



Care of Risky Behaviors According to the Socio-economic Status of the Family: A Case Study of Tabriz City

Hamidreza Atefifar¹, Hossein Aghajani Marsa^{2*}, Alireza Mohseni Tabrizi³

1- Ph.D. Candidate in Social Problems of Iran, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

Email: Hos.aghajani@iauctb.ac.ir

Received: 29 June 2023

Accepted: 11 Non 2023

Abstract

Introduction: Drinking alcohol, smoking, having unsafe sexual relations, and violence are high-risk behaviors that are considered a serious threat to public and individual health, however, in some families, teenagers tend to these behaviors or some of them have experienced; But parents take care strategies to prevent the occurrence of these behaviors; Triple care strategies are family-based interventions, the most efficient of which is the process (procedural) strategy in caring for the tendency to risky behaviors or their control. The purpose of this research was the typology of strategies for taking care of high-risk behaviors according to the SES of the family.

Methods: This research was a descriptive-correlation quantitative research. The statistical population included all urban families of Tabriz in 2022, according to Cochran's formula, 384 families were selected by multi-stage cluster method. In order to collect information, two measurement tools were used (a checklist of strategies for taking care of high-risk behaviors and a questionnaire of the SES of the family). One-way analysis of variance (F) and linear regression with SPSS 26 were used to investigate the relationships between variables.

Results: The findings showed that the average strategies for taking care of high-risk behaviors are significantly different based on the SES of the family, and the higher socio-economic classes prefer more appropriate strategies (efficient, procedural, or procedural) than the lower classes. To take care of children against risky behaviors.

Conclusions: Families with medium and low SES (which includes a high percentage of families) use relatively more ineffective care strategies (inefficient and occasional) to control high-risk behaviors; In order to improve the general health of society and reduce the burden of diseases, it is necessary to adopt policies and implement prevention-based cultural-educational programs to transform inefficient care strategies into a (procedural) process.

Keywords: Risky behaviors, Care strategies, Socio-economic status, Prevention, Public health, Family-based interventions.



تیپولوژی راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر بر حسب وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده: مورد مطالعه شهر تبریز

حمیدرضا عاطفی فر^۱، حسین آقاجانی مرساء^{۲*}، علیرضا محسنی تبریزی^۳

۱- دانشجوی دکترای بررسی مسائل اجتماعی ایران، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲- دانشیار جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳- استاد جامعه شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: حسین آقاجانی مرساء، دانشیار جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
ایمیل: Hos.aghajani@iauctb.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۸

چکیده

مقدمه: مصرف مشروبات الکلی، دخانیات، مواد مخدر، داشتن روابط جنسی نایمن و خشونت، رفتارهای پرخطری هستند که تهدیدی جدی برای سلامت عمومی و فردی محسوب می شوند با این حال در برخی خانواده ها، نوجوانان به این رفتارها گرایش داشته و یا سطوحی از رفتارهای پرخطر را تجربه کرده اند؛ اما والدین به وسیله راهبردهای مراقبتی، برای پیشگیری از بروز این رفتارها، اقدام می نمایند؛ راهبردهای مراقبتی سه گانه، مداخلاتی خانواده محور هستند که نوع فرایندی (رویه ای) کارآمدترین راهبرد در مراقبت از گرایش به رفتارهای پرخطر و یا کنترل آن ها می باشد. هدف این پژوهش سنخ شناسی راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر بر حسب وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده بود.

روش کار: این تحقیق یک پژوهش کمی و از لحاظ فرایند، روش جمع آوری اطلاعات و تحلیل، توصیفی-همبستگی بوده است. جامعه ی آماری شامل کلیه خانواده های شهری تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که طبق فرمول کوکران، ۳۸۴ خانواده به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از دو ابزار اندازه گیری (چک لیست راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر و پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده) استفاده شد. برای بررسی روابط متغیرها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) و رگرسیون خطی با SPSS 26 استفاده گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد میانگین راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده بطور معناداری متفاوت است و طبقات اقتصادی-اجتماعی بالا نسبت به طبقات پایین تر راهبرد مناسب تر (کارآمد، فرایندی یا رویه ای) را برای مراقبت از فرزندان در برابر رفتارهای پرخطر اتخاذ می نمایند.

نتیجه گیری: خانواده های دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط و پایین (که درصد بالایی از خانواده ها را شامل می شود) به نسبت بیشتری راهبردهای مراقبتی غیرموثر (ناکارآمد و دفعتی) را جهت پیشگیری از گرایش به رفتارهای پرخطر و یا کنترل آن ها به کار می بندند؛ به منظور ارتقای سلامت عمومی جامعه و کاستن بار بیماری ها، اتخاذ سیاست ها و اجرای برنامه های فرهنگی-آموزشی پیشگیری محور جهت تبدیل راهبردهای مراقبتی ناکارآمد به فرایندی (رویه ای) ضروری می نماید.

کلیدواژه ها: رفتارهای پرخطر، راهبردهای مراقبت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، پیشگیری، سلامت عمومی، مداخلات خانواده محور.

بروز رفتارهای پرخطر می تواند کارکردهای سازمانی از جمله خانواده حتی جامعه را با چالش هایی مواجه کند. نگرانی از بروز رفتارهای پرخطر در فرزندان (به ویژه فرزندان نوجوان) یکی از دغدغه های اساسی خانواده های امروزیست. تمایل به رفتارهای پرخطر شروعی قبل از ۱۸ سالگی داشته و در نوجوانان (معروف به دوره انتقالی) سیر صعودی را نشان می دهد (۱،۲،۳،۴،۵،۶)؛ ام پوفو و همکاران (۲۰۲۳) از مراکز کنترل و پیشگیری بیماری ها (CDC) گزارش می دهند روندهای موجود در سلامت رفتاری و عاطفی نوجوانان مربوط به رفتارهای پرخطر که قبل از همه گیری کووید-۱۹ نگران کننده بود، بدتر شده است (۷). برخی یافته ها نشان می دهند مهمترین رفتارهای پرخطر عبارتند از: مصرف مشروبات الکلی، روابط جنسی نایمن، دخانیات، مواد مخدر، درگیری و خشونت (۹،۸)؛ از جمله رفتارهای پرخطر شایع در ایران می توان به رابطه جنسی خارج از ازدواج، حمل سلاح سرد، مصرف مشروبات الکلی و خودزنی اشاره نمود (۱۱، ۱۰). والدین برای مراقبت از بروز رفتارهایی از این قبیل، مصمم به اتخاذ روش های پیشگیری و راهبردهای مراقبتی می شوند. پیشگیری عبارت است از مداخله ای مثبت و از روی اندیشه به منظور مقابله با وضعیت زیان آور قبل از رخ دادن خلل و ناتوانی (۱۲). خانواده ها با اعمال راهبردهای مراقبتی (به ویژه نوع فرایندی) در واقع مداخله ای را به منظور مقابله با رفتارهای پرخطر و یا کاهش آن ها، به انجام می رسانند (۱۳). اعمال راهبردهای مراقبتی برای کنترل رفتارهای پرخطر، نوعی مداخله خانواده محور است که به منظور مراقبت از فرزندان (به ویژه نوجوان) در موضوع رفتارهای پرخطر (که مشتمل بر رفتارهای چندگانه بوده و مدت زمان مداخله نیز چندین سال طول می کشد) صورت می گیرد. البته مداخلات مختلفی ممکن است از طرف والدین برای پیشگیری یا درمان بیماری ها (از قبیل بیماری های مادرزادی، قلبی و حتی چاقی) یا اختلالات روانی (از قبیل اختلال وسواسی جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، اختلالات جنسی و افسردگی) و یا مصرف مواد یا روانگردان ها) صورت پذیرد. مثلاً اش (۲۰۱۷) مداخلات خانواده محور یا مداخلات مبتنی بر خانواده را یک راهبرد کلیدی می داند که به طرق مختلف در مورد کودکان دچار چاقی می توان توانایی والدین را برای مداخله ارتقاء داد (۱۴) و یا مولر (۲۰۰۵) معتقد است مداخلات ساده برای دستیابی

به اهداف پیشگیری موثر نیستند بلکه مداخلات پیشگیرانه- ای موثر است که دارای راهبردهای همه جانبه (فراگیر) باشد (۱۵) یا پیشنهاد بهبود مداخلات خانواده محور به منظور افزایش رشد سالم و کاهش نابرابری های بهداشتی جوانان دارای اختلال هویت جنسی (۱۶) می تواند نشانگر آن باشد که مداخلات خانواده محور مختلفی برای بهبود وضعیت مراقبتی اعمال می شود؛ همچنین مطالعه ای تاکید بر مداخلات مناسب سازی شده والدین دارد که احتمال بروز رفتارهای مشکل ساز جوانان از جمله مصرف مواد مخدر را کاهش می دهد (۱۷). لیکن «فرایندی یا رویه ای» نمودن مداخلات هست که ویژگی مقابله کنندگی در برابر رفتارهای پرخطر را کارآمد، موثر یا تقویت می نماید. بورديو معتقد است گروه های طبقاتی بر اساس سرمایه های اقتصادی و فرهنگی و البته سبک زندگی از هم متمایز می شوند (۱۸). با توجه به نظریه کنش که ریشه در مطالعات وبر دارد، الزام های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری می تواند روی انتخاب های کنشگران تاثیر بسزایی داشته باشد (۱۹). بر این اساس یکی از کنش ها می تواند کنش های مراقبتی و راهبردهای مراقبتی باشد؛ فلذا انتخاب هر نوع راهبرد مراقبتی به عنوان یک کنش اجتماعی متاثر و منبعث از وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده خواهد بود؛ همچنین ریتزر و گودمن معتقدند کسانی که دارای جایگاه یکسان در ساختار طبقه و جهان اجتماعی هستند از ساختار ذهنی مشابهی برخوردارند (۲۰). ساختارهای ذهنی مشابه، راهبردهای مراقبتی مشابهی را نیز انتخاب می نمایند. قشرهای اجتماعی هر کدام تصور جداگانه ای از دنیا و شیوه تربیتی فرزندان دارند (۲۱). خانواده ها متناسب با ساختار و ویژگیهای جامعه شناختی، برای مراقبت فرزند نوجوان از گرایش به رفتارهای پرخطر، معمولاً یکی از تیپ های سه گانه مراقبتی ذیل را اتخاذ می نمایند: الف) راهبرد مراقبتی نوع اول یا ناکارآمد؛ ب) راهبرد مراقبتی نوع دوم یا دفعی؛ ج) راهبرد مراقبتی نوع سوم یا فرایندی (۱۳)؛ رباک (جامعه شناس بالینی) مداخله را دارای خاصیت فرایندی می داند، فرایندی اجتماعی که در نهایت، نتایج عینی را به دنبال دارد (۱۲). خانواده هایی که از راهبرد مراقبتی ناکارآمد و دفعی برای مقابله با رفتارهای پرخطر استفاده می نمایند، مداخله خود را به طور ناقص و چه بسا غیرموثر و حتی آسیب رسان به انجام می رسانند (۱۳)؛ رباک معتقد است چهار مرحله (ارزیابی، طراحی برنامه، اعمال برنامه و ارزشیابی)

برای عمل مداخله طی می شود (۱۲) که در خانواده های دارای راهبرد مراقبت فرایندی این مراحل در اندازه کوچک و فشرده مشاهده می شود.

به منظور تصریح و تمایز بهتر بین راهبردهای مراقبتی، ذیلاً مشخصه های بارز، چگونگی و نوع مداخله ی خانواده محور، ویژگیهای افتراقی، آثار و نتایج راهبرد مراقبتی اعمال شده توضیح داده می شود:

راهبرد مراقبتی ناکارآمد، مشخصه های بارز: عدم آمادگی کافی اعضای خانواده در مواجهه با رفتارهای پرخطر؛ نبود راهبرد منسجم به منظور مداخله در رفتارهای پرخطر؛ استیصال و واماندگی در صورت بروز رفتارهای پرخطر. چگونگی مداخله: فاقد مداخله و اقدام منسجم موقع مشاهده ی رفتار پرخطر و فقدان تصور قبلی از امکان بروز رفتارهای پرخطر در خانواده. ویژگی افتراقی با سایر راهبردهای مراقبتی: هیچ تصمیم قبلی برای مراقبت، مداخله، مقابله یا پیشگیری در حیطه ی رفتارهای پرخطر وجود ندارد. آثار و نتایج راهبرد مراقبتی اعمال شده: مراقبت، مداخله و اقدام بخصوصی صورت نمی گیرد؛ فرزندان به احتمال زیادتری گرفتار رفتارهای پرخطر و درگیر تبعات ناشی از آن می-شوند. راهبرد مراقبتی دفعی، مشخصه های بارز: کنش های هیجانی خارج از کنترل، عصبانیت و داشتن تعاملات پرتنش موقع بروز رفتارهای پرخطر در خانواده. چگونگی مداخله: مداخلات استرس زا و همراه با هیجان های منفی موقع بروز رفتارهای پرخطر؛ بهره گیری از اقدامات لحظه-ای و دفعی برای مقابله با گرایش فرزندان به رفتارهای پرخطر؛ فقدان روش و سبکی منظم یا برنامه ریزی شده برای مقابله با ظهور و بروز رفتارهای پرخطر در خانواده. ویژگیهای افتراقی: اقدام لحظه ای، کنترل نشده، پرتنش، پر از هیجان های منفی و استرس زا هنگام مشاهده رفتار پرخطر در فرزندان. آثار و نتایج راهبرد مراقبتی اعمال شده: عدم پایداری مداخله و اقدام صورت گرفته برای کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر، به عبارتی مداخله و اقدامات پیشگیرانه منجر به کنترل و مدیریت گرایش به رفتارهای پرخطر نشده و یا در صورت توفیق، این اقدام مقطعی بوده و بازدارنگی آن در قید زمان و مکان خاصی خواهد بود؛ به هم خوردن روابط اعضای خانواده، اختلال کارکردی در انسجام و همبستگی اعضای خانواده و کج کارکردی در وظایف خانواده؛ نقص و بهم خوردگی در ظهور و بروز توانمندیهای روانی- اجتماعی خانواده. راهبرد مراقبتی فرایندی، مشخصه

های بارز: وجود آمادگی کافی برای بروز احتمالی رفتارهای پرخطر در خانواده؛ داشتن آمادگی ذهنی و برنامه ریزی مناسب برای مقابله و مداخله بهنگام؛ کنش های مراقبتی منسجم و فرایندی شده برای فرزند در معرض رفتارهای پرخطر. چگونگی مداخله: مداخلات بهنگام و پیش دستی در پیاده سازی اقدامات پیشگیرانه، خویشتن داری و احساس مسئولیت منطقی در برابر احتمال گرایش فرزندان به رفتارهای پرخطر؛ تعاملات صمیمانه بین اعضای خانواده، وجود کرامت و احترام بین اعضای خانواده؛ بهره مندی از ظرفیت آموزه های دینی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر. ویژگیهای افتراقی: وجود طمأنینه، عدم سردرگمی یا کنش های آسیب زا هنگام مشاهده رفتار پرخطر در خانواده؛ وجود برنامه ریزی، داشتن زمینه ی مقابله و آشنایی با روش های پیشگیری جهت انجام اقدامات لازم قبل، حین و بعد از بروز رفتارهای پرخطر. آثار و نتایج راهبرد مراقبتی اعمال شده: کارکردهای عمده خانواده پابرجا بوده؛ رشد و شکوفایی در ابعاد مختلف ظهور و بروز می یابد؛ رفتارهای پرخطر فرزندان و تبعات ناشی از آن ها به حداقل ممکن می رسد (۱۳).

