology. Tehran: Markaz-e- Nashr Publication. 1996. P.1-619.

16. Aeti Nazad N. The Effect of Teaching Cognitive Strategies and Metacognitive Strategies on Written Function of Students with Primary Learning Disabilities. Master's Degree, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, 2012.p. 1-120. [In Persian]

17. Jagger C. Mental health indicators in Europe international seminar on the measurement of disability. UN International Seminar on the Measurement of Disability, New York. 2001.p. 1-50.

18. Ryff CD, Singer B. Psychological wellbeing meaning measurement, and implications for psychotherapy research. J Psychother Psychosomat. 1996; 65(1): 14-23.

19. Melges F, & Bowlby J. Types of hopelessness in psychopathological process. Archives of General Psychiatry. 1969; 20(6):690-699.

20.Motahari Nia P . Relationship between loneliness, self-concept and self-esteem with drug orientation among students of Islamic Azad University, Yasouj Branch. Applied Literature. 2017; 26 (1): 1- 17.[In Persian]

21.Rajabzadeh Z, Najjar Asl N, Shahbazi Moghadam Gh and Pour Akbaran E. The Relationship between Internet Addiction with Loneliness and General Health in Girl Students. Special Issue of the 3th International Conference on Psychology and Education. 2016; 18: 542-546.[In Persian]

22.Nick Manesh Z, Kazemi Y. Khosravi M. The Role of Loneliness and Difficulty in the Emotional Settlement on Substance Abuse. Journal of Research on Health. 2015; 4 (1): 55-64.[In Persian]

23.Rahimi Ch. Nikousir Shahrami M. The Relationship between Mental Health and Drug Abuse in Student Dormitories Tolo Health Journal. (Third Congress of Risk-Behaviors). 2009; 8(3, 4): 31-32.[In Persian]

24. Wells A. & Papageorgiou C. Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behave Res and Ther, 1995. 33: 579- 583.

25. Wells A. & Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognition and worry in GAD, panic disorder, Social phobia, depression and non patients. Behave Ther. 2001. 32: 85- 102

26. Siomopoulos G. & Inamdar SC. Developmental aspects of hopelessness. 1979; 14(53): 233-239.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

27. Mohammad Khani P. and Rezaei Dahaha A Guidelines for the evaluation of diagnosis and treatment, suicidal thoughts and behavior of children and adults. First edition.Tehran: Publication of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. P. 1- 164.[In Persian]

28. Anasore M. The Relationship Between Mental Health and Happiness of Female and Male Students. Thought and Behavior. 2007; 2(6): 76-77.[In Persian]

29. Swason C. What is metacognition? J Educ Psychol. 1990; 211: 114- 123.

30. Flavell JH, Miller P. Social cognition. 5 ed. In: Doman W, Kuhn, D., Siegler, R., editors. Hand book of child psychology: Cognition perception and language. New York: john Wiley and sons; 1998.

31. Carr M & Joyce A. Where gifted children do and do not excel on metacognitive task. Can j Psychol. 1998; 18 (3): 212- 235.

32. Serajzadeh H. & Feizi I. Effective factors on consumption of opium and alcohol among students of Tehran University. Journal of Social Sciences.2007; 10(30): 81- 102 .[In Persian]

33. Springer A, Parcel G, Baumler E, Ross M. Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondry school students in El salvador. Social Science & medicine. 2005; 62(7): 1628-1640.

34. Soleimaniya L, Jazayeri A, Mohammad Khani P. The role of Mental health in the Emergence of high- risk Behaviors of adolescents. Social well- being. 2005; 19 (5): 75- 90.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Relationship between frustration, mental health and metacognition with high-risk behaviors in adolescents

Mohseni S[1], Hoseini S A[2], kahaki F[3], Hoseini F[4], Mirshekari L[5]

1. Master of Educational Research, Depattment of Educational Sciences and Psychology, Sistan and Baluchestan university, Zahedan, Iran

2. Master of Philosophy and theology, Depattment of Payame Noor Univercity of Yazd, Yazd, Iran

3. Lecturer, Depattment of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University of Zahedan, Zahedan, Iran

4. Master of General Psychology, Depattment of Educational Sciences and Psychology, Zahedan, Iran

5. MSc. Nursing, Lecturer Researcher, Iran University of Medical Sciences , Iran.

Abstract

Background & Aim: *The perceived risk of adolescents as an expected condition of this age group is not necessary as a deviant behavior for prevention. The purpose of this study was to investigate the relationship between disappointment, mental health and meta-cognition with high-risk behaviors in adolescents (Zahedan Red Crescent Centr).*

Material & Method: *This descriptive correlation study was carried out in the Red Crescent Center of Zahedan in 1396. The population of the study was 1730 and the sample size was estimated using 150 Morgan table with available sampling method. Despair, mental health, metacognition and high risk behaviors were used to collect data. Data were analyzed by using correlation and regression tests in SPSS19 software.*

Results: *The results of this study showed that disability, mental health, and meta-cognition were moderate in adolescents. Pearson test results showed that there was a significant relationship between disappointment and high risk behaviors ($P \leq 0.01$). There was a significant relationship between mental health dimensions of anxiety and insomnia (direct and positive) and suicidal tendencies (reverse and negative) with high risk behaviors ($P \leq 0.01$). Also, there was a significant relationship between metacognitive dimensions of positive beliefs (direct and positive) and self-knowledge (reverse and negative) with high risk behaviors ($P \leq 0.01$).*

Conclusion: *The results of this study showed that there is a significant correlation between disappointment, mental health and metacognition. Prevention provides a rational solution for psychosocial and social safety. Prevention of high-risk behaviors is easier, less costly and more effective than treatment.*

Key words: *Despair, Mental Health, Metacognition, Risky Risk, Adolescent*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]