

گونه‌شناسی استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی خانواده

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

۱- دانشجوی دوره دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۲- دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۳- استاد، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده رابط: Hos.aghajani@iauctb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: دخانیات، مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، داشتن روابط جنسی نایمن و رفتارهایی از این دست، رفتارهای پرخطری هستند که احتمال گرایش به آن‌ها نگرانی عمده خانواده‌ها را به همراه داشته‌است. والدین درصدد مقابله با رفتارهای پرخطر، به‌وسیله استراتژی‌های مراقبتی هستند. هدف این پژوهش گونه‌شناسی استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی خانواده بود.

روش کار: این تحقیق جزء پژوهش‌های کمی و از نوع توصیفی-همبستگی بوده‌است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه خانواده‌های شهری تبریز که ۳۸۴ خانواده به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. دو ابزار اندازه‌گیری (چک لیست استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای-پرخطر و پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده) جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای بررسی روابط متغیرها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) و رگرسیون خطی استفاده گردید.

نتایج: میانگین استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده بطور معناداری متفاوت بود و طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا نسبت به طبقات پایین‌تر استراتژی مناسب‌تر (کارآمد، فرایندی یا رویه‌ای) را برای مراقبت از فرزندان در برابر رفتارهای پرخطر اتخاذ می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: خانواده‌های دارای شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی متوسط و پایین به‌نسبت بیشتری استراتژی‌های مراقبتی غیرموثر(ناکارآمد و دفعتی) را جهت مقابله با رفتارهای پرخطر به‌کارمی‌بندند؛ به‌منظور ارتقای سلامت عمومی، اتخاذ سیاست‌های فرهنگی-آموزشی پیشگیری‌محور برای تبدیل استراتژی‌های مراقبتی ناکارآمد به استراتژی فرایندی(رویه‌ای) ضروری می‌نماید.

واژگان کلیدی: رفتارهای پرخطر، استراتژی‌های مراقبت، شاخص اجتماعی-اقتصادی، پیشگیری، سلامت عمومی، مداخلات خانواده‌محور

مقدمه

دهه اخیر، حتی چند سال گذشته، شاهد کاهش سطح تندرستی بوده‌ایم؛ Mpofu و همکاران از مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC) گزارش می‌دهند روندهای موجود در سلامت رفتاری و عاطفی نوجوانان مربوط به

رفتارهای پرخطر که قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ نگران-کننده بود، بدتر شده است (۱). نگرانی از بروز رفتارهای پرخطر در فرزندان(به‌ویژه فرزندان نوجوان) یکی از دغدغه‌های اساسی خانواده‌های امروزیست. تمایل به رفتارهای پرخطر، شروعی قبل از ۱۸ سالگی داشته و در

افزایش رشد سالم و کاهش نابرابری‌های بهداشتی جوانان دارای اختلال هویت جنسی (Sexual Minority Youth) می‌تواند نشانگر آن باشد که مداخلات خانواده-محور مختلفی برای بهبود وضعیت مراقبتی اعمال می‌شود (۱۶)؛ همچنین مطالعه‌ای تاکید بر مداخلات مناسب‌سازی شده والدین دارد که احتمال بروز رفتارهای مشکل‌ساز جوانان از جمله مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد (۱۷). لیکن "فرایندی یا رویه‌ای" نمودن مداخلات هست که ویژگی مقابله‌کنندگی در برابر رفتارهای پرخطر را کارآمد، موثر یا تقویت می‌نماید.

بوردیو معتقد است گروه‌های طبقاتی بر اساس سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی و البته سبک زندگی از هم متمایز می‌شوند (۱۸). با توجه به نظریه کنش که ریشه در مطالعات وبر دارد، الزام‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری می‌تواند روی انتخاب‌های کنش‌گران تاثیر شایانی داشته‌باشد (۱۹). بر این اساس یکی از کنش‌ها می‌تواند کنش‌های مراقبتی و استراتژی‌های مراقبتی باشد؛ فلذا انتخاب هر نوع استراتژی مراقبتی به عنوان یک کنش اجتماعی متأثر و منبعث از وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده خواهد بود؛ خانواده‌ها متناسب با ساختار و ویژگی‌های جامعه‌شناختی، برای مراقبت فرزند نوجوان از گرایش به رفتارهای پرخطر، معمولاً یکی از تیپ‌های سه-گانه مراقبتی ذیل را اتخاذ می‌نمایند: الف) استراتژی مراقبتی نوع اول یا ناکارآمد؛ ب) استراتژی مراقبتی نوع دوم یا دفعتی؛ ج) استراتژی مراقبتی نوع سوم یا فرآیندی (۱۳)، Rebach (جامعه‌شناس بالینی) مداخله را حائز ویژگی‌های فرآیندی اجتماعی می‌داند که در نهایت، نتایج عینی را به دنبال دارد (۱۲). خانواده‌هایی که از استراتژی مراقبتی ناکارآمد و دفعتی برای مقابله با رفتارهای پرخطر استفاده می‌نمایند، مداخله خود را به‌طور ناقص و چه بسا غیرموثر و حتی آسیب‌رسان به انجام می‌رسانند (۱۳)؛ Rebach معتقد است چهار مرحله (ارزیابی، طراحی برنامه، اعمال برنامه و ارزشیابی) برای عمل مداخله طی

نوجوانان (معروف به دوره انتقالی) سیر صعودی را نشان-می‌دهد (۷-۲)؛ برخی مطالعات بیان می‌کنند مهمترین رفتارهای پرخطر عبارتند از: مصرف مشروبات الکلی، روابط جنسی نایمن، دخانیات، مواد مخدر، درگیری و خشونت (۸،۹) همچنین از جمله رفتارهای پرخطر شایع در ایران می‌توان به رابطه جنسی خارج از ازدواج، حمل سلاح سرد، مصرف مشروبات الکلی و خودزنی اشاره نمود (۱۰،۱۱). والدین برای مراقبت از بروز رفتارهایی از این قبیل، مصمم به اتخاذ روش‌های پیشگیری و استراتژی‌های مراقبتی می‌شوند. پیشگیری عبارت است از مداخله‌ای مثبت و از روی اندیشه به‌منظور مقابله با وضعیت زیان‌آور قبل از رخ‌دادن خلل و ناتوانی (۱۲). خانواده‌ها با اعمال استراتژی‌های مراقبتی (به‌ویژه نوع فرایندی) در واقع مداخله‌ای را به‌منظور مقابله با رفتارهای پرخطر و یا کاهش آن‌ها، به انجام می‌رسانند (۱۳). اعمال استراتژی‌های مراقبتی برای کنترل رفتارهای پرخطر، نوعی مداخله خانواده‌محور 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 می‌کشد) صورت می‌گیرد. البته مداخلات مختلفی ممکن است از طرف والدین برای پیشگیری یا درمان بیماری‌ها (از قبیل بیماری‌های 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 روانگردان‌ها) صورت پذیرد. مثلاً Ash مداخلات خانواده محور را یک استراتژی کلیدی می‌داند که به طرق مختلف در مورد کودکان دچار چاقی می‌توان توانایی والدین را برای مداخله ارتقاء داد (۱۴) و یا Muller معتقد است مداخلات ساده برای دستیابی به اهداف پیشگیری موثر نیستند بلکه مداخلات پیشگیرانه‌ای موثر است که دارای استراتژی‌های همه‌جانبه (فراگیر) باشد (۱۵) یا پیشنهاد بهبود مداخلات خانواده‌محور به‌منظور

جامعه‌ای با رشد سریع اقتصادی-اجتماعی مواجه شده و عده‌ای از افراد به سرمایه‌های زیادی دست می‌یابند و نمود این سرمایه و ثروت که به اشکال گوناگون برای اقشار فقیر جلوه‌گری می‌کند باعث برهم زدن ساختار پایدار نیازهای این اقشار شده و ممکن است در شرایطی که جامعه دارای نارسایی‌های اقتصادی است و دستیابی عمومی به امکانات محدود است، این امر منجر به رخداد رفتارهای پرخطر شود. Merton ساختار اجتماعی را عامل به‌وجود آورنده رفتار انحرافی قلمداد می‌کند. 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 آن‌صورت افرادی که در یک ساختار اجتماعی تحت فشار قرار گرفته‌اند، احتمالاً بیشتر از دیگران، رفتار انحرافی و پرخطر خواهند داشت (۲۹).

وضعیت اجتماعی-اقتصادی شامل درآمد، دستاوردهای تحصیلی، اعتبار شغلی و ادراکات ذهنی از وضعیت اجتماعی و موقعیت افراد یا خانواده‌ها در سلسله مراتب اجتماعی است. وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌تواند ویژگی‌های مربوط به کیفیت زندگی و همچنین منابع، فرصت‌ها و امتیازات ارائه شده به افراد یا خانواده‌ها 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 می‌شود (۳۰)، از آنجاییکه فرصت‌های 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 می‌رود اتخاذ نوع استراتژی مراقبتی در برابر رفتارهای

می‌شود (۱۲) که در خانواده‌های دارای استراتژی مراقبت فرایندی این مراحل در اندازه کوچک و فشرده مشاهده می‌شود.

Pantel and Kaiser معتقدند رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که تاثیر نامطلوبی بر رشد فراگیر و وضعیت سلامتی افراد می‌گذارند و می‌توانند مانع موفقیت و رشد بهینه آن‌ها گردند و این قبیل رفتارها (مثلاً خشونت) می‌تواند 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) (۲۰). عوامل متعددی در گرایش به رفتارهای پرخطر تاثیر دارند که در بین آن‌ها، ناکارآمد بودن کنترل-های خانوادگی (۲۱)، بی‌توجهی والدین، مشکلات اقتصادی-اجتماعی خانواده (۲۲)، تجربیات نامطلوب انباشته‌شده از دوران کودکی (۲۳) و یا سایر عوامل خانوادگی (از قبیل عملکرد ارتباطی ضعیف بین اعضای خانواده، نظارت و انضباط ناکافی والدین) اهمیت زیادی دارد (۲۴، ۲۵) و یا فزونی تعارضات خانوادگی، اختلاف-های مستمر و پردوام والدین، نوجوان را به سمت رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد (۲۶، ۲۷). نوجوانان ممکن است تحت فشار و محرومیت نسبی و به منظور تامین نیازهای روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خود مرتکب رفتارهایی برخلاف هنجارهای جامعه می‌شوند (۱۸). در مدل محرومیت نسبی، افراد سرنوشت خود را مشابه همسالان خود درک می‌کنند. در این راستا که رفتارهای پرخطر و مجرمانه تابعی از نابرابری‌های اقتصادی است. تیلور و همکاران (۱۹۷۵) پیش‌بینی کردند که رفتارهای انحرافی و پرخطر ممکن است عکس‌العملی به چالش‌های زندگی در یک جامعه دارای تضاد باشد (۲۸).

دورکیم معتقد بود علل پیدایش آنومی را باید در ساخت هر جامعه مطالعه و جست وجو کرد. گاهی

نتایج برخی مطالعات به وجود رابطه معنادار میزان تحصیلات، طبقه شغلی، معیارهای ثروت خانواده با مصرف سیگار اشاره می‌کند (۳۹، ۴۰).

مطالعه پژوهش‌های قبلی در دسترس نشان می‌دهد بررسی‌های زیادی در رابطه با رفتارهای پرخطر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده و رابطه این دو صورت گرفته است اما مطالعه‌ای مبنی بر چگونگی استراتژی‌های مراقبت و رابطه آن با کنترل و کاهش این رفتارها در نوجوانان نبوده است در حالیکه چنین پژوهشی می‌تواند درک بیشتر و جامع‌تری از مداخلات خانواده‌محور با وضعیت‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف در دسترس قرار دهد تا برنامه‌ریزی‌هایی برای ارتقای سلامت عمومی، بهبود تعاملات خانوادگی و کاهش رفتارهای پرخطر اتخاذ نمود.

نظر به بیان مساله، اهمیت و ضرورت موضوع، مبانی نظری، یافته‌های 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 استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر به چه نحو می‌تواند نقش داشته باشد؟ به عبارت دیگر گونه‌شناسی استراتژیهای مراقبت از رفتارهای پرخطر بر حسب وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده چگونه است؟

روش کار

روش پژوهش با توجه به هدف، کاربردی و از منظر شیوه‌گردآوری داده‌ها از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است.

با استناد به آخرین آمار سرشماری نفوس و مسکن، 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

پرخطر (ناکارآمد، دفعتی و فرآیندی) نیز در وضعیت‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف (پایین، متوسط و بالا)، متفاوت باشد.

Anderson و همکاران معتقدند وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و شیوه‌های سخت‌گیرانه والدین هر کدام نشان‌دهنده عوامل خطر ثابت برای سلامت فرزندان هستند (۳۱). یافته‌های پژوهش حاکی از آن است شرایط بد اجتماعی-اقتصادی والدین روی همه فرزندان تأثیر می‌گذارد (از متوسط تا زیاد در حوزه‌های مختلف آموزش، سلامت روانی و فیزیولوژیک) (۳۲).

نتایج پژوهش Stahl و همکاران مشخص می‌کند فرزندان والدین دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، سطوح کیفی نسبتاً پایین‌تری را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند (۳۳).

یافته‌های پژوهشی Burlaka و همکاران حکایت از آن دارد والدین با تحصیلات پایین، بیشتر از شیوه‌های مراقبت (تربیت) منفی استفاده می‌کردند همچنین در ادامه خاطر نشان می‌کند تحصیلات والدین و درآمد بالاتر خانواده به طور معنادار و غیرمستقیم با نمرات مثبت و منفی مراقبت مرتبط بود (۳۴). نتایج مطالعات Wu و همکاران نشان می‌دهد درآمد، با احتمال مصرف منظم الکل فعلی ارتباط مثبت دارد در حالی که با تحصیلات ارتباط منفی دارد (۳۵). نتایج تحقیق Lemstra و همکاران نشان داد وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین با شیوع رفتار خطرناک ماری جوانا و الکل در نوجوانان بین ۱۰ تا ۱۵ سال ارتباط معنادار دارد (۳۶). Hanson and Chen در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند نوجوانانی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایینی داشتند، میزان مصرف سیگار و تغذیه غذاهای زیان‌آور در میان آنان بیش از سایر نوجوانان بود (۳۷).

Madarasova Geckova و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیده بودند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین بر مصرف سیگار نوجوانان تأثیر می‌گذارد (۳۸).

مشاغل آلبا ام ادواردز (Alba M Edwards's social-economic grouping of occupation) (۴۱) و همچنین برای متغیر استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر، از دو پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد:

- ۱- پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده؛
- ۲- چک لیست استراتژی های 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 اندازه گیری وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده به سه مولفه شغل، درآمد و سطح تحصیلات اکتفا شده است (۴۲) همچنین Akhtar و شیرازی در مطالعات خود غیر از موارد مذکور در پرسشنامه خود به مولفه های دیگری از جمله تعداد خواهر برادر، اعتبار شغلی ده ساله والدین، مراکز پزشکی-درمانی مورد مراجعه خانواده و یا وجود و عدم وجود مربی در خانه و نوع مالکیت نیز پرداخته اند (۴۳، ۴۴). نحوه نمره-دهی در پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر اساس مجموع نمره حاصله از گزینه انتخابی در هر یک از پنج مولفه لیکرتی بوده است (در جدول یک برخی اندازه های آماری مولفه های پنج گانه درج شده است). همچنین نحوه نمره دهی در چک لیست استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر نیز بر اساس گزینه انتخابی شرکت کننده مبتنی بر اقدام والدین و برخی از ویژگی های جامعه-شناختی خانواده ها از قبیل نحوه توزیع قدرت، روابط اجتماعی اعضای خانواده، نوع مداخلات خانواده محور، کیفیت نظارت و حمایت بوده است.

چک لیست استراتژی های مراقبت حاوی ۱۵ گویه چند گزینه ای و مشتمل بر پنج مولفه بود:

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 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 خانواده هایی که شرایط لازم این پژوهش (از قبیل نبود فرزند نوجوان و جوان در خانواده، خانوار تک نفری و غیره) را نداشتند در ابتدای کار، کنار گذاشته شدند.

جهت گردآوری داده های مورد نیاز پژوهش (برای متغیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی) بعد از بررسی و مطالعه شاخص ها و مقیاس های متعدد موجود از جمله نمره وجهه سیگل (Siegel's prestige score)، شاخص اجتماعی اقتصادی دانکن (Duncan's Socioeconomic Index)، مقیاس وجهه شغلی استاندارد بین المللی تریمن (Treiman's Standard International Index)، نمره پایگاه اجتماعی اقتصادی نام-پاورز (Nam-Powers Socioeconomic Status Scores)، شاخص دو عاملی جایگاه اجتماعی هولینگشید (Hollingshead's two-factor index of social position)، مقیاس مراتب شغلی تجدید نظر شده شاخص خصوصیات پایگاه وارنر، میکر و ایلز (Revised occupational rating scale from Warner, Meeker and Eells's index of status characteristics) و گروه بندی اجتماعی اقتصادی

رفتارهای پرخطر در بازه ۲۶ تا ۷۱ بوده و میانگین ۴۸/۴ است. برای مقایسه میانگین استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) بهره گرفته شده است. براساس نتایج جدول ۲، میانگین استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت است و با ارتقاء طبقه اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، استراتژی 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 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 (بالتر از ۰/۰۵)، از لحاظ آماری معنادار محسوب نمی‌شود. برای مقایسه میانگین سطوح سه گانه استراتژی‌های مراقبت براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (F) استفاده شده است. با توجه به ارقام جدول ۳ مشخص می‌شود میانگین سطوح ناکارآمدی، دفعی و فرایندی از استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت است و با ارتقاء طبقه اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، میانگین استراتژی مراقبتی نیز افزایش می‌یابد یعنی از ناکارآمدی به سمت فرایندی (کارآمد و موثر) نیل پیدا می‌کند. نتایج مربوط به آزمون F نیز حاکی از آن است که تفاوت

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

پایایی پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی در پی اجرا، روی یک نمونه کوچک 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.

چک لیست استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ و روایی این چک لیست نیز برای سنجش استراتژی‌های مراقبت توسط اساتید در حد مطلوب دارای روایی صوری و محتوایی ارزیابی شد. متغیر استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر به صورت کمی نمره گذاری شد.

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.

در این مطالعه موضوع عدم وجود تبعات جانبی مربوط به پژوهش و مورد توجه قرار دادن رفاه پاسخ‌گویان، حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات کاملاً رعایت شده است.

نتایج

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

بحث

به طوریکه نتایج نشان دادند با بالاتر رفتن سطح وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده، استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر نیز بهبود یافته و به سمت استراتژی فرایندی تمایل بیشتری می یابد. انجام آزمون های آماری ضمن تایید این امر، آشکار می کند وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده با سطح مطلوب استراتژی مراقبت (استراتژی مراقبت فرآیندی) رابطه معنادار به صورت مثبت و مستقیم دارد.

نتایج پژوهش های چندی در موضوع وضعیت اجتماعی-اقتصادی و حوزه پیشگیری، مراقبت، مداخلات خانواده محور، فرزند پروری، سطح سلامت جسمی-روانی، آموزش فرزندان و تعلیم و تربیت فرزندان با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد از قبیل: مطالعه اندرسون و همکاران نشان می دهد وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و شیوه های سخت گیرانه والدین، علامتی از وجود عوامل خطر ثابت برای سلامتی فرزندان هست (۳۳). استفاده از شیوه های مراقبت (تربیت) منفی توسط والدین با تحصیلات پایین صورت می گیرد 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 استراتژی مراقبتی کارآمد) با توانایی هایی شناختی فرد ارتباط دارد، مطالعات کوروس تایید می کند وضعیت اجتماعی-اقتصادی سهم معناداری در دستاوردهای شناختی دارد (۴۵)؛ به اعتقاد ریتزر و گودمن نیز ساختار ذهنی یکسان موجب جمع شدن افراد در یک طبقه، جهان اجتماعی یا پایگاه اجتماعی-اقتصادی می شود (۲۰).

نتایج این تحقیق نشان داد خانواده هایی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین تری دارند به مراتب از سطوح پایین تر استراتژی مراقبتی (نوع اول: ناکارآمد) استفاده می نمایند؛ داشتن استراتژی مراقبتی ناکارآمد بستر ساز شیوع رفتارهای پرخطر هست، رفتارهای پرخطر نیز تعادل و

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 مشخص شدن میزان تبیین استراتژی های 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 می دهد ضریب همبستگی چندگانه مدل رگرسیونی استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر برابر با ۰/۳۰ و ضریب تبیین آن برابر با ۰/۹ می باشد. این بدین معناست که وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده ها توانسته است ۹٪ از واریانس استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر را تبیین کند.

همچنین جدول ۴ مدل های رگرسیونی مربوط به سطوح سه گانه استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تصریح می کند: مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۳۰ است یعنی ۳۰٪ تغییرات استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر را وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده تبیین می کند و اگر رابطه علی بین این دو برقرار باشد ۳۰٪ از تفاوت استراتژی مراقبتی خانواده، ناشی از وضعیت اجتماعی-اقتصادی آن است و اگر بخواهیم وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده را در اتخاذ انواع استراتژی مراقبتی به تفکیک تبیین نماییم مطابق ارقام مندرج در جدول مذکور، می توان توضیح داد: ۴۰٪ از تفاوت استراتژی مراقبتی نوع اول (ناکارآمد) ناشی از وضعیت اجتماعی-اقتصادی سطح پایین بوده و ۳۵٪ از تفاوت استراتژی مراقبتی کارآمد (نوع سوم) ناشی از وضعیت اجتماعی-اقتصادی سطح بالا است. اما میزان تبیین سطح استراتژی مراقبتی نوع دوم (دفعتی) براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی معنادار نمی باشد.

به پایگاه-نقش بالاتر، برخوردار شدن از حیثیت اجتماعی است (۴۶). فیتز جرالده 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 استراتژی 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 استراتژی‌های مراقبتی والدین در سطوح مختلف وضعیت اجتماعی-اقتصادی دارد.

داشتن دورنمایی عینی برای بهینه‌سازی و ترویج سبک‌های زندگی سالم، نگاهی کل‌نگرانه برای فراگیرکردن استراتژی مراقبتی فرایندی است. Bruhn (جامعه‌شناس بالینی) توصیه می‌کند برای حرکت از سبک زندگی مختل (بیماری‌آور) به سمت سبک زندگی سالم باید به ملاحظات چند در عوامل مختلف توجه کرد از قبیل: عوامل روانی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی در حال حاضر و در آینده (۴۷).

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 و کنترل رفتارهای پرخطر و در نهایت ارتقای شاخص‌های

سلامتی فرد و خانواده را با چالش مواجه می‌کند (۲۲)؛ این نتایج با یافته‌های پان‌دی و گائور نیز همخوانی دارد چرا که شرایط بد اجتماعی-اقتصادی والدین به حوزه‌های مختلف آموزش، سلامت روانی و فیزیولوژیکی فرزندان تاثیر می‌گذارد (۳۴). فرزندان والدین دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، سطوح کیفی نسبتاً پایین‌تری را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند (۳۵).

از بین سه استراتژی مراقبتی (ناکارآمد، دفعتی و فرایندی)، استراتژی مطلوب و موثر هست که بتواند از گرایش فرزندان به رفتارهای پرخطر پیشگیری نسبتاً پایدار داشته‌باشد (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 استراتژی 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 استراتژی‌های مراقبتی خانواده را به سمت 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 بی‌اختیار 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

برای غنی تر شدن مستندات علمی و پژوهشی در حوزه مداخلات خانواده محور و استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر پیشنهاد می شود پژوهش های تکمیلی در میان خانواده های تک سرپرست، خانواده های دارای نوجوان پرخطر، مناطق روستایی و حومه ی شهر و همچنین سایر شهرها انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش، آزمونگرانی که در اجرای پرسشنامه مشارکت داشتند، از اساتید دانشگاه به ویژه اینکه در تصحیح و اعتباریابی پرسشنامه راهنمایی کردند، قدردانی می نمایم. این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مصوب دانشکده علوم اجتماعی با کد ۸۹۴-۲۹/۱۱/۹۴ می باشد. بدین وسیله از مدیر محترم پژوهش نیز تقدیر می شود.

سلامت عمومی گردد. از آنجاییکه استراتژی های مراقبتی قابلیت فراگیری داشته و امکان ارتقاء از استراتژی ناکارآمد یا دفعتی به استراتژی فرایندی را دارند، با بدست آوردن موقعیت خانواده ها در پیوستار وضعیت اجتماعی- اقتصادی، می توان به پیش بینی هایی در نوع استراتژی مراقبتی آن ها دست یافت و تدابیر لازم برای ارتقای استراتژی مراقبتی را اتخاذ نمود. این تصمیم می تواند به عنوان یک عامل محافظتی در مقابل بروز رفتارهای پرخطر قلمداد شود. Beardslee توضیح می دهد: لازم است طی برنامه هایی با افزایش تعاملات مثبت بین اعضای خانواده، گشودن گفتگوهای والد-فرزندی و تجهیز والدین به مهارت هایی که برای انتقال اطلاعات به فرزندانشان نیاز دارند، اقدام به تغییر والدین نمود تا اینکه عوامل خطر کاهش و عوامل محافظتی افزایش یابد (۴۸).

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای پژوهش گونه‌شناسی استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی خانواده

متغیرها و مولفه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر	۲۶	۷۱	۴۸/۴	۱۰/۱
استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر و مولفه‌ها				
-ساختار قدرت در خانواده	۲	۱۰	۶/۳	۱/۷
-نظارت و کنترل‌های والدینی (پایش)	۳	۱۴	۸/۳	۳/۱
-تعاملات اعضای خانواده	۴	۲۰	۱۲/۹	۵/۶
-تأمین نیازهای فرزندان	۲	۱۰	۷/۵	۲/۴
-مداخلات کارآمد خانواده‌محور	۶	۲۰	۱۳/۴	۳/۵
انواع استراتژی‌های مراقبتی				
ناکارآمد	۲۶	۴۷	۳۹/۴	۶/۲
دفعتی	۴۸	۵۵	۵۱/۴	۲/۲
فرایندی (رویه‌ای)	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	

جدول ۲- نتایج آزمون های مقایسه میانگین استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی: تحقیق گونه-

شناسی استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص های اجتماعی-اقتصادی خانواده

سطح معناداری	F	انحراف معیار	میانگین	وضعیت اجتماعی اقتصادی	مولفه های استراتژی 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 (پایش)
		۳/۳	۸/۳	متوسط	
		۳/۴	۸/۲	بالا	
		۴/۱	۸/۳	پایین	
۰/۰۰۰	۵۴/۷	۴/۸	۱۵/۱	متوسط	تعاملات اعضای خانواده
		۳/۷	۱۶/۸	بالا	
		۲/۵	۵/۷	پایین	
۰/۰۰۰	۳۳/۸	۱/۷	۸/۴	متوسط	تأمین نیازهای فرزندان
		۱/۷	۸/۵	بالا	
		۲/۲	۱۰/۳	پایین	
۰/۰۰۰	۶۱/۶	۲/۷	۱۵	متوسط	مداخلات کارآمد خانواده-محور
		۳/۱	۱۴/۸	بالا	
		۷/۶	۳۹/۳	پایین	
۰/۰۰۰	۷۰/۱	۷/۴	۵۲/۸	متوسط	مجموع مولفه ها (استراتژی مراقبت از رفتارهای پرخطر)
		۷/۳	۵۵/۱	بالا	

جدول ۳- نتایج مقایسه میانگین سطوح استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی: تحقیق گونه-

شناسی استراتژی های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص های اجتماعی-اقتصادی خانواده

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

جدول ۴- مدل رگرسیونی استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی: تحقیق گونه‌شناسی استراتژی‌های مراقبت از رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی خانواده

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

متغیر مستقل
وضعیت اجتماعی-اقتصادی

References

- Mpofu J, Underwood J, Thornton J.E, Brenner N, 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.
- Sehat SA, Amini Manesh S. Predicting high-risk behaviors in female adolescents based on psychological motivations. *CJP*, 2020; 6(2):442-448.
- Banstola RS, 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.
- Flores JP, Swartz KL, Stuart EA, Wilcox HW. 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.
- 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]