فاف، پاتل و کی سر (۲۰۲۱) معتقدند رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که تاثیر نامطلوبی بر رشد فراگیر و وضعیت سلامتی افراد می گذارند و می توانند مانع موفقیت و رشد بهینه آن ها گردند و این قبیل رفتارها (مثلاً خشونت) می تواند منتهی به صدمات فیزیکی شده و یا منجر به رفتارهایی شوند که تاثیرات منفی توسعه یابنده دارند (از جمله سوء مصرف مواد، الکل و استعمال سیگار) (۲۲).

عوامل متعددی در گرایش به رفتارهای پرخطر تاثیر دارند که در بین آن ها، ناکارآمد بودن کنترل های خانوادگی (۲۳)، بی توجهی والدین، مشکلات اقتصادی- اجتماعی خانواده (۲۴)، تجربیات نامطلوب انباشته شده از دوران کودکی (۲۵) و یا سایر عوامل خانوادگی (از قبیل عملکرد ارتباطی ضعیف بین اعضای خانواده، نظارت و انضباط ناکافی والدین) اهمیت زیادی دارد (۲۶،۲۷) و یا فزونی تعارضات خانوادگی، اختلاف های مستمر و پردوام والدین، نوجوان را به سمت رفتارهای پرخطر سوق می دهد (۲۸،۲۹).

یکی از نظریه‌هایی که برای تبیین روابط میان رفتارهای پرخطر و وضعیت اقتصادی- اجتماعی می‌توان از آن بهره جست، نظریه فشار است. نظریه فشار بر آن است به طور عمده رفتارهای پرخطر و انحرافی در میان افراد طبقه پایین

این امر منجر به رخداد رفتارهای پرخطر شود. نظریه های کارکردگرایی انحراف، کجروی و رفتارهای پرخطر را ناشی از تنش های ساختاری و نبود ترتیب اخلاقی در جامعه می دانند (۱۸)؛ مرتن ساختار اجتماعی را عامل به وجود آورنده رفتار انحرافی قلمداد می کند. وی با الگوسازی فرهنگی بین اهداف و وسیله دستیابی به آن ها درصدد کشف این نکته است که چطور بعضی از ساختارهای اجتماعی فشاری قاطع بر بعضی از اشخاص در جامعه وارد می سازند تا به جای رفتار مبتنی بر هنجار و هم‌رنگی به رفتارهای ناهنجار و ناهم‌رنگی مبادرت ورزند؛ وی معتقد بود وقتی بین اهداف فرهنگی (مانند موفقیت و ثروت) و وسائل تشکیلاتی جهت دستیابی به این اهداف (مانند تحصیلات و دوستان متنفذ) عدم تناسب وجود داشته باشد در آن صورت افرادی که در یک ساختار اجتماعی تحت فشار قرار گرفته‌اند، احتمالاً بیشتر از دیگران، رفتار انحرافی و پرخطر خواهند داشت (۳۱). وضعیت اجتماعی-اقتصادی شامل درآمد، دستاوردهای تحصیلی، اعتبار شغلی و ادراکات ذهنی از وضعیت اجتماعی و موقعیت افراد یا خانواده ها در سلسله مراتب اجتماعی است. وضعیت اجتماعی-اقتصادی می تواند ویژگیهای مربوط به کیفیت زندگی و همچنین منابع، فرصت ها و امتیازات ارائه شده به افراد یا خانواده ها در جامعه را در برگیرد (۲۱). پایگاه اجتماعی-اقتصادی به مثابه چارچوب یا ظرف اجتماعی است که در قالب آن، نحوه مواجهه اشخاص با محیط اجتماعی ساخته و پرداخته می شود (۳۲)؛ از آنجاییکه فرصت های زندگی (از قبیل مرگ و میر کودکان، طول عمر، امکان دستیابی به منابع، تحصیلات عالی، بدکارکردهای خانوادگی مانند طلاق، تمایل داشتن به رفتارهای پرخطر و بزهکاری نوجوانان) و سبک زندگی (از قبیل محله مسکونی و انتخاب نوع مسکن، نحوه گذران اوقات فراغت، امکانات رفاهی، انتخاب نوع کالا و خدمات فرهنگی) در طبقات اجتماعی مختلف ظهور و نمودهای متنوعی دارد، انتظار می رود اتخاذ نوع راهبرد مراقبتی در برابر رفتارهای پرخطر (ناکارآمد، دفعتی و فرایندی) نیز در وضعیت های اجتماعی-اقتصادی مختلف (پایین، متوسط و بالا)، متفاوت باشد.

اندرسون و همکاران (۲۰۲۲) معتقدند وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و شیوه های سخت گیرانه والدین هر کدام نشان دهنده عوامل خطر ثابت برای سلامت فرزندان هستند (۳۳). یافته های پژوهش پان دی و گائور (۲۰۲۱) حاکی از آنست شرایط بد اجتماعی-اقتصادی والدین روی همه

و محروم به علت فشارهای اقتصادی-اجتماعی رخ می دهد. افراد فقیر و محروم جامعه به لحاظ مسکن، تغذیه، آموزش بهداشت، اشتغال و سایر امکانات رفاهی در وضعیت نامطلوب و ناگواری قرار دارند و چنین افرادی با تنگناهای مختلفی در جامعه دست و پنجه نرم می کنند بنابراین نوجوانان این طبقه در نیل به اهداف و آرزوهای خود همواره احساس محرومیت نسبی دارند در چنین وضعیتی، نوجوانان به منظور تامین نیازهای روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خود مرتکب رفتارهایی برخلاف هنجارهای جامعه می شوند (۱۸). نظریه محرمیت نسبی بر این اصل استوار است که عامل محرمیت نسبی به تفاوت های گوناگون درآمدی در بین طبقات مختلف جامعه توجه دارد. براساس این دیدگاه، افراد خودشان را متعلق به گروهی می دانند که در آن زندگی می کنند. درجه محرومیت بصورت تفاوت درک شده میان انتظارات ارزشی و توانایی های ارزشی افراد است. در اقتصاد نئوکلاسیک، افراد شانس های شغل و درآمد خود را براساس سطوح آموزش و وضعیت بازار کار آزاد تعیین می کردند. در مدل محرومیت نسبی، افراد سرنوشت خود را مشابه همالان خود درک می کنند. در این راستا دانزیگر و ویلر (۱۹۷۵) نیز به این نکته اذعان داشته‌اند که رفتارهای پرخطر و مجرمانه تابعی از نابرابری های اقتصادی است. همچنین یکی از نظریه‌هایی که می تواند در تبیین روابط پرخطر و وضعیت اقتصادی اجتماعی کمک کند، تضاد طبقاتی مارکس است. در واقع تلاش برای ارتباط رفتارهای پرخطر و تضاد طبقاتی، اغلب به تحلیل های مارکسیسم برمی گردد. استفاده از قانون مفروضه نظام‌مندی از تبعیض علیه طبقات فقیر است. در این راستا تیلور و همکاران (۱۹۷۵) پیش‌بینی کردند که رفتارهای انحرافی و پرخطر ممکن است عکس‌العمل به چالش های زندگی در یک جامعه دارای تضاد باشد (۳۰).

نظریه های دورکیم و مرتون نیز تا حدودی می توانند به تبیین موضوع تحقیق کمک کنند. در این راستا دورکیم معتقد بود علل پیدایش آنومی را باید در ساخت هر جامعه مطالعه و جست وجو کرد. گاهی جامعه‌ای با رشد سریع اقتصادی-اجتماعی مواجه شده و عده‌ای از افراد به سرمایه‌های زیادی دست می یابند و نمود این سرمایه و ثروت که به اشکال گوناگون برای اقشار فقیر جلوه گری می کند باعث برهم زدن ساختار پایدار نیازهای این اقشار شده و ممکن است در شرایطی که جامعه دارای نارسایی های اقتصادی است و دستیابی عمومی به امکانات محدود است،

فرزندان تاثیر می گذارد (از متوسط تا زیاد در حوزه های مختلف آموزش، سلامت روانی و فیزیولوژیک) (۳۴).
نتایج پژوهش استال و همکاران (۲۰۱۷) در آلمان مشخص می کند فرزندان والدین دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، سطوح کیفی نسبتاً پایین تری را در ابعاد مختلف تجربه می کنند (۳۵).

