

# رابطه طرد اجتماعی و آسیب دیدگی های دوران کودکی با خطرپذیری نوجوانان دختر دوره دوم متوسطه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۹

## خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه طرد اجتماعی و آسیب دیدگی های دوران کودکی با خطرپذیری نوجوانان دختر دوره دوم متوسطه انجام گرفت.

**روش کار:** روش تحقیق از نوع توصیفی با طرح همبستگی بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه ی دوم شهرستان تنکابن در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از این تعداد ۱۴۷ نفر به شیوه ی تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. شرکت کنندگان به پرسشنامه های خطرپذیری (ایرانی زاده محمدی و احمد آبادی، ۱۳۸۷)، فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی (۲۰۰۳) و پرسشنامه طرد اجتماعی (هوف و ورومن، ۲۰۰۱) پاسخ دادند. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و رگرسیون چند گانه تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** یافته های به دست آمده حاکی از آن بود که بین تمام مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی با خطرپذیری همبستگی مثبت و معنادار و از میان مؤلفه های طرد اجتماعی فقط همبستگی مشارکت اجتماعی و دسترسی به حقوق اجتماعی با خطرپذیری مثبت و معنادار بود.

**نتیجه گیری:** نتیجه پژوهش نشان داد متغیر آسیب دیدگی دوران کودکی و طرد اجتماعی قدرت پیش بینی خطرپذیری را دارند.

**کلمات کلیدی:** خطرپذیری، آسیب دیدگی های دوران کودکی، طرد اجتماعی، ترومای کودکی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

نرگس شاه عباس پور<sup>۱</sup>

محمدعلی رحمانی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

Email: rahmanima20@gmail.com

## مقدمه

نوجوانی مرحله ای بسیار مهم در مراحل رشد انسان است که زمینه ساز بسیاری از رفتارهای فرد در حیطه های مختلف می باشد (پردل، ۱۳۹۴) و از آنجا که این دوره با تحولات فراوانی در زمینه های روانشناختی، زیست شناختی و اجتماعی همراه است، لذا هر یک از این تغییرات می تواند یک عامل بحران زا برای نوجوانان محسوب شود و بررسی و تفحص در مورد این تحولات حائز اهمیت بسیاری است (انیسی و همکاران ۱۳۸۶). یکی از این مسائل جدی در این دوران خطر پذیری<sup>۱</sup> است. خطر پذیری شامل تصمیم گیری تحت شرایط مبهم همراه با ریسک می باشد که دارای قابلیت همزمان آسیب و ضرر و نیز پیشرفت و پاداش است (هررو-فرناندز، و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۱۶). این رفتارها از ابتدای نوجوانی تا اواسط آن افزایش می یابد و در اواخر نوجوانی دچار افت می شود (گنز و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰).

از طرفی بهادیند و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی تحت عنوان (شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان ایرانی) نشان دادند که شیوع مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، استعمال دخانیات، قلیان و روابط خارج از ازدواج در نوجوانان ایرانی به ترتیب ۴ درصد، ۹ درصد، ۹ درصد و ۲۰ درصد و ۲۰ درصد بود لذا نتیجه گرفتند که شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان ایرانی زیاد است. اما متناسب با این شیوع، تحقیقات و بررسی های کافی انجام نشده است و رفتارهای پرخطر کمتر به عنوان موضوع پژوهشی در حیطه های روان شناسی و جامعه شناختی مطرح شده و یا به صورت پراکنده مورد بررسی قرار گرفته اند (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸). یکی از عوامل موثر بر خطر پذیری آسیب دیدگی های دوران کودکی یا ترومای کودکی<sup>۴</sup> است، ترومای دوران کودکی یک اصطلاح کلی است که برای توضیح همه اشکال کودک آزاری اعم از: غفلت عاطفