

عزت نفس، حمایت اجتماعی درک شده، سرمایه اجتماعی و رفتار پرخطر در میان نوجوانان دبیرستانی

سلیمان سلمانی^۱، موسی علی نژادیان

دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۲

چکیده

نوجوانی نه تنها با یک دوره اکتشاف و آزمایش مشخص می‌شود بلکه با آسیب‌پذیری در برابر رفتارهای پرخطر (مصرف مواد، رفتار خودکشی و رفتار جنسی) مشخص می‌شود که می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری داشته باشد. با توجه به فقدان مطالعات و نتایج متغیر از مطالعات بین‌المللی در مورد ارتباط عزت نفس، حمایت اجتماعی درک شده (PSS) و سرمایه اجتماعی (SC) با رفتارهای خطر، این مطالعه با هدف ارزیابی نقش این عوامل با تعیین منابع مختلف PSS (خانواده، دوستان و دیگران) و SC (خانواده، مدرسه و همسالان) و کنترل برای وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت خانواده، عوامل مربوط به مدرسه انجام شد. در مجموع ۹۴۳ نوجوان (کلاسهای ۱۱ - ۹) در ۸ مدرسه در این مطالعه شرکت کردند و به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه خود ایفا جمع‌آوری شدند (نرخ پاسخ: ۹۱٫۹٪). تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیری (با اهمیت ۰٫۰۵) نشان داد که محتوای استراتژی خانواده (یا ۰٫۸۳) و PSS خانواده (یا ۰٫۹۵) با مصرف مواد رابطه منفی دارند. محتوای درسی خانواده و مدرسه (به ترتیب ۰٫۸۰ و ۰٫۹۱) و PSS از خانواده و دوستان (به ترتیب ۰٫۹۵ و ۰٫۹۶) در برابر خطر خودکشی محافظت می‌کردند. هیچ یک از متغیرهای مستقل رابطه پیش‌گیری کننده با رفتار جنسی نشان ندادند، اما عزت نفس رابطه مثبت داشت (۱٫۱۱)؛ بنابراین، برای بهبود احتمال سالم شدن نوجوانان، مداخلات در سطح خانواده و مدرسه برای افزایش عزت نفس، PSS و محتوای استراتژی در محافظت از آن‌ها در برابر مصرف مواد و رفتار خودکشی مفید هستند. از سوی دیگر، نوجوانان با عزت نفس بالا در معرض خطر بیشتری برای رفتار جنسی نامناسب هستند و بنابراین باید تحت نظارت قرار گیرند. کلیدواژگان: خطر، بلوغ، رفتار، عزت نفس، حمایت اجتماعی ادراک شده، سرمایه اجتماعی

فصلنامه جامعه‌شناسی فرهنگی، دوره یکم، شماره دوم، ص ۶۲-۷۸، تابستان ۱۳۹۹

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه پیام نور

مقدمه

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر روی شایع‌ترین مشکلات جهانی مربوط به مصرف مواد، رفتار جنسی و رفتارهای مرتبط با خودکشی در میان دیگران، به عنوان رفتارهای خطر برای نوجوانان، عمدتاً در کشورهای با درآمد پایین و متوسط متمرکز شده‌اند که ممکن است نسبت به تأثیرات طولانی‌تر بر روی سلامت و عملکرد اجتماعی آسیب‌پذیر باشند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حداقل ۱ نوزاد از هر ۱۰ نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله از تنباکو استفاده می‌کنند، ۱۱٪ از کل تولدها در سراسر جهان به دلیل بارداری نوجوانان است و ۴۶ نوزاد در هر ۱۰۰۰ دختر در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۹ سال هستند (WHO)، ۲۰۱۸ یک دفتر سازمان بهداشت پان امریکن / سازمان بهداشت جهانی برای آمریکا، ۲۰۱۸). خودکشی سومین علت شایع معلولیت در میان نوجوانان سراسر جهان و عامل اصلی مرگ و میر در میان جوانان منطقه جنوب شرق آسیا (SEAR) می‌باشد.

ایجاد رفتارهای سالم در دوران کودکی و نوجوانی مؤثرتر و آسان‌تر از تلاش برای تغییر رفتار در بزرگسالی است (اریل، ۲۰۱۷). ارتقای سلامت و رفتار جوانان نیز برای موفقیت برنامه کاری ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار مهم است (بانک جهانی،

۲۰۱۹). با وجود افزایش تمایلات، اقدامات اندکی در زمینه توسعه جوانان در شادگان (وزارت جمعیت) صورت گرفته است. اگر چه ما به تازگی از وسعت این مشکل آگاه شده‌ایم اما تا آنجا که می‌دانیم هیچ مطالعه‌ای در شادگان وجود ندارد که بر عوامل پیشگیرانه احتمالی برای این رفتارهای پرخطر تمرکز کند.

رفتار یک نوجوان نه تنها توسط ویژگی‌های فردی تعیین می‌شود بلکه تحت تأثیر عوامل متعددی در یک زمینه اجتماعی است. علاوه بر این، مغز نوجوانان به تأثیر اجتماعی حساس است و اینکه آیا آن‌ها درک مثبت یا منفی از روابط با خانواده، مراقبان و همسالان دارند که بر رفتار و نتیجه آن‌ها تأثیر می‌گذارد. (سریبر و گویر، ۲۰۱۶). یک مطالعه مبتنی بر تئوری رفتار مشکل عزت نفس پایین را به عنوان یکی از عوامل خطر برای مصرف مواد شناسایی کرد (کارمان، ۲۰۱۳). روزنبرگ (۱۹۶۵) عزت نفس را به عنوان ارزیابی کلی فرد از خود تعریف می‌کند. اگر خود را شایسته در نظر بگیریم، عزت نفس بالاتر خواهد بود. برخی مطالعات یک رابطه معکوس بین عزت نفس و مصرف مواد، رفتار خودکشی و رفتار خطر جنسی را نشان دادند (وسالسکا و همکاران، ۲۰۰۹، دانالدسون، کرنو، ۲۰۱۶، مارتینز، استرن، موجتابای، استوسر، ۲۰۱۸

چاتارد، سلیمی، کونان، ۲۰۰۹، شرف، تامپسون، والش، اوگوجی و همکاران، ۲۰۱۶). با این حال، فقدان اطلاعات در مورد ارتباط عزت نفس با آن رفتارهای پرخطر همراه با دیگر عوامل اجتماعی - زمینه‌ای در شادگان وجود دارد. از سوی دیگر، مطالعات مبتنی بر تئوری اکولوژیک نشان داد که حمایت اجتماعی از خانواده و معلمان اثر حفاظتی بر رفتارهای خطر نوجوانان دارد، اگرچه تأثیر ترکیبی از سطوح دورتر، یعنی همسایگان و دیگر بزرگسالان، آشکار شد (شرف و همکاران، ۲۰۰۹، کلیمان ریسکایند، ۲۰۱۳ کانگ و همکاران، ۲۰۱۷، رینینگر، پرز، فلورس، چن و راهبر، ۲۰۱۲).