یافته های پژوهشی برلاکا و همکاران (۲۰۱۷) در اوکراین حکایت از آن دارد والدین با تحصیلات پایین، بیشتر از شیوه های مراقبت (تربیت) منفی استفاده می کردند همچنین در ادامه خاطرنشان می کند تحصیلات والدین و درآمد بالاتر خانواده به طور معنادار و غیرمستقیم با نمرات مثبت و منفی مراقبت مرتبط بود (۳۶). وو و همکاران در مطالعه ای به بررسی وضعیت اقتصادی-اجتماعی و مصرف مشروبات الکلی در میان چینی ها پرداخت نتایج حکایت می کند درآمد، با احتمال مصرف منظم الکل فعلی ارتباط مثبت دارد در حالی که با تحصیلات ارتباط منفی دارد (۳۷). نتایج تحقیق لمسترا و همکاران که به بررسی مصرف الکل براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی در میان نوجوانان ۱۰ تا ۱۵ ساله اروپایی پرداخته بودند، نشان داد وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین با شیوع رفتار خطرناک ماری جوانا و الکل در نوجوانان بین ۱۰ تا ۱۵ سال ارتباط معنادار دارد (۳۸). هنسون و چن در مطالعه ای با هدف بررسی نحوه تاثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر رفتارهای نوجوانان به این نتیجه رسیدند نوجوانانی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایینی داشتند، میزان مصرف سیگار و تغذیه غذاهای زیان آور در میان آنان بیش از سایر نوجوانان بود (۳۹).

مادراسوا جکوا و همکاران در مطالعه ای با موضوع تاثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی والدین بر مصرف سیگار نوجوانان به این نتیجه رسیده بودند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین بر مصرف سیگار نوجوانان تاثیر می گذارد (۴۰). رید و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی وضعیت اجتماعی-اقتصادی و استعمال دخانیات در کانادا به این نتیجه رسیدند افرادی که تحصیلات کمتری دارند در مقایسه با فارغ التحصیلان دانشگاهی، به احتمال بیشتری سیگار مصرف کنند. همچنین افراد سیگاری با تحصیلات بالا نیز احتمال بیشتری دارد که سیگار را ترک کنند (۴۱). شاپ و کانست نیز در پژوهشی با موضوع پایش نابرابری های اجتماعی-اقتصادی در مصرف سیگار به این نتیجه رسیدند علاوه بر سطح تحصیلات، معیارهای ثروت خانواده و طبقه

شغلی آن ها ارتباط قوی با مصرف سیگار دارد (۴۲).
مطالعه پژوهش های قبلی در دسترس نشان می دهد بررسی های زیادی در رابطه با رفتارهای پرخطر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده و رابطه این دو صورت گرفته است اما مطالعه ای مبنی بر چگونگی راهبردهای مراقبت و رابطه آن با کنترل و کاهش این رفتارها در نوجوانان نبوده است در حالیکه چنین پژوهشی می تواند درک بیشتر و جامع تری از مداخلات خانواده محور با وضعیت های اجتماعی-اقتصادی مختلف در دسترس قرار دهد تا برنامه ریزی هایی برای ارتقای سلامت عمومی، بهبود تعاملات خانوادگی و کاهش رفتارهای پرخطر اتخاذ نمود.

نظر به بیان مساله، اهمیت و ضرورت موضوع، مبانی نظری، یافته های پژوهشی دیگر و خلاء و شکاف موجود در مورد مساله پژوهش، مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال اصلی هست که: وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده در اتخاذ نوع راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر به چه نحو می تواند نقش داشته باشد؟ به عبارت دیگر تیپولوژی راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر بر حسب وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده چگونه است؟

روش کار

روش پژوهش با توجه به هدف، کاربردی و از منظر شیوه گردآوری داده ها از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل ۵۱۸۰۰۰ خانواده از نقاط شهری تبریز در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، با ضریب اطمینان (t) ۱/۹۶، میزان خطای ۰/۰۵، مقدار دقت نمونه گیری (d) ۰/۰۵ و مقدار S طبق مطالعه پایلوت برابر با ۰/۴۹۹، ۳۸۴ خانواده تعیین شد.

$$n = \frac{N t^2 S^2}{Nd^2 + t^2 S^2}$$

انتخاب افراد نمونه برای مطالعه با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انجام شد.

برای استفاده از این شیوه نمونه گیری با در نظر گرفتن این نکته که شهر تبریز، از لحاظ کاربری شامل ۱۰ منطقه می باشد، پس از تعیین حجم نمونه و تقسیم شهر تبریز به مناطق ده گانه به نسبت جمعیت هر منطقه، نمونه ها تخصیص یافتند. سپس از هر منطقه سه محله انتخاب و از

حمیدرضا عاطفی فر و همکاران

از گزینه انتخابی در هر یک از پنج مولفه لیبرتی بوده است (در جدول ۱ برخی اندازه‌های آماری مولفه‌های پنج‌گانه درج شده است). همچنین نحوه نمره دهی در چک لیست راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر نیز بر اساس گزینه انتخابی شرکت کننده مبتنی بر اقدام والدین و برخی از ویژگی‌های جامعه شناختی خانواده‌ها از قبیل نحوه توزیع قدرت، روابط اجتماعی اعضای خانواده، نوع مداخلات خانواده محور، کیفیت نظارت و حمایت بوده است.

چک لیست راهبردهای مراقبت حاوی ۱۵ گویه چند گزینه‌ای و مشتمل بر پنج مولفه بود:

۱- ساختار توزیع قدرت در خانواده؛ ۲- نظارت و چگونگی کنترل‌های والدینی (مونیتورینگ والدین)؛ ۳- وضعیت تعاملات اعضای خانواده؛ ۴- وضعیت تأمین نیازهای فرزندان؛ ۵- مداخلات خانواده محور.

برای رسیدن به روایی صوری و محتوایی لازم و همچنین پایایی پرسشنامه‌ی وضعیت اجتماعی-اقتصادی در پی اجرا، روی یک نمونه کوچک از جامعه هدف به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ برآورد شد و طی گفتگو با اساتید جامعه‌شناسی روایی صوری و محتوایی آزمون نیز بعد از انجام اصلاحات لازم تایید گردید. به منظور حصول اطمینان از نرم بودن و هنجاریابی بهتر هر دو پرسشنامه، اجرای مقدماتی و در ادامه، اجرای دوم قبل از اجرای اصلی پرسشنامه‌ها بعمل آمد و بعد از اعمال تغییرات ضروری، پرسشنامه تجدید نظر شده مورد استفاده نهایی قرار گرفت. همچنین اقدام مشابه برای چک لیست راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ و روایی این چک لیست نیز برای سنجش راهبردهای مراقبت توسط اساتید در حد مطلوب دارای روایی صوری و محتوایی ارزیابی شد. متغیر راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر به صورت کمی نمره گذاری شد.

شرکت در این پژوهش برای شرکت کنندگان کاملاً داوطلبانه بوده و با ارایه اطلاعات لازم از فرایند پژوهش علمی و پاسخگویی به نکات مبهم و بعد از اطمینان از رضایت کامل و با رعایت اصول محرمانگی پاسخ دهنندگان صورت گرفت.

برای آزمون روابط میان متغیرها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) و رگرسیون خطی با استفاده از نرم افزار SPSS 26 بهره گرفته شد.

هر محله چهار کوچه و از هر کوچه به طور متوسط ۶ پلاک تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند.

ملاک ورود هر نمونه به مطالعه عبارت بود از تمایل به شرکت داوطلبانه و داشتن حداقل یک فرزند نوجوان؛ البته خانواده‌هایی که شرایط لازم این پژوهش (از قبیل نبود فرزند نوجوان و جوان در خانواده، خانوار تک نفری و...) را نداشتند در ابتدای کار، کنار گذاشته شدند.

جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز پژوهش (برای متغیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی) لازم بود وضعیت پایدار فعلی خانواده از نظر شاخص‌های فرهنگی-اجتماعی و همچنین اقتصادی در سال‌های اخیر مشخص گردد بنابراین برای دستیابی به این هدف، بعد از بررسی و مطالعه شاخص‌ها و مقیاس‌های متعدد موجود از جمله نمره پایگاه اجتماعی اقتصادی نام-پاورز، مقیاس وجهه شغلی استاندارد بین‌المللی تریمن، نمره وجهه سیگل، شاخص اجتماعی اقتصادی دانکن، شاخص دو عاملی جایگاه اجتماعی اگوست بی هولینگ شید، مقیاس مراتب شغلی تجدید نظر شده شاخص خصوصیات پایگاه وارنر، میکر و ایلز و گروه بندی اجتماعی اقتصادی مشاغل آلبا ام ادواردز (۴۳) و همچنین برای متغیر راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر، از دو پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد:

۱- پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده؛ ۲- چک لیست راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر.

پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده حاوی ۱۸ گویه و مشتمل بر ۵ مولفه بود:

۱- میزان تحصیلات؛ ۲- نوع خانه و وضعیت منطقه مسکونی؛ ۳- امکانات خانه و داشتن خودرو؛ ۴- وضعیت گذران اوقات فراغت؛ ۵- وضعیت شغل و درآمد. البته در برخی مطالعات جهت اندازه‌گیری وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده به سه مولفه‌ی شغل، درآمد و سطح تحصیلات اکتفا شده است (۴۴) همچنین، اختر در پژوهش خود غیر از موارد مذکور در پرسشنامه خود به مولفه‌های دیگری از جمله تعداد خواهر برادر، اعتبار شغلی ده ساله والدین، مراکز پزشکی-درمانی مورد مراجعه‌ی خانواده و یا وجود و عدم وجود مربی در خانه نیز پرداخته است (۴۵)؛ شیرازی نیز غیر از برخی مولفه‌های فوق به نوع مالکیت نیز در پرسشنامه خود اشاره نموده است (۴۶). نحوه نمره دهی در پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر اساس مجموع نمره حاصله

یافته‌ها

و مادران ۴۱ سال و در هر خانواده حداقل یک و حداکثر ۴ فرزند نوجوان و جوان وجود داشت. در جدول ۱ برخی اندازه‌های آمار توصیفی متغیرها و مولفه‌هایشان به تفکیک آورده شده است. براساس این جدول، دامنه تغییرات شاخص راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر در بازه ۲۶ تا ۷۱ بوده و میانگین ۴۸/۴ است.

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد از ۱۰۰ درصد مجموع شرکت‌کنندگان (۳۸۴ پاسخنامه کامل و معتبر) حدود ۱۸ درصد شرکت‌کنندگان پدر، حدود ۸۰ درصد مادر و ۲ درصد سایر اعضای خانواده بودند. میانگین سنی پدران ۴۶ سال

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها و مولفه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر	۲۶	۷۱	۴۸/۴	۱۰/۱
-ساختار قدرت در خانواده	۲	۱۰	۶/۳	۱/۷
راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر و مولفه‌ها				
-نظارت و کنترل‌های والدینی (مونیتورینگ)	۳	۱۴	۸/۳	۳/۱
-تعاملات اعضای خانواده	۴	۲۰	۱۲/۹	۵/۶
-تامین نیازهای فرزندان	۲	۱۰	۷/۵	۲/۴
-مداخلات کارآمد خانوادهمحور	۶	۲۰	۱۳/۴	۳/۵
انواع راهبردهای مراقبتی				
ناکارآمد	۲۶	۴۷	۳۹/۴	۶/۲
دفعتی	۴۸	۵۵	۵۱/۴	۲/۲
فرایندی (روپهای)	۵۶	۷۱	۶۰/۴	۳/۷
وضعیت اقتصادی-اجتماعی				
فراوانی			درصد	
پایین		۱۳۶		۳۵/۵
متوسط		۱۸۲		۴۷/۳
بالا		۶۶		۱۷/۲
کل		۳۸۴		۱۰۰

خانواده‌ها، ساختار قدرت در خانواده‌ها بهبود می‌یابد، تعاملات میان اعضای خانواده مناسب‌تر می‌شود، تامین نیازهای فرزندان افزایش می‌یابد و مداخلات والدین کارآمدتر می‌شود. نتایج آزمون F میان روابط مذکور نشان می‌دهد روابط فوق‌الذکر (غیر از دو مولفه ساختار قدرت و نظارت والدینی) از نظر آماری معنادار می‌باشد؛ همچنین در این جدول مشخص است با وجود تفاوت میانگین در مولفه ساختار قدرت خانواده و مولفه نظارت و کنترل والدینی براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نظر به بالا بودن سطح معناداری مذکور (بالاتر از ۰/۰۵)، از لحاظ آماری معنادار محسوب نمی‌شود.

برای مقایسه میانگین راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) بهره‌گرفته شده است. براساس نتایج جدول شماره ۲، میانگین راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت است و با ارتقاء طبقه اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر نیز بهبود می‌یابد. آزمون F مربوطه نیز حاکی از آن است که تفاوت میانگین‌ها با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. براساس جدول ۲، با ارتقاء طبقه اقتصادی-اجتماعی

حمیدرضا عاطفی فر و همکاران

جدول ۲. نتایج آزمون‌های مقایسه میانگین راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی

سطح معناداری	F	انحراف معیار	میانگین	وضعیت اجتماعی اقتصادی	مولفه‌های راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر
۰/۰۷۵	۲/۶	۱/۷	۶/۵	پایین	ساختار قدرت در خانواده
		۱/۸	۵/۹	متوسط	
		۱/۸	۶/۷	بالا	
۰/۹۶۶	۰/۰۱	۲/۵	۸/۴	پایین	نظارت و کنترل های والدینی (مونیتورینگ)
		۳/۳	۸/۳	متوسط	
		۳/۴	۸/۲	بالا	
۰/۰۰۰	۵۴/۷	۴/۱	۸/۳	پایین	تعاملات اعضای خانواده
		۴/۸	۱۵/۱	متوسط	
		۳/۷	۱۶/۸	بالا	
۰/۰۰۰	۳۳/۸	۲/۵	۵/۷	پایین	تامین نیازهای فرزندان
		۱/۷	۸/۴	متوسط	
		۱/۷	۸/۵	بالا	
۰/۰۰۰	۶۱/۶	۲/۲	۱۰/۳	پایین	مداخلات کارآمد خانوادهمحور
		۲/۷	۱۵	متوسط	
		۳/۱	۱۴/۸	بالا	
۰/۰۰۰	۷۰/۱	۷/۶	۳۹/۳	پایین	مجموع مولفه ها (راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر)
		۷/۴	۵۲/۸	متوسط	
		۷/۳	۵۵/۱	بالا	

فرایندی (کارآمد و موثر) نیل پیدا می کند. نتایج مربوط به آزمون F نیز حاکی از آن است که تفاوت میانگین سطوح ناکارآمدی و فرایندی براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی با عنایت به اینکه سطح معناداری آن ها کمتر از ۰/۰۵ است، از لحاظ آماری معنادار می باشد. اما تفاوت میانگین سطح دفعتی براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی از نظر آماری معنادار نمی باشد.

برای مقایسه میانگین سطوح سه گانه راهبردهای مراقبت براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) استفاده شده است. براساس نتایج جدول ۳ مشخص می شود میانگین سطوح ناکارآمدی، دفعتی و فرایندی از راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت است و با ارتقاء طبقه اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، میانگین راهبرد مراقبتی نیز افزایش می یابد یعنی از ناکارآمدی به سمت

جدول ۳. نتایج مقایسه میانگین سطوح راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی

سطح معناداری	F	انحراف معیار	میانگین	وضعیت اجتماعی اقتصادی	انواع راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر
۰/۰۰۱	۷/۶	۶/۵	۳۷/۷	پایین	راهبرد مراقبتی ناکارآمد
		۳/۴	۴۳	متوسط	
		۲/۲	۴۴/۲	بالا	
۰/۹۸۴	۰/۰۲	۲/۶	۵۱/۲	پایین	راهبرد مراقبتی دفعتی
		۲/۱	۵۱/۴	متوسط	
		۲/۲	۵۱/۵	بالا	
۰/۰۰۴	۶/۳	۰/۵۲	۵۶/۶	پایین	راهبرد مراقبتی فرایندی
		۲/۶	۶۱/۱	متوسط	
		۴/۹	۶۱/۲	بالا	

را تبیین کند. همچنین مدل‌های رگرسیونی مربوط به سطوح سه‌گانه راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی نیز نشان می‌دهد که میزان تبیین سطح راهبرد مراقبتی ناکارآمد برابر با ۱۶ درصد و سطح راهبرد مراقبتی فرایندی ۱۲ درصد می‌باشد. اما میزان تبیین سطح راهبرد مراقبتی دفعتی براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی معنادار نمی‌باشد.

برای مشخص شدن میزان تبیین راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر از مدل رگرسیون خطی استفاده شده است که اطلاعات آن در جدول ۳ ارائه شده است. اطلاعات مندرج در این جدول نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه مدل رگرسیونی راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر برابر با ۰/۳۰ و ضریب تبیین آن برابر با ۰/۹ می‌باشد. این بدین معناست که وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها توانسته است ۹ درصد از واریانس راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر

جدول ۴. مدل رگرسیونی راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی

راهبرد مراقبت از رفتارهای پرخطر					
شیب خط رگرسیون (ضریب آلفا)	بتا	t	سطح معناداری	ضریب تعیین (R)	ضریب همبستگی
۰/۲۳۱	۰/۳۰۶	۲/۸۳	۰/۰۰۶	۰/۳۰	۰/۰۹
راهبرد مراقبتی ناکارآمد (نوع اول)					
شیب خط رگرسیون (ضریب آلفا)	بتا	t	سطح معناداری	ضریب تعیین (R)	ضریب همبستگی
۴/۲۷	۰/۴	۳/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴	۰/۱۶
راهبرد مراقبتی دفعتی (نوع دوم)					
شیب خط رگرسیون (ضریب آلفا)	بتا	t	سطح معناداری	ضریب تعیین (R)	ضریب همبستگی
۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۸۴۶	۰/۰۳	۰/۰۰۱
راهبرد مراقبتی فرایندی (نوع سوم)					
شیب خط رگرسیون (ضریب آلفا)	بتا	t	سطح معناداری	ضریب تعیین (R)	ضریب همبستگی
۱/۹	۰/۳۵	۲/۵	۰/۰۱۶	۰/۳۵	۰/۱۲

متغیر مستقل
وضعیت اجتماعی-اقتصادی

مراقبتی خانواده‌ها تاثیر مستقیمی داشته باشد. به طوری که یافته‌ها نشان دادند با بالاتر رفتن سطح وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده، راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر نیز بهبود یافته و به سمت راهبرد فرایندی تمایل بیشتری می‌یابد. انجام آزمون‌های آماری ضمن تایید این امر، آشکار می‌کند وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده با سطح مطلوب راهبرد مراقبت (راهبرد مراقبت فرایندی) رابطه معنادار به صورت مثبت و مستقیم دارد. نتایج پژوهش‌های چندی در موضوع وضعیت اجتماعی-اقتصادی و حوزه پیشگیری، مراقبت، مداخلات خانواده محور، فرزندپروری، سطح سلامت جسمی-روانی، آموزش فرزندان و تعلیم و تربیت فرزندان با یافته‌های مطالعه حاضر همسویی دارد از قبیل: مطالعه‌ی اندرسون و همکاران نشان می‌دهد وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و شیوه‌های سخت‌گیرانه

بحث

امروزه مسایل و آسیب‌های اجتماعی از جمله موضوعاتی است که جوامع بشری را درگیر تبعات خود نموده است. رفتارهای پرخطر مجموعه‌ای از رفتارهای بخصوص دوره رشدی نوجوانی است که ذیل آسیب‌های اجتماعی، هزینه‌های سلامتی در ابعاد فردی و اجتماعی را تحمیل بدنه‌ای از جمعیت در حال رشد و بالندگی کشور می‌نماید. خانواده‌ها درصدد اتخاذ تدابیر مراقبتی برای پیشگیری از عوارض ناخواسته رفتارهای متنوع و پیچیده پرخطر هستند. مراقبت‌های روانی-اجتماعی در بستری از سطوح مختلف وضعیت اقتصادی خانواده، نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش و کنترل مسایل اجتماعی از جمله رفتارهای پرخطر مورد نظر این پژوهش دارند. پژوهش حاضر نشان می‌دهد وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده می‌تواند در اتخاذ نوع راهبرد

ناکارآمد بودن سوق دهد.

ملوین تاملین، برای خانواده‌هایی که در وضعیت‌های اجتماعی-اقتصادی مختلفی قرار دارند ویژگی‌های متفاوتی را ترسیم می‌کند: در خانواده‌ی طبقات پایین، تعلیم و تربیت فرزندان، از روی غریزه والدینی و بی اختیار است و پیوسته نگران تأمین معاش و ترس از بیماری و ناامنی اقتصادی و بیکاری است (۲۱). اینکه خانواده‌ها تلاش می‌کنند وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را ارتقا داده و در طبقه بالاتر جای بگیرند، کارکردگرایان ساختاری معتقدند دلیل اصلی رقابت افراد برای دستیابی به پایگاه-نقش بالاتر، برخوردار شدن از حیثیت اجتماعی است (۴۸). فیتز جerald خصوصیات اشخاص، روابط والدین، روابط اجتماعی، نحوه مراقبت از فرزندان، نحوه گذران اوقات فراغت و انتخاب نوع ورزش خانوادگی در طبقات پایین، متوسط و بالا را متفاوت از همدیگر می‌دانند (۲۱).

نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد خانواده‌هایی که در هر دو بعد اجتماعی و اقتصادی وضعیت اجتماعی-اقتصادی محروم هستند و منابع و فرصت کمتری در اختیار دارند به نسبت خانواده‌های رده‌های بالاتر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بیشتر از دو راهبرد اولی (ناکارآمد و دفعتی) برای مقابله با رفتارهای پرخطر استفاده می‌نمایند؛ این یافته تأکیدی بر طراحی و اجرای مدل‌های آموزشی موثر برای پوشش شکاف‌های دانشی و افزایش سواد راهبردهای مراقبتی والدین در سطوح مختلف وضعیت اجتماعی-اقتصادی دارد.

داشتن دورنمایی عینی برای بهینه‌سازی و ترویج سبک‌های زندگی سالم، نگاهی کل‌نگرانه برای فراگیر کردن راهبرد مراقبتی فرایندی است. بروهن (جامعه‌شناس بالینی) توصیه می‌کند برای حرکت از سبک زندگی مختل (بیماری آور) به سمت سبک زندگی سالم باید به ملاحظاتی چند در عوامل مختلف توجه کرد از قبیل: عوامل روانی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی در حال حاضر و در آینده (۴۹).

در راستای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اتخاذ سیاست‌هایی جهت کاهش فقر و نابرابری و توزیع عادلانه منابع و فرصت‌ها، افزایش تعاملات خانوادگی، بهبود ساختار و کارکردهای خانواده و ارتقای سطح رفاه عمومی می‌تواند تلاش‌های مقابله با رفتارهای پرخطر نوجوانان را پر ثمر نموده و نویدبخش مداخلاتی موثر برای کاهش

والدین، علامتی از وجود عوامل خطر ثابت برای سلامتی فرزندان هست (۳۳). استفاده از شیوه‌های مراقبت (تربیت) منفی توسط والدین با تحصیلات پایین صورت می‌گیرد همچنین تحصیلات والدین و درآمد بالاتر خانواده به طور معنادار و غیرمستقیم با نمرات مثبت و منفی مراقبت (تربیت) مرتبط است (۳۶). از آنجاییکه اتخاذ تصمیم مناسب (از جمله داشتن راهبرد مراقبتی کارآمد) با توانایی‌هایی شناختی فرد ارتباط دارد، مطالعات کوروس تأیید می‌کند وضعیت اجتماعی-اقتصادی سهم معناداری در دستاوردهای شناختی دارد (۴۷)؛ به اعتقاد ریتزر و گودمن نیز ساختار ذهنی یکسان موجب جمع شدن افراد در یک طبقه، جهان اجتماعی یا پایگاه اجتماعی-اقتصادی می‌شود (۲۰).

یافته‌های این تحقیق نشان داد خانواده‌هایی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین تری دارند به مراتب از سطوح پایین تر راهبرد مراقبتی (نوع اول: ناکارآمد) استفاده می‌نمایند؛ داشتن راهبرد مراقبتی ناکارآمد بستر ساز شیوع رفتارهای پرخطر هست، رفتارهای پرخطر نیز تعادل و سلامتی فرد و خانواده را با چالش مواجه می‌کند (۲۲)؛ این نتایج با یافته‌های پان دی و گائور نیز همخوانی دارد چرا که شرایط بد اجتماعی-اقتصادی والدین به حوزه‌های مختلف آموزش، سلامت روانی و فیزیولوژیک فرزندان تأثیر می‌گذارد (۳۴). فرزندان والدین دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، سطوح کیفی نسبتاً پایین تری را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند (۳۵).

از بین سه راهبرد مراقبتی (ناکارآمد، دفعتی و فرایندی)، راهبردی مطلوب و موثر هست که بتواند از گرایش فرزندان به رفتارهای پرخطر پیشگیری نسبتاً پایدار داشته باشد (۱۳) چرا که هدف والدین از این نحوه‌ی مداخله، مقابله با گرایش فرزندان به رفتارهای پرخطر هست و یا انجام مداخلات به منظور تغییر رفتار برای فرزندان که دچار رفتار پرخطر شده‌اند؛ چون مهمترین هدف در مداخله، تغییر رفتار است (۱۲) و میزان کارآمد بودن راهبرد مراقبتی خانواده در این امر بستگی به عوامل متعددی دارد: وجود یا عدم وجود شرایط بحران آفرین اجتماعی-اقتصادی در خانواده از قبیل بدسرپرستی و تک سرپرستی، دسترسی یا عدم دسترسی به منابع و امکانات، در اختیار داشتن و یا نداشتن خدمات و کالاهای فرهنگی یا متناسب و نامتناسب بودن آن‌ها، سطح درآمد پایین و شرایط و تجهیزات سکونت و رفاهی-بهداشتی ضعیف، ممکن است راهبردهای مراقبتی خانواده را به سمت

خانواده‌های تک سرپرست، خانواده‌هایی دارای نوجوان پرخطر، مناطق روستایی و حومه‌ی شهر و سایر شهرها انجام پذیرد.

سیاسگزارى

نویسندگان بر خود فرض می‌دانند در این پژوهش به جهت مرتبط بودن موضوع آن با آسیب‌های اجتماعی و داشتن بار روانی (مختص این نوع مطالعات) برای تکمیل کنندگان پرسشنامه از کلیه خانواده‌های شرکت‌کننده، تشکر ویژه داشته و قدردانی نمایند. همچنین آزمونگرانی که در اجرای پرسشنامه یاری کردند و از اساتید دانشگاه به ویژه اینکه در تصحیح و هنجاریابی پرسشنامه همکاری صمیمانه‌ای داشتند، قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافع ندارند.

و کنترل رفتارهای پرخطر و در نهایت ارتقای شاخص‌های سلامت عمومی گردد. از آنجاییکه راهبردهای مراقبتی قابلیت فراگیری داشته و امکان ارتقاء از راهبرد ناکارآمد یا دفعتی به راهبرد فرایندی را دارند، با بدست آوردن موقعیت خانواده‌ها در پیوستار وضعیت اجتماعی-اقتصادی، می‌توان به پیش‌بینی‌هایی در نوع راهبرد مراقبتی آن‌ها دست یافت و تدابیر لازم برای ارتقای راهبرد مراقبتی را اتخاذ نمود. این تصمیم می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در مقابل بروز رفتارهای پرخطر قلمداد شود. ببردزلی توضیح می‌دهد: لازم است طی برنامه‌هایی با افزایش تعاملات مثبت بین اعضای خانواده، گشودن گفتگوهای والد-فرزندی و تجهیز والدین به مهارت‌هایی که برای انتقال اطلاعات به فرزندان نیاز دارند، اقدام به تغییر والدین نمود تا اینکه عوامل خطر کاهش و عوامل محافظتی افزایش یابد (۵۰). برای غنی‌تر شدن مستندات علمی و پژوهشی در حوزه مداخلات خانواده محور و راهبردهای مراقبت از رفتارهای پرخطر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های تکمیلی در میان

References

- Banstola, R.S., Ogino, T. & Inoue, S. Self-esteem, perceived social support, social capital and risk-behavior among urban high school adolescents in Nepal. *Population Health*, on line March 2020, 100570. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100570>
- Flores, J.P., Swartz, K.L., Stuart, E.A., & Wilcox, H.W. Co-occurring risk factors among U.S. high school students at risk for suicidal thoughts and behaviors, *Journal of Affective Disorders*, 2020: 266, 743-752. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.177>
- Khakpour N, Mohamadzadeh Edmelaie R, Sadeghi J, Nazoktabar H. The Effectiveness of Cognitive-Social Problem Solving Skills Training on Coping Strategies and Feelings of Failure in Female Adolescents with High-Risk Behaviors. *IJPN* 2021: 9 (1) :77-88. [Persian]
- Marzban, A. Investigating the prevalence of high-risk behaviors among adolescents in Qom in 2015. *Pars Journal of Medical Sciences*, 2018: 16(3): 44-51. [Persian] <https://doi.org/10.52547/jmj.16.3.44>
- Noorbakhsh, Y. The role of education in preventing crime and social harm. Tehran: University of Tehran Printing and Publishing Institute. 2017: 48-49.[Persian]
- Mpofu J, Underwood J, Thornton J.E, Brener N, and et al. Overview and Methods for the Youth Risk Behavior Surveillance System - United States, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 2023: 72(1), 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7201a1>
- Magson N, Freeman J, Rapee R, Richardson C, Oar E, Fardouly J, Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic, *Journal of Youth and Adolescence*, 2021: 50(1), 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Dehghani H, Typology of 15 urban areas of Isfahan with an emphasis on the social harms of super-malignant neighborhoods, *Journal of Applied Sociology*, 2020: 30 (2), 117-136. [Persian]
- Alamdar Sarand Z, Abbaszadeh M, Ebrahimpour D, Elmi M. A Sociological Study of Immoral High-Risk Behaviors from the Perspective of Students (Case Study: Students of Secondary School in Tabriz City). *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2022: 12(37): e23.[Persian]
- Ebrahimi B, Doosti-Irani A, Rezapour-Shahkolai F, Poorolajal J. High-Risk Behaviors and Associated Factors among Iranian Adult Population: A National Survey. *Iran J Public Health*. 2022: 51(5):1107-1117.