6. 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]
7. Noorbakhsh Y. The role of education in preventing crime and social harm. Tehran: University of Tehran Printing and Publishing Institute. 2017; 48-49. [Persian]
8. 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.
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]
10. 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]
11. Ebrahimi B, Doosti-Irani A, Rezapur-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.
12. 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]
13. 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]
14. 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.
15. Muller MJ, Danielzik S, Pust S. School- and family-based interventions to prevent overweight in children, *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005; 64: 249-254.
16. 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.
17. 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.
18. Giddens A. *Sociology*. (Translation). Chavoshian M, ed. 6th. Tehran: Nei Publishing House. 2011; 300-830. [Persian]
19. Ritzer G. *Sociological theory in the contemporary era*, (Translation). Salasi M, ed. 16th. Tehran: Scientific Publications. 2011; 31-193. [Persian]
20. Pfaff N, Pantel M, Kaiser S. High-risk Behavior Screening and Interventions in Hospitalized Adolescents, *Journal of Hospital Pediatrics*. 2021; 11(3): 293-297.
21. 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.
22. Yockey R, King K, Vidourek R. Family factors and parental correlates to adolescent conduct

- disorder. *Journal of family studies*. 2021; 27(3): 356-365.
23. 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.
 24. 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.
 25. Guo Y, Yang Y, Deveaux L, Dinaj-Koci V, Schieber E, Herbert C, Lee J, 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>
 26. 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.
 27. Neppl 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.
 28. 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]
 29. Saedi A, Hashemi S, Abedi Y. Effective factors of youth turning to crime. *Intelligence and Criminal Research Quarterly*. 2013; 8(31): 73-92. [Persian]
 30. Folkman S, Lazarus R. Coping as a mediator of emotion, *Journal of personality and social psychology*. 1988; 54 (3): 466-475.
 31. 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.
 32. 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.
 33. 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>
 34. Burlaka V, Graham-Bermann S, Delva J. Family factors and parenting in Ukraine. *Child Abuse Negl (C.A.N)*. 2017; 72: 154-162.
 35. 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.
 36. 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.
 37. Hanson M, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*. 2007; 30: 263-285.
 38. 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.
39. 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.
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.
41. Miller D. A guide to social assessment and research, (Translation). Naibi H. ed. 4th. Tehran: Ney Publishing. 2013; 384-424. [Persian]
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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]
47. 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]
48. 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.

Typology of Strategies for Taking Care of Risky Behaviors Based on the Family Socio-Economic Status

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

1- Ph.D. Candidate, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

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

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

*Corresponding Author: Hos.aghajani@iauctb.ac.ir

Received: Sep 27, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

ABSTRACT

Background and Aim: Tobacco use, narcotics, drug abuse, consumption of alcohol, having unsafe sexual relations and other such behaviours are risky behaviors that tend to cause great concerns in families. Parents try to cope with high-risk behaviors through care strategies. The purpose of this research was to determine the typology of strategies for taking care of risky behaviors based on to the family socioeconomic status (SES).

Materials and Methods: This was a quantitative descriptive-correlational research including all the urban families of Tabriz, Iran, from among whom a sample of 384 families was selected by the multi-stage cluster method. Two measurement tools (checklist for high-risk behavior care strategies and a family SES questionnaire) were used to gather data, the one-way analysis of variance (F) test and linear regression being used to determine the relationships between the variables.

Results: The means of strategies for taking care of risky behaviors were significantly different based on the SES of the family, the upper classes adopting a more appropriate (procedural) strategy to take care of children against risky behaviors than the lower classes.

Conclusion: Families with a medium and low SES use ineffective care strategies (inefficient and momentary) to cope with risky behaviors. In order to improve the public's health, it is necessary to adopt prevention-based cultural-educational policies to transform ineffective care strategies to procedural strategies.

Keywords: Risky Behaviors, Care Strategies, Socio-Economic Status (SES), Prevention, Public Health, Family-Based Interventions.

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.