مفهوم دیگر، سرمایه اجتماعی (SC)، نظریه‌ای که توسط نظریه‌پردازان مشهور در جامعه‌شناسی ایجاد شد، اهمیت ویژگی‌های اجتماعی (خانواده، همسایگی، مدرسه و سازمان‌های انسانی مشابه)، شبکه‌های فردی، روابط، هنجارها، انسجام و اعتماد را ارتقا داد (کاواچی برکمن، ۲۰۰۰، تانزاکیس، ۲۰۱۳). مطالعات در بخش‌های مختلف جهان نشان داده است که انواع مختلف محتوای استراتژی بر رفتارهای بهداشتی و مسیرهای رشد تأثیر می‌گذارد و با سلامت روانی و نتیجه تحصیلی بهتر در نوجوانان همراه است (کاواچی اکمن، ۲۰۰۱، روتون، گودوین، گودوین و استانسفلد، ۲۰۱۲). بررسی‌ها تفاوت در شیوع مصرف مواد و رفتار

خودکشی توسط برخی عوامل جمعیت شناختی، شغل والدین و همسالان را نشان داد (کبیر گاه، ۲۰۱۴ کارکی، لنسیمیس، لوکنن، پیراسکونن، پیتیلای، تاپا و همکاران، ۲۰۱۷). دو مطالعه بررسی نیز نشان دادند که اگرچه محتوای استراتژی احتمالاً یکی از عوامل مهم در درک ریسک - رفتارها است، به مطالعات در زمینه‌های مختلف اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی نیاز است، زیرا تأثیر محتوای استراتژی ممکن است در زمینه‌های مختلف متفاوت باشد (کالچی چن، ۲۰۱۱، مک فرسون و همکاران، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، ما سه منبع مختلف محتوای استراتژی و حمایت اجتماعی درک شده (PSS) را ارزیابی کردیم تا ارتباط آن‌ها را با سه رفتار پرخطر نوجوانان در زمینه‌های مختلف قومی، فرهنگی، مذهبی و اجتماعی - اقتصادی تعیین کنیم. چندین مطالعه بین‌المللی که در بالا مورد بحث قرار گرفتند، اثرات رفتارهای خطر نوجوانان و اهمیت نسبی عواملی مانند عزت نفس، PSS و محتوای استراتژی را در درک این تأثیرات شناسایی کردند. با این حال، کمبود مطالعات در مورد این موضوع در کشورهای در حال توسعه وجود دارد. نتایج یک مطالعه در مورد سلامت و آسیب‌پذیری اجتماعی نوجوانان شادگان نشان داد که نوجوانان شادگان در برابر مسائل مختلفی مانند ازدواج کودکان، ترک

تحصیل در مدرسه (عمدتاً به دلیل فقر، تعارض، مصرف مواد)، فقدان خدمات بهداشتی، مشکلات روانی - اجتماعی آسیب‌پذیر هستند. با این که شادگان پیشرفت چشمگیری در امید به زندگی، سلامت مادران و کودکان و کاهش بیماری‌های عفونی از جمله HIV و سل در طول دو دهه گذشته داشته است، اما تمرکز پیشگیرانه و ارتقا دهنده بر سلامت و رفتار نوجوانان هنوز به دست نیامده است. به نظر می‌رسد بسیاری از مشکلات سلامت روانی جوانان پنهان و تحت ارزیابی است زیرا به طور سنتی توسط برنامه‌ها و بودجه‌های بخش دولتی نادیده گرفته شده‌اند (یونیسف، ۲۰۱۹، وزارت بهداشت و جمعیت ۲۰۱۷).

از این رو، با این زمینه، ما اولین مطالعه را در شادگان با هدف شناسایی نقش عزت نفس، سه منبع PSS از خانواده، دوستان و دیگر منابع مهم و سه منبع محتوای استراتژی در خانواده، مدرسه و محله در نوجوانان دبیرستانی شهری انجام دادیم. اگر برخی از ارتباطات مشاهده شده قبلی، پیامدهای مداخله‌گر اندازه‌گیری نشده بودند، ما امیدوار بودیم که مطالعه ما با کنترل متغیرهایی مانند جمعیت شناختی و خانواده، مدرسه و روابط همسالان، شفافیت بیشتری به آن اضافه کند. علاوه بر این، ما امیدواریم که این مطالعه به گسترش درک ما از چگونگی تأثیر عزت نفس و منابع مختلف PSS و SC بر رفتارهای خطر مختلف

کمک کند. در نهایت، یافته‌های این مطالعه می‌تواند پیامدهای مهمی برای نوجوانان شادگان داشته باشد.

روش

این مطالعه تحلیلی مقطعی است. از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. سه بخش برای این مطالعه انتخاب شدند. ما مناطق شهری را به دلیل شیوع بالاتر رفتارهای خطر در میان نوجوانان در مناطق شهری و تأثیر احتمالی شهرنشینی بر رفتارهای خطر انتخاب کردیم. اجازه / موافقت رسمی از مقامات مدرسه و شرکت کنندگان / والدین به دست آمد و یک بررسی اخلاقی توسط دانشگاه نویسندگان انجام شد. شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و افراد قدرت کامل برای کناره‌گیری در هر زمان را داشتند. در سراسر این مطالعه برای حفظ حقوق و رفاه تمام شرکت کنندگان اقدامات احتیاطی صورت گرفت. نام مستعار حفظ شد و شرکت کنندگان اطمینان حاصل کردند که اطلاعات جمع‌آوری شده تنها برای اهداف تحقیقاتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. داده‌ها با یک پرسشنامه خود ایفا در کلاس درس در حضور یک محقق جمع‌آوری شد. پرسشنامه ابتدا توسط محقق با صدای بلند جلوی کلاس خوانده شد و در طول دوره جمع‌آوری داده‌ها یک محقق در کلاس‌های

مربوطه حضور داشت تا در صورت نیاز سؤالات را بیشتر روشن کند.

اطلاعات جمعیت شناختی اجتماعی شامل سؤالاتی در رابطه با سن، جنسیت، مذهب، قومیت، سطح تحصیلات، نوع خانواده، تحصیلات و شغل والدین و وضعیت اقتصادی درک شده توسط نوجوانان بود. این سؤالات با اشاره به مطالعات گذشته ایجاد شدند (لامچهانه، ۲۰۱۵ کارکی و همکاران، ۲۰۱۶ آریال، ۲۰۱۷ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). زمینه اجتماعی هم توسط خانواده و هم عوامل مربوط به مدرسه ارزیابی شد. عوامل خانوادگی شامل تعارض و خشونت خانوادگی، عشق درک شده و پیوند با والدین، استفاده اعضای خانواده از مواد، کنترل / نظارت والدین و دسترسی به رسانه های جمعی بود. عوامل مدرسه شامل عملکرد تحصیلی (نتیجه آخرین امتحان سالانه)، فشار همسالان، مشارکت دوستان در ریسک رفتاری، قدردانی توسط معلمان، رابطه معلم - دانش آموز و قوانین مدرسه بود.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ برای اندازه گیری سطح عزت نفس نوجوانان استفاده شد. این مقیاس خود گزارش دهی ۱۰ موردی متشکل از ۵ گزینه مثبت و ۵ گزینه منفی بود که در یک مقیاس ۴ امتیازی پاسخ دادند که از «به شدت موافق (امتیاز ۳) تا به شدت مخالف (امتیاز ۰)»، با نمره کل از ۰ تا ۳۰

متغیر بود. امتیاز بالاتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر است. داده ها قابلیت اطمینان را نشان دادند.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (PSS) برای اندازه گیری PSS از سه منبع: خانواده، دوستان و دیگر منابع مهم استفاده شد. این مقیاس از ۱۲ آیتم تشکیل شده بود که در یک مقیاس درجه بندی ۷ امتیازی امتیازدهی شده بود که از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) متغیر بود و منجر به امتیاز کلی PSS از ۱۲ تا ۸۴ شد. نمره کلی PSS توسط ۱۲ تقسیم شد تا آن را به نمره ۱ تا ۷ تبدیل کند. همبستگی بین موارد خوب بود و تحلیل مولفه های اصلی بارگیری های عامل بالایی را نشان داد که برای آن در نظر گرفته شده بودند. محتوای استراتژی خانواده با ۶ مورد در یک مقیاس ۳ نقطه ای (رضایت، اعتماد و انسجام در سطح خانواده) اندازه گیری شد که ما بعد از بررسی کامل ادبیات موجود ایجاد کردیم (مک پورسون و همکاران، ۲۰۱۳ روتون و همکاران، ۲۰۱۲ ماکسون، کریون، مونس، یانگ، ریموند - فلسک، اوئرسوالد، مک گولون و همکاران، ۲۰۱۷). ترجمه رو به جلو و رو به عقب ابزار توسط متخصصان زبان تایید شد و سپس یک پیش آزمون از ابزار قبل از اجرا برای جمع آوری اطلاعات نهایی انجام شد. پس از پیش آزمون، سؤالات اصلاح شدند تا پاسخ آن ها روشن تر و آسان تر شود. پایایی با آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت و روایی همگرا

و تشخیصی محتوای استراتژی خانواده با تحلیل عامل تاییدی با استفاده از میانگین واریانس استخراج شده و حداکثر واریانس مشترک مورد مطالعه قرار گرفت. محتوای استراتژی مدرسه و محله با ۱۲ آیت (۷ مورد برای مدرسه و ۵ مورد برای محله) در مقیاس ۴ امتیازی لیکرت اندازه گیری شد که قبلا مورد استفاده قرار گرفته بود (تاکاکورا، هماباتا، اوجی، کوراهارا، ۲۰۱۴ پیوا، دی پایوا، دی اولیورا فیلیهو و همکاران، ۲۰۱۴). آلفای کرونباخ ابزار در کل ۰,۸۷، برای محتوای خانواده ۰,۶۸، برای محتوای مدرسه ۰,۸۶ و برای محتوای محله ۰,۸۹ بود. تحلیل مولفه های اصلی و تحلیل عامل تاییدی اعتبار ابزارها را نشان داد. رفتار خطر (مصرف مواد، رفتار خودکشی و رفتار جنسی) با سوالاتی بر اساس بررسی رفتار خطر جوانان CDC و پرسشنامه بررسی رفتار خطر نوجوانان در خوزستان از جمله نوجوانان شادگانی سنجیده شد. برای مصرف مواد، از شرکت کنندگان سوال شد که آیا تا به حال از تنباکو، الکل، ماری جوانا یا مواد مخدر استفاده کرده اند و اگر پاسخ مثبت بود، در ۳۰ روز گذشته چند بار از این ماده استفاده کرده بودند. برای رفتار خودکشی، از آن ها در مورد افکار خودکشی، برنامه ها، یا تلاش های انجام شده در ۱۲ ماه گذشته و برای رفتار جنسی سوال شد، از آن ها پرسیده شد که آیا پورنوگرافی را دیده اند یا هرگز ارتباط جنسی

داشته اند. آن هایی که به هر یک از این سوالات پاسخ مثبت دادند به صورت ۱ کد گذاری شدند و آن هایی که پاسخ نه دادند به صورت ۰ کد گذاری شدند. سوالات در مورد رفتار پر خطر بر اساس مطالعه قبلی در نوجوانان شادگانی بود. همانطور که قبلا اشاره شد، مقادیر در مطالعه حاضر خوب بودند.

داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف ویژگی ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و خطای استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل رگرسیون لجستیک دو و چند متغیره) در سطح معنی داری ۰,۰۵ استفاده شد. نسبت با فاصله اطمینان ۹۵٪ محاسبه شد. نسبت شانس خام (COR) برای یافتن ارتباط دو متغیره مورد استفاده قرار گرفت و نسبت شانس تعدیل شده (AOR) برای یافتن هر گونه ارتباط متغیره های مستقل، با تعدیل برای متغیره های مخدوش گر احتمالی مانند جمعیت شناسی، تحصیلات والدین، شغل و وضعیت اقتصادی درک شده توسط نوجوانان)، عوامل خانوادگی (درگیری، خشونت، پیوند عشق با والدین، استفاده از مواد توسط اعضای خانواده، کنترل / نظارت والدین)، عوامل خطر مدرسه و عوامل خطر مربوط به مدرسه محاسبه شد. رفتار، عملکرد تحصیلی، انتظارات والدین در دانشگاهیان، رابطه معلم -

دانش آموز، قدردانی از معلم، نحوه رفتار معلمان، قوانین و مقررات مدرسه). در مجموع ۱۰۷۰ نوجوان مایل به مشارکت بودند که از این تعداد ۹۴۳ نوجوان پاسخ های کامل ارایه دادند و بنابراین در تحلیل نهایی قرار گرفتند (جدول ۱). میانگین سنی پاسخ دهندگان ۱۵,۸۲ سال بود و تعداد زنان شرکت کننده (۵۱,۷٪) بالاتر بود. درصد بالاتری از مردان در مصرف مواد (۲۵,۱٪) و رفتار جنسی (۲۲,۲٪) درگیر بودند، اما رفتار خودکشی در زنان (۱۱,۹٪) بالاتر بود. اثر شغل والدین نیز قابل توجه بود، همانطور که با میزان کم تر رفتارهای پرخطر در نوجوانان که مادرانشان خانه دار بودند (در خانه می ماندند) و با مصرف کم تر مواد و رفتار خودکشی در کسانی که پدرانشان شاغل بودند دیده شد. اینترنت خانگی برای ۵۷,۴٪ از نوجوانان در دسترس بود و تفاوت قابل توجهی در رفتار جنسی از نظر دسترسی به اینترنت یافت شد (۱۵,۲٪ در مقابل ۱۰,۵٪). مصرف مواد نیز به طور قابل توجهی در میان کسانی که اعضای خانواده آنها مصرف کننده مواد بودند، بالاتر بود. نوجوانان در مدارس خصوصی شیوع بالاتری از هر سه رفتار پرخطر داشتند. دوستان آنها درگیر در خطر رفتاری و فشار همسالان نیز عوامل مهمی بودند. درک نوجوانان از رفتار و قدردانی معلم، رابطه با معلمان و قوانین سخت

گیرانه در مدرسه عوامل مهمی برای هر سه رفتار پرخطر بودند. (جدول ۲) شیوع مصرف مواد در میان نوجوانان ۱۸,۹٪ بود و شامل الکل (۱۰,۹٪)، تنباکو (سیگار کشیدن، ۸,۳٪، بدون سیگار کشیدن، ۵,۶٪)، ماری جوانا (۳,۹٪) و مواد مخدر (۱,۰٪) بود. شیوع رفتار خودکشی ۹,۸٪ بود (افکار، ۷,۸٪، طرح، ۴,۳٪، تلاش، ۲,۵٪). با توجه به رفتار جنسی نامناسب، ۱۱,۳٪ از نوجوانان به هرزه نگاری / مطالب جنسی صریح نگاه می کردند و ۲,۴٪ ارتباط جنسی داشتند. ما روابط بین هر متغیر مستقل عزت نفس، PSS، یا SC و هر متغیر وابسته، یعنی، رفتار خطر مصرف مواد، رفتار خودکشی، یا رفتار جنسی را نشان دادیم (جدول ۳). تحلیل چند متغیری کنترل شده برای همه متغیرهای مستقل نشان داد که نوجوانان با حمایت بالاتر از خانواده و محتوای استراتژی خانواده بالاتر از یک اثر محافظتی قابل توجه در برابر مصرف مواد سود می برند. به طور مشابه، نوجوانان با عزت نفس بالا، حمایت بیشتر خانواده و دوستان و بالاتر بودن سطح خانواده و مدرسه احتمال کمتری برای نشان دادن رفتار خودکشی داشتند. با این حال، احتمال بروز رفتار جنسی در نوجوانان دارای عزت نفس بالا بیشتر بود، در حالی که هیچ یک از نوجوانان دارای PSS و SC هیچ ارتباطی با رفتار جنسی نشان ندادند.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی در مورد ویژگی های دموگرافیک و جمعیت شناختی نوجوانان

سن		
سال 13-15	388 (41.1)	
سال 16-19	555 (58.9)	0.627
میانگین انحراف معیار 15.82 ± 1.31		
جنسیت		
مرد		
زن	455 (48.3)	
کلاس	488 (51.7)	0.000*
9		
10	317 (33.6)	
11	314 (33.3)	0.209
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	312 (33.1)	
به سختی کافی		
کافی	66 (7.0)	0.082
مآزاد		
تحصیلات پدر	557 (59.1)	
بی سواد	320 (33.9)	
سواد		
نمی دانم	44 (4.7)	0.044* 0.511
تحصیلات مادر	757 (80.3)	
بی سواد	142 (15.1)	
سواد		
نمی دانم	105 (11.1)	0.010*
تعارض خانوادگی		
اغلب	700 (74.2)	
گاهی	138 (14.6)	0.084
هرگز		
خشونت خانگی		
اغلب	24 (2.5)	
گاهی	605 (64.2)	
هرگز	314 (33.3)	0.216
عشق و پیوند با والدین		
اغلب	18 (1.9)	
گاهی	77 (8.2)	
هرگز	848 (89.9)	
اغلب سوء استفاده کلامی/عاطفی در خانه		
گاهی	789 (83.7)	0.010*
هرگز	130 (13.8)	
سوء استفاده فیزیکی در خانه	24 (2.5)	
اغلب		
گاهی	21 (2.2)	
هرگز		
دسترسی به اینترنت در خانه		
خیر	258 (27.4)	0.155
بله		
مصرف مواد مخدر اعضای خانواده	664 (70.4)	
پدر		
خیر	20 (2.1)	0.641
بله	174 (18.5)	
مادر	748 (79.4)	
خیر		
بله		
خواهر و برادر	402 (42.6)	0.005*
خیر	541 (57.4)	
بله		
	443 (47.0)	0.001*
	500 (53.0)	
		0.000*
	811 (86.0)	
	132 (14.0)	
	851 (90.2) 92 (9.8)	

جدول ۲. شیوع رفتار پرخطر با عزت نفس، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرمایه اجتماعی

متغیر	تعداد	مصرف مواد		P	رفتار خودکشی		P	رفتار جنسی		
		خیر	بله		خیر	بله		خیر	بله	
عزت نفس										
کم	281 (29.8)	208 (74.0)	73 (26.0)	0.000*	236 (84.3)	44 (15.7)	0.000*	244 (86.8)	37 (13.2)	0.998
بالا	662 (70.2)	556 (84.1)	105 (15.9)		613 (92.7)	48 (7.3)		574 (86.8)	87 (13.2)	
میانگین (انحراف) 16.51 (0.12) از خانواده PSS										
کم و متوسط	185 (19.6)	120 (65.2)	64 (34.8)	0.000*	146 (79.3)	38 (20.7)	0.000*	147 (79.5)	38 (20.5)	0.001*
بالا	758 (80.4)	644 (85.0)	114 (15.0)		703 (92.9)	54 (7.1)		671 (88.6)	86 (11.4)	
میانگین (انحراف) 23.0 (0.17) از دوستان PSS										
کم و متوسط	259 (27.5)	188 (72.9)	70 (27.1)	0.000*	214 (82.9)	44 (17.1)	0.000*	206 (79.5)	53 (20.5)	0.000*
بالا	684 (72.5)	576 (84.2)	108 (15.8)		635 (93.0)	48 (7.0)		612 (89.6)	71 (10.4)	
میانگین (انحراف) 21.39 (0.18) از دیگران مهم PSS										
کم و متوسط	333 (35.3)	259 (78.0)	73 (22.0)	0.074	288 (86.7)	44 (13.3)	0.008*	278 (83.5)	55 (16.5)	0.024*
بالا	610 (64.7)	505 (82.8)	105 (17.2)		561 (92.1)	48 (7.9)		540 (88.7)	69 (11.3)	
میانگین (انحراف) 20.35 (0.20) SC خانواده										
کم	12 (1.3)	5 (41.7)	7 (58.3)	0.000*	9 (75.0)	3 (25.0)	0.189	8 (66.7)	4 (33.3)	0.100
بالا	929 (98.7)	757 (81.6)	171 (18.4)		839 (90.5)	88 (9.5)		808 (87.1)	120 (12.9)	
میانگین (انحراف) 15.89 (0.06) SC مدرسه										
کم	60 (6.4)	44 (73.3)	16 (26.7)	0.113	51 (85.0)	9 (15.0)	0.160	45 (75.0)	15 (25.0)	0.005*
بالا	882 (93.6)	719 (81.6)	162 (18.4)		797 (90.6)	83 (9.4)		772 (87.6)	109 (12.4)	
میانگین (انحراف) 20.81 (0.12) SC همسایه										
کم	91 (9.7)	65 (71.4)	26 (28.6)	0.013*	81 (89.0)	10 (11.0)	0.682	76 (83.5)	15 (16.5)	0.324
بالا	852 (90.3)	699 (82.1)	152 (17.9)		768 (90.4)	82 (9.6)		742 (87.2)	109 (12.8)	
میانگین (انحراف) 14.67 (0.09)										

جدول ۳. نسبت شانس و فواصل اطمینان برای تأثیر عزت نفس، سه منبع حمایت اجتماعی و سه منبع سرمایه اجتماعی بر مصرف مواد، رفتار خودکشی و رفتار جنسی نوجوانان، کنترل تمام متغیرهای دیگر شامل دموگرافیک، SES، خانواده و عوامل مدارس

متغیر	استفاده از مواد (بله)						رفتار خودکشی (بله)						رفتار جنسی (بله)					
	مدل تعدیل شده			مدل خام			مدل تعدیل شده			مدل خام			مدل تعدیل شده			مدل خام		
	OR	LCI	UCI	OR	LCI	UCI	OR	LCI	UCI	OR	LCI	UCI	OR	LCI	UCI	OR	LCI	UCI
متغیرهای مستقل	0.93	0.89	0.97	0.95	0.90	1.00	0.85	0.80	0.91	0.90	0.83	0.96	1.02	0.97	1.08	1.11	1.04	1.19
عزت نفس																		
از خانواده PSS	0.93	0.90	0.95	0.95	0.91	0.98	0.92	0.89	0.95	0.95	0.91	0.99	0.95	0.92	0.97	0.98	0.93	1.03
از دوستان PSS	0.94	0.92	0.97	0.97	0.94	1.00	0.93	0.90	0.96	0.96	0.92	0.99	0.94	0.91	0.96	0.96	0.92	1.00
از سایر افراد مهم PSS	0.97	0.94	0.99	1.00	0.96	1.03	0.96	0.93	0.99	0.97	0.93	1.01	0.96	0.94	0.99	0.99	0.95	1.03
سرمایه اجتماعی خانواده	0.82	0.76	0.88	0.83	0.75	0.93	0.78	0.72	0.86	0.80	0.70	0.92	0.88	0.81	0.96	0.87	0.75	1.01
سرمایه اجتماعی مدرسه	0.93	0.89	0.97	1.00	0.94	1.05	0.87	0.83	0.92	0.91	0.85	0.98	0.91	0.87	0.95	0.98	0.91	1.04
محله سرمایه اجتماعی	0.91	0.85	0.98	0.96	0.90	1.03	0.91	0.85	0.98	0.97	0.89	1.06	0.97	0.91	1.03	1.01	0.92	1.10

OR: نسبت شانس، CI: فاصله اعتماد به نفس، LCI: فاصله اطمینان پایین تر، UCI: فاصله اطمینان بالا، SES: وضعیت اجتماعی و اقتصادی، PSS: حمایت اجتماعی درک شده است

بحث

سایر عوامل جمعیت شناختی، عوامل خانوادگی، همسالان و مدرسه نیز در بروز این رفتارها نقش دارند. با توجه به مصرف مواد مخدر، شیوع مشابهی از مصرف تنباکو و ماری جوانا توسط مطالعات دیگر گزارش شده است، اما میزان مصرف الکل و سایر مسکرات کم تر یا بیشتر گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷؛ کارکی و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعه ای نشان داد که سیگار کشیدن در میان نوجوانان مدارس خصوصی، مانند مطالعه ما، بالاتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (پراجان، گیمیر، نیرائولا و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه ما شیوع کم تر رفتار خودکشی را نسبت به مطالعات دیگر در شادگان نشان داد. با

خطر رفتاری نوجوانان یک مساله مهم بهداشتی و اجتماعی در سطح جهانی است و شادگان نیز از این قاعده مستثنی نیست. برخی مطالعات تلاش کرده اند تا شیوع رفتارهای پرخطر مختلف را نشان دهند، اما شکاف دانش در مورد آنچه که عوامل حفاظتی واقعی باقی می ماند؛ بنابراین، این مطالعه تلاشی برای ارزیابی تأثیر عوامل مهم اما به ندرت بررسی شده مانند عزت نفس، PSS و محتوای استراتژی بر مصرف مواد، رفتار خودکشی و رفتار جنسی با مشخص کردن منابع و کنترل برای همه بود.

جغرافیایی با زمینه‌های اجتماعی منحصر به فرد متفاوت باشد.

استفاده از ابزار پژوهش

تحلیل چند متغیره ما ثابت کرد که نوجوانان مبتلا به PSS و SC بالا از خانواده کم‌تر در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیر بودند، اما ارتباط بین عزت نفس و مصرف مواد توسط عوامل دیگر مانند تحصیلات پدر، شغل و درآمد، مصرف مواد دوستان و قوی‌ترین آن‌ها، فشار همسالان مختل شد. اگرچه مطالعات بین‌المللی گذشته ارتباطات منفی بین عزت نفس و مصرف مواد از جمله الکل و ماری‌جوآنا را نشان داد، نقش عزت نفس توسط عوامل مداخله‌گر مرتبط با همسالان تضعیف شد (هندرن و همکاران، ۲۰۱۶ چن و همکاران، ۲۰۱۸ ولسکا و همکاران، ۲۰۰۹ کیم، ۲۰۱۱ کارامان، ۲۰۱۳). عوامل همسالان به ویژه در دوران نوجوانی مورد توجه هستند زیرا این دوره‌ای است که زمان بیشتری با دوستان سپری می‌شود و بیشتر اوقات در مدرسه یا خارج از خانواده سپری می‌شود. در نتیجه افزایش عزت نفس کافی نیست. مطالعه ما همچنین ارتباط منفی بین PSS و مصرف مواد را نشان داد و تایید کرد که سایر عوامل جمعیت شناختی، عوامل خانوادگی، همسالان و مدرسه نیز در بروز این رفتارها نقش دارند. با توجه به مصرف مواد مخدر، شیوع مشابهی از مصرف

این وجود، مطالعه سازمان بهداشت جهانی تنها شامل نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ ساله بود و مطالعه دیگر در میان نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ ساله شادگان انجام شد. بررسی نوجوانان و جوانان شادگان در سال ۲۰۱۰ / ۱۱ نشان داد که میزان مسائل جنسی در میان نوجوانان شادگان ۱۳،۲۷٪ در سنین ۱۰ تا ۱۴ سال و ۶۰،۶۴٪ در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال بود. این درصدها بالاتر از یافته‌های حاضر است و این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که نوجوانان شهری و روستایی در هر دو مطالعه شرکت داشتند، اگرچه گزارش سال ۲۰۱۱ یک بررسی خانوار از افراد در مدرسه و خارج از مدرسه بود و بنابراین ممکن است شامل نوجوانان متاهل بیشتری در خانواده‌ها باشد. طبق یافته‌های ما، مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ گزارش داد که ۱۰٪ از نوجوانان مواد پورنوگرافیک و اینترنت مصرف می‌کنند. تنوع در سراسر کشورها در رفتار جنسی گزارش شده نوجوانان وجود داشت (لودز، موتالیپ، محمود و همکاران، ۲۰۱۹ اینجو و همکاران، ۲۰۱۶ رینینگر و همکاران، ۲۰۱۲). میانگین نمره عزت نفس در مطالعه ما مشابه یافته‌های مطالعات قبلی بود. میانگین نمرات محتوای استراتژی مدرسه و همسایه در مطالعه ما کم‌تر از آن چیزی بود که در میان نوجوانان ژاپنی با همان مقیاس اندازه‌گیری شده بود. به نظر می‌رسد که پاسخ‌های نوجوانان به محتوای استراتژی موجود ممکن است بین مناطق

تباکو و ماری جوانا توسط مطالعات دیگر گزارش شده است، اما میزان مصرف الکل و سایر مسکرات کم تر یا بیشتر گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷، کبیر گو، ۲۰۱۴، کارکی و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعه ای نشان داد که سیگار کشیدن در میان نوجوانان مدارس خصوصی، مانند مطالعه ما، بالاتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (پراجان، گیمیر، نیرائولا و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه ما شیوع کم تر رفتار خودکشی را نسبت به مطالعات دیگر نشان داد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷، تهپا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ با این وجود، مطالعه سازمان بهداشت جهانی تنها شامل نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ ساله بود و مطالعه دیگر در میان نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ ساله شادگان انجام شد. بررسی نوجوانان و جوانان شادگان در سال ۲۰۱۰ / ۱۱ نشان داد که میزان آمیزش جنسی در میان نوجوانان شادگان ۱۳،۲۷٪ در سنین ۱۰ تا ۱۴ سال و ۶۰،۶۴٪ در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال بود. این درصدها بالاتر از یافته های حاضر است و این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که نوجوانان شهری و روستایی در هر دو مطالعه شرکت داشتند، اگرچه گزارش سال ۲۰۱۱ یک بررسی خانوار از افراد در مدرسه و خارج از مدرسه بود و بنابراین ممکن است شامل نوجوانان متاهل بیشتری در خانواده ها باشد. طبق یافته های ما، مطالعه ای در هنگ کنگ گزارش داد که ۱۰٪ از نوجوانان مواد پورنو گرافیک و اینترنت

مصرف می کنند. تنوع در سراسر کشورها در رفتار جنسی گزارش شده نوجوانان وجود داشت (لودز، موتالیپ، محمود و همکاران، ۲۰۱۹، اینجو و همکاران، ۲۰۱۶، رینینگر و همکاران، ۲۰۱۲). میانگین نمره عزت نفس در مطالعه ما مشابه یافته های مطالعات قبلی بود. میانگین نمرات محتوای استراتژی مدرسه و همسایه در مطالعه ما کم تر از آن چیزی بود که در میان نوجوانان ژاپنی با همان مقیاس اندازه گیری شده بود. به نظر می رسد که پاسخ های نوجوانان به محتوای استراتژی موجود ممکن است بین مناطق جغرافیایی با زمینه های اجتماعی منحصر به فرد متفاوت باشد. هنگامی که محتوای استراتژی در نظر گرفته شد، یک ارتباط با مصرف مواد توسط چندین مطالعه نشان داده شد. همچنین یک مطالعه هندی ارتباط قابل توجهی با عوامل خانوادگی مانند رابطه والد - کودک و ارتباط نشان داد (سدهی و کهبارا، ۲۰۱۲). مشخص شده است که این رفتارها با مصرف مواد در ارتباط هستند. علاوه بر این، مطالعات گذشته ارتباط بین محتوای استراتژی همسایه و مصرف مواد مخدر را نشان داده است (خورخه، پایوا، ویل، کواچی، مالک زارزار، ۲۰۱۸، نیل سون، ۲۰۱۳). علاوه بر این، اگر چه مطالعات گذشته از کشورهای توسعه یافته نشان دهنده نقش جامعه است، رابطه یا درک و در دسترس بودن محتوای

استراتژی همسایه ممکن است در بخش‌های مختلف جهان متفاوت باشد؛ بنابراین، یافته‌های ما پیشنهاد می‌کنند که اگر خانواده بتواند حمایت بیشتری را فراهم و ایجاد کند، نوجوانان ممکن است از مصرف مواد دور شوند.

رفتار خودکشی

این مطالعه نقش عزت‌نفس، PSS (از خانواده و دوستان) و محتوای استراتژی (خانواده و مدرسه) را در محافظت از نوجوانان در برابر رفتار خودکشی نشان داد. ما متوجه شدیم که عزت‌نفس بالاتر نوجوانان را کم‌تر در معرض رفتار خودکشی قرار می‌دهد و این تأثیر عزت‌نفس نیز در مطالعات قبلی نشان داده شد (شرف و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلیمان ریسکایند، ۲۰۱۳؛ هوانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ ژو، وانگ، شی، ۲۰۱۸؛ چاتارد و همکاران، ۲۰۰۹)؛ بنابراین ما نتیجه می‌گیریم که عزت‌نفس محافظ قوی نوجوانان در برابر رفتار خودکشی است.

اثر حمایتی ثابت خانواده و دوستان مشاهده شده در این مطالعه و در مطالعات کشورهای دیگر این یافته را تایید می‌کند که نوجوانان دارای PSS بالا از خانواده کم‌تر تمایل به نشان دادن رفتار خودکشی دارند (کانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسپرینگر، مارسل، باملر، راس، ۲۰۰۶؛ رندال، دوکو، ویلسون، پلتزر ۲۰۱۴). به طور مشابه،

نوجوانان جامائیکا که عوامل محافظتی در خانه داشتند در خطر خودکشی کمتری بودند، با این حال، هیچ ارتباطی با عوامل حفاظتی خارج از خانه وجود نداشت (آبل، سیل، مارتین بیلی داویدسن، دیورز فاکس، ۲۰۱۲). این نیز نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی، به ویژه حضور والدین در خانه، نقش محافظتی مهمی ایفا می‌کنند. علاوه بر این، مطالعات قبلی مشخص کردند که رفتار خودکشی توسط نوجوانان با حمایت بالا از سوی دوستان کم‌تر نشان داده می‌شود. بر اساس این یافته‌ها، ابتدا باید به نوجوانان کمک شود تا سطح عزت‌نفس خود را افزایش داده و حفظ کنند. علاوه بر این، خانواده و دوستان باید به گونه‌ای از نوجوانان حمایت کنند که بتوانند درک کنند که حمایت کافی در دسترس است.

مطالعاتی از کره جنوبی و کانادا تأثیر پیش‌بینی‌کننده محتوای استراتژی بر رفتار خودکشی در نوجوانان را مشاهده کردند. اولین مطالعه مربوط به ارتباط و دریافت کمک از خانواده و دوستان بود و مطالعه دوم بیشتر بر تعامل با دیگران در جامعه، اعتقادات مذهبی و اعتماد و تقابل در مدرسه تمرکز داشت. مطالعه حاضر نشان داد که نوجوانان با سطح بالای مواد مخدر در خانواده و مدرسه در معرض خطر کمتری برای خودکشی قرار دارند و شواهدی ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد سطح بالای مواد مخدر در خانواده و مدرسه در پیش‌گیری از رفتار خودکشی

در نوجوانان مهم تر از همسایگی است. علاوه بر آن، ارتباط با محتوای استراتژی خانواده قوی تر از ارتباط با محتوای استراتژی مدرسه بود. برای گسترش این یافته‌ها، به مطالعات آینده نیاز است تا بیشتر بر روی انواع و سطوح مختلف محتوای استراتژی در انواع و حوزه‌های مختلف جوامع تمرکز شود.

رفتار جنسی

تمرکز ما بر عزت‌نفس، PSS و SC به عنوان مکانیزم‌های محافظ در برابر رفتارهای جنسی نامناسب در میان نوجوانان شادگان بود. یافته‌های ما مشابه نتایج مطالعات قبلی بود، اما یک تفاوت این بود که ما رابطه مثبتی بین عزت‌نفس و رفتار جنسی مشاهده کردیم. در مقابل، یک مطالعه قبلی هیچ ارتباطی بین عزت‌نفس و رفتار جنسی نشان نداد و یافته‌های ما نیز با نتایج مطالعات در کشورهای نیجریه، ترکیه، آمریکا (کرپلمن، مک الوین، پیتمن، میشل آدلر - باندرا، ۲۰۱۶) و نوجوانان کره‌ای که عزت‌نفس پایین را به عنوان عامل خطر شناسایی کردند، تناقض داشت. یافته‌های ما از ارتباط بین عزت‌نفس بالاتر و رفتار جنسی نامناسب نشان می‌دهد که نقش عزت‌نفس در زمینه‌های مختلف متفاوت است. یک توضیح ممکن می‌تواند این باشد که نوجوانان با عزت‌نفس بالاتر، به خودشان افتخار می‌کنند و می‌توانند

تصمیم بگیرند؛ بنابراین، علاوه بر اثرات مثبت، عزت‌نفس بالاتر ممکن است گاهی اوقات منجر به خطراتی در نوجوانان شود که اکتشافی، آسیب‌پذیر و در یک دوره انتقالی از زندگی هستند. عزت‌نفس بر رفتار خطر، یعنی بر رفتار خودکشی و مصرف مواد تأثیر منفی و بر رفتار جنسی اثر مثبت دارد. عزت‌نفس نوجوانان باید ارزیابی شود. به افرادی که عزت‌نفس پایین دارند، باید در زمینه توانایی پیشگیری از رفتارهای پرخطر و از همه مهم‌تر اقدام به خودکشی کمک کرد. با توجه به کمبود شواهد از مطالعات گذشته، یافته ما جدید است و می‌تواند برای تحقیقات آینده برای بهره‌برداری از این اختلاف در نظر گرفته شود که ممکن است به دلیل تفاوت در زمینه‌های کشور باشد.

بر خلاف مطالعه حاضر، اثر حفاظتی PSS از والدین در برابر رفتار خطر جنسی در نوجوانان سالوادوران و پسران از مکزیک یافت شد و اثر حفاظتی PSS از والدین و دوستان در نوجوانان ترکیه مشاهده شد (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۶؛ رینینگر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کاکار مشنگی، ۲۰۱۷). با توجه به مطالعات محتوای استراتژی در کشورهای توسعه‌یافته از جمله ایالات متحده، استرالیا و اروپا گزارش داد که خانواده و حمایت همسالان، محیط مدرسه، روابط و ارتباطات بین دانش‌آموز و معلم و خانواده و محتوای استراتژی

محلّه عوامل مهمی برای جلوگیری از رفتار خطر، از جمله رفتار خطر جنسی بودند. مطالعه هند نشان داد که فعالیت‌های جنسی بیشتر با عوامل خانوادگی مانند رابطه والد - کودک و ارتباط مرتبط است که عناصری هستند که در مطالعه حاضر به عنوان محتوای استراتژی خانواده در نظر گرفته می‌شوند. با این حال، ما متوجه شدیم که اثر کلی محتوای استراتژی از عامل هم‌تا تأثیر می‌پذیرد. اگر چه یافته‌های گذشته نشان داده‌اند که محتوای استراتژی خانواده و مدرسه به عنوان مکانیسم‌های کنترل رفتار جنسی عمل می‌کند، ما اضافه می‌کنیم که تأثیر همسالان این مکانیزم‌ها را تضعیف می‌کند و بنابراین باید به عنوان عاملی برای ارتقا سلامت جنسی در میان نوجوانان در حال توسعه در نظر گرفته شود.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

این مطالعه یک منطقه وسیع جغرافیایی را با نمونه‌گیری احتمالی پوشش داد به طوری که یافته‌ها را می‌توان به نوجوانان مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های شهری شادگان تعمیم داد. علاوه بر مطالعات شیوع که به صورت مجزا انجام شد، این مطالعه تلاش کرد تا با تنظیم عوامل جمعیت‌شناختی، خانواده و همسالان مدرسه در پیشگیری از این رفتارها، به بررسی رفتارهای پرخطر چندگانه و نقش عزت‌نفس، PSS و محتوای

استراتژی از منابع مختلف بردارد. با این حال، این مطالعه محدود به نوجوانانی بود که در مدارس رسمی در مناطق شهری حضور داشتند و بنابراین به معنای درک رفتار پر خطر نوجوانان خارج از مدرسه و ساکن مناطق روستایی شادگان نیست. علاوه بر این، یک طرح مقطعی در توانایی آن برای استنباط هر گونه رابطه علت و معلولی بین متغیرها و رفتار خطر محدود می‌شود. اگرچه محققان بهترین تلاش خود را برای کسب اطلاعات در مورد سطوح مختلف محتوای استراتژی به کار برده‌اند، اما فقدان یک معیار استاندارد معتبر باقی مانده است. مطالعات آتی می‌توانند ساخت و اعتبار یک ابزار را با ارجاع به مطالعه حاضر در نظر بگیرند.

پایان

عزت نفس، PSS از خانواده و دوستان و محتوای استراتژی در سطح خانواده و مدرسه در برابر رفتار خودکشی محافظ بودند؛ PSS از خانواده و محتوای استراتژی در سطح خانواده به طور منفی با مصرف مواد در نوجوانان مرتبط بود، با این حال، هیچ یک از این متغیرها اثر حفاظتی برای رفتار جنسی نشان ندادند. در مقابل، عزت‌نفس به طور معکوس با رفتار جنسی مرتبط بود. اگرچه مشخص شد که عزت‌نفس برای تمام رفتارهای پرخطر در مطالعات گذشته محافظ است، ما متوجه

مطالعه برای دانش آموزان، محققان و سایر کسانی که علاقمند به طراحی مطالعات آینده در این زمینه هستند، مفید خواهد بود.

منابع

- Abel, W. D., Sewell, C., Martin, J. S., Bailey-Davidson, Y., & Fox, K. (2012). Suicide ideation in Jamaican youth: Sociodemographic prevalence, protective and risk factors. *West Indian Medical Journal*, 61(5), 521-525.
- Adhikari, R. P., Upadhaya, N., Pokhrel, R., Suwal, B. R., Shrestha, M. P., & Subedi, P. K. (2016). Health and social vulnerability of Adolescents in sadegan. *SM J Public Health Epidemiol*, 2(3), 1032. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7791-0>.
- Aryal, K. K. (2017). Global school-based student health survey Nepal, 2015. Nepal Health Research Council.
- Åslund, C., & Nilsson, K. W. (2013). Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: A cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-33>.
- Bae, S. M. (2019). Individual and social stress, social capital, and depressive symptoms as predictors of adolescent suicide in South Korea: A mediated moderation model. *Journal of Health Psychology*, 1359105319847257. <https://doi.org/10.1177/1359105319847257>.
- Çakar, F. S., & Tagay, €O. (2017). The mediating role of self-esteem: The effects of social support and subjective well-being on adolescents' risky behaviors. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 17(3), 859-876. <https://doi.org/10.12738/estp.2017.3.0024>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). 2017 national youth risk behavior survey.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Adolescent and school health, why schools? Schools: The right place for a healthy start. The centers for disease control and prevention.
- Chatard, A., Selimbegovic, L., & Konan, P. N. D. (2009). Self-esteem and suicide rates in 55 Nations. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 23(1), 19-32. <https://doi.org/10.1002/per.701>.
- Chen, L. Y., Martins, S. S., Strain, E. C., Mojtabai, R., & Storr, C. L. (2018). Sex and age differences in risk factors of marijuana involvement during adolescence. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 17(1), 29-39. <https://doi.org/10.1097/ADT.000000000000120>.
- Chhabra, G. S., & Sodhi, M. K. (2012). Impact of family conflict on the psychosocial behaviour in male adolescents. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 32(2), 124-131. <https://doi.org/10.3126/jnps.v32i2.6147>.
- Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Gayle, J. A. (2003). Social capital as

شدیم که عوامل زمینه‌ای دیگری بر ارتباط بین عزت نفس و رفتارهای پرخطر، به ویژه تأثیر توسط همسالان، تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، جلوگیری از نفوذ همسالان باید مورد تاکید قرار گیرد. به طور مشابه، نقش جامعه یا همسایه ممکن است در زمینه‌های مختلف متفاوت باشد. در نتیجه، عوامل خطر و محافظ شناسایی شده در این مطالعه باید برای مداخلات پیشگیرانه در سطح خانواده و مدرسه در نظر گرفته شوند تا از انتقال بهتر و امن تر به بزرگسالی از طریق جلوگیری از رفتارهای پرخطر اطمینان حاصل شود.

این مطالعه اطلاعاتی را در مورد رفتارهای پرخطر و نقش پیشگیرانه عزت نفس، PSS و محتوای استراتژی در نوجوانان به دست داد. این یافته‌ها ممکن است مفاهیم کاربردی برای برنامه‌ریزی مداخلات و مفاهیم آموزشی برای مخاطبان مختلف (والدین / خانواده‌ها، معلمان، پرستاران بهداشت مدارس، جوامع و دیگران) در زمینه سلامت و رفتار نوجوانان داشته باشند. مطالعه ما به ادبیات مربوط به رفتارهای پرخطر نوجوانان در چارچوب شادگان کمک خواهد کرد. همچنین با پر کردن شکاف دانش بر روی منابع محتوای استراتژی و PSS برای رفتارهای خطر چندگانه در چارچوب یک کشور در حال توسعه و با اندازه‌گیری تأثیر اثرات مخدوش کنندگی، ادبیات بین‌المللی موجود را تکمیل می‌کند. در آینده، این

- ideation among middle school students. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(4), 213–219. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2017.38.4.213>.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., et al. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1.
- Karaman, G. N. (2013). Predicting the problem behavior in adolescents. *Egitim Arastirmalari, Eurasian Journal of Educational Research*, 52, 137–154.
- Karki, S., LÉansimies, H., Laukkanen, E., Pirskanen, M., & PietilÉa, A. M. (2016). Substance use by adolescents in the western developmental region of Nepal. *Journal of Substance Use*, 21(1), 98–106.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, 174(7).
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467.
- Kerpelman, J. L., McElwain, A. D., Pittman, J. F., & Adler-Baeder, F. M. (2016). Engagement in risky sexual behavior: Adolescents' perceptions of self and the parent-child relationship matter. *Youth & Society*, 48(1), 101–125. <https://doi.org/10.1177/0044118X13479614>.
- Kim, Y. (2011). Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Central European Journal of Public Health*, 19(4).
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>.
- Lamichhane, D. (2015). Factors associated with self-esteem among adolescents in public schools in Kathmandu. Master's thesis. Tribhuvan University Library.
- Langille, D. B., Asbridge, M., Kisely, S., & Rasic, D. (2012). Suicidal behaviours in adolescents in nova scotia, Canada: Protective associations with measures of social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1549–1555. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0461-x>.
- Lodz, N. A., Mutalip, M. H. A., Mahmud, M. A. F., Awaluddin, M., Yoep, N., Paiwai, F., et al. (2019). Risky sexual behaviours among a predictor of adolescents' sexual risk behavior: A state-level exploratory study. *AIDS and Behavior*, 7(3), 245–252.
- Curran, E. M. (2007). The relationship between social capital and substance use by high school students. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 51(2), 59.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., et al. (2009). Social determinants of health and well-being among young people. *Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*, 2010.
- Dema, T., Tripathy, J. P., Thinley, S., Rani, M., Dhendup, T., Laxmeshwar, C., et al. (2019). Suicidal ideation and attempt among school going adolescents in Bhutan—a secondary analysis of a global school-based student health survey in Bhutan 2016. *BMC Public Health*, 19(1), 1605.
- Enejoh, V., Pharr, J., Mavegam, B. O., Olutola, A., Karick, H., & Ezeanolue, E. E. (2016). Impact of self-esteem on risky sexual behaviors among Nigerian adolescents. *AIDS Care*, 28(5), 672–676.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis (7th ed)*. Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice-Hall, Inc.
- Handren, L. M., Donaldson, C. D., & Crano, W. D. (2016). Adolescent alcohol use: Protective and predictive parent, peer, and self-related factors. *Prevention Science*, 17 (7), 862–871. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0695-7>.
- Huang, Y. H., Liu, H. C., Sun, F. J., Tsai, F. J., Huang, K. Y., Chen, T. C., et al. (2017). Relationship between predictors of incident deliberate self-harm and suicide attempts among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 612–618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.005>.
- Jessor, R. (2011). Adolescent problem behavior in nairobi's informal settlements: Applying problem behavior theory in sub-saharan africa. *Journal of Urban Health*, 88 (2), 298–317.
- Jorge, K. O., Paiva, P. C. P., Vale, M. P. D., Kawachi, I., & Zarzar, P. M. (2018). Alcohol intake among adolescent students and association with social capital and socioeconomic status. *Ci^encia & Saúde Coletiva*, 23, 741–750.
- Kabir, M. A., & Goh, K. L. (2014). Determinants of tobacco use among students aged 13–15 years in Nepal and Sri Lanka: Results from the global youth tobacco survey, 2007. *Health Education Journal*, 73(1), 51–61. <https://doi.org/10.1177/0017896912469576>.
- Kalina, O., Geckova, A. M., Jarcuska, P., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Psychological and behavioural factors associated with sexual risk behavior among Slovak students. *BMC Public Health*, 9(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-15>.
- Kaljee, L. M., & Chen, X. (2011). Social capital and risk and protective behaviors: A global health perspective. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 113.
- Kang, B. H., Kang, J. H., Park, H. A., Cho, Y. G., Hur, Y. I., Sim, W. Y., et al. (2017). The mediating role of parental support in the relationship between life stress and suicidal