<https://doi.org/10.18502/ijph.v51i5.9426>

11. Mohseni-Tabrizi A. Clinical Sociology: An Introduction to Interventional and Therapy-Oriented Sociology (Volume 1). Tehran: University of Tehran Printing and Publishing Institute. 2017: 236-286. [Persian]
12. Atefifar H, Agajani Marsa H, Mohseni Tabrizi A. Patterns of interventions to prevent the occurrence of high-risk behaviors in families. Refah j. 2022: 22(85), 181-220. [Persian]
13. Ash T, Agaronov A, Young T, Aftosmes-Tobio A, Davison K. Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2017: 14(113), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2>
14. Muller M J, Danielzik S, and Pust S. School- and family-based interventions to prevent overweight in children, Proceedings of the Nutrition Society, 2005: 64, 249-254. <https://doi.org/10.1079/PNS2005424>
15. Parnes J, Mereish E, Meisel S, Padovano H, Miranda R. In the Presence of Parents: Parental Heterosexism and Momentary Negative Affect and Substance Craving Among Sexual Minority Youth, Journal of Adolescent Health, 2023: 72(2), 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.029>
16. Parra-Cardona R, Vanderziel A, Fuentes-Balderrama J, The impact of a parent-based prevention intervention on Mexican-descent youths' perceptions of harm associated with drug use: Differential intervention effects for male and female youths. JMFT(Journal of Marital and Family Therapy), 2023: 49(2), 370-393. <https://doi.org/10.1111/jmft.12627>
17. Giddens A. Sociology. (Translation). Chavoshian M, ed. 6th. Tehran: Nei Publishing House; 2011: 300-830.[Persian]
18. Ritzer G, Sociological theory in the contemporary era,(Translation). Salasi M, ed. 16th. Tehran: Scientific Publications; 2011: 31-193.[Persian]
19. Ritzer G, and Goodman D, Theory of Modern Sociology, (Translation). Mirzaei kh. and Lotfizadeh A, ed. 3th. Tehran: Sociologists; 2015: 720-730.[Persian].
20. Tumin M, Sociology of stratification and social inequalities(theoretical and applied), (Translation): Nikgozar A, ed. 4th. Tehran: Tutia; 2021: 112-169.[Persian]
21. Pfaff N, Pantel M, Kaiser S, High-risk Behavior Screening and Interventions in Hospitalized Adolescents, Journal of Hospital Pediatrics, 2021: 11(3), 293-297. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-001792>
22. Shek D, Zhu X., Dou D, Chai W, Influence of Family Factors on Substance Use in Early Adolescents: A Longitudinal Study in Hong Kong. Journal of psychoactive drugs, 2020: 52(1), 66-76. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1707333>
23. Yockey R, King K, Vidourek R, Family factors and parental correlates to adolescent conduct disorder. Journal of family studies, 2021: 27(3), 356-365. <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1604402>
24. Gajos J, Leban L, Weymouth B, Cropsey K, Sex Differences in the Relationship Between Early Adverse Childhood Experiences, Delinquency, and Substance Use Initiation in High-Risk Adolescents. Journal of Interpersonal Violence, 2023: 38(1-2), 311-335. <https://doi.org/10.1177/08862605221081927>
25. Rusby J, Light J, Crowley R, Westling E, Influence of Parent-Youth Relationship, Parental Monitoring, and Parent Substance Use on Adolescent Substance Use Onset. Journal of family psychology, 2018: 32(3), 310-320. <https://doi.org/10.1037/fam0000350>
26. Guo Y, Yang Y, Deveaux L, Dinaj-Koci V, Schieber E, Herbert C, Lee J, and Wang B, Exploring effects of multi-level factors on transitions of risk-taking behaviors among Bahamian middle-to-late adolescents. International Journal of Behavioral Development, 2023: 47(3), 210-220. <https://doi.org/10.1177/01650254221148117>
27. Warmuth K, Cummings E, Davies P, Constructive and destructive interparental conflict, problematic parenting practices, and children's symptoms of psychopathology. Journal of family psychology, 2020: 34(3), 301-311. <https://doi.org/10.1037/fam0000599>
28. Nepl T, Diggs O, Cleveland M, The intergenerational transmission of harsh parenting, substance use, and emotional distress: Impact on the third-generation child. Psychology of addictive behaviors, 2020: 34(8), 852-863. <https://doi.org/10.1037/adb0000551>
29. Noghani-Dokht-Bahmani M, Mir-Mohammad-Tabar S-A. Examining factors affecting crime (meta-analysis of research conducted in Iran). Strategic Researches of Security and Social Order, 2014: 4(11), 85-102.[Persian]
30. Saedi A, Hashemi S, Abedi Y, Effective factors of youth turning to crime. Intelligence and Criminal

- Research Quarterly, 2013: 8(31), 73-92.[Persian]
31. Folkman S, Lazarus R, Coping as a mediator of emotion, *Journal of personality and social psychology*, 1988: 54 (3), 466-475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
 32. Anderson A, Siciliano R, Henry L, Watson K, Gruhn M, Kuhn T, et al. Adverse childhood experiences, parenting, and socioeconomic status: Associations with internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *Child Abuse Negl (C.A.N)*, 2022:125:105493. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105493>
 33. Pandey P, Gaur J, Poor Socio-Economic Condition of Parents and Impact on Children, *Anukriti (An International Peer Reviewed Refereed Research Journal)*, 2021: 11(10), 187-189.
 34. Stahl J, Schober P, Spiess C, Parental socio-economic status and childcare quality: Early inequalities in educational opportunity? *Early Childhood Education Quarterly*, published online 20 November 2017 is available online at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885200617300169>
 35. Burlaka V, Graham-Bermann S, Delva J, Family factors and parenting in Ukraine. *Child Abuse Negl (C.A.N)*, 2017: 72, 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.007>
 36. Wu B, Mao, Z, Rockett, I, Yue Y, Socioeconomic status and alcohol use among urban and rural residents in China. *Substance use & misuse*, 2008: 43(7), 952-966. <https://doi.org/10.1080/10826080701204961>
 37. Lemstra M, Bennett N, Neudorf C, Kunst A, Nannapaneni U, Warren L, et al. A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian journal of public health*, 2008: 99, 172-177. <https://doi.org/10.1007/BF03405467>
 38. Hanson M, Chen E, Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*, 2007: 30, 263-285. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9098-3>
 39. Madarasová Gecková A, Stewart R, Van Dijk J, Orosová O, Groothoff J, Post D, Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *European addiction research*, 2005: 11(4), 204-209. <https://doi.org/10.1159/000086403>
 40. Reid J, Hammond D, Driezen P, Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: has there been any progress on disparities in tobacco use? *Canadian Journal of Public Health*, 2010: 101, 73-78. <https://doi.org/10.1007/BF03405567>
 41. Schaap M, Kunst A, Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public health*, 2009: 123(2), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.10.015>
 42. Miller D, A guide to social assessment and research, (Translation). Naibi H. ed. 4th. Tehran: Ney Publishing, 2013: 384-424.[Persian]
 43. Sarmah H, Hazarika B, Determination of Reliability and Validity measures of a questionnaire, *Indian Journal of Education and Information Management*, 2012: 1(11), 508-517.
 44. Akhtar Z, Socio-economic Status Factors Effecting the Students Achievement: A Predictive Study, *International Journal of Social Sciences and Education*, 2012: 2(1), 281-287.
 45. Shirazi Z. The effect of virtual social networks on the style of covering (case study: female secondary school students in Mahshahr). [Master thesis]. Chamran martyr of Ahwaz University. 2019.
 46. Korous K, Causadias, J, Bradley R, Luthar S, Levy R, A Systematic Overview of Meta-Analyses on Socioeconomic Status, Cognitive Ability, and Achievement: The Need to Focus on Specific Pathways, *Psychological Reports*, 2022: 125(1), 55-97. <https://doi.org/10.1177/0033294120984127>
 47. Grebb E, Social Inequality: Perspectives of Classic and Contemporary Theorists, (Translation). Siahpoosh M, Gharavizad A, ed. 4th. Tehran: Nasher-e Moaser Publications, 2014: 55-215.[Persian]
 48. Mohseni-Tabrizi A, Clinical Sociology: intervention areas: high-risk behaviors, health behavior, work and occupation, elderly and empowering vulnerable groups (Volume 2). Tehran: University of Tehran Printing and Publishing Institute.2019: 330-380.[Persian]
 49. Beardslee W, Gladstone T, Wright E, Cooper A, A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change, *Pediatric*, 2003: 112(2), e119-31. <https://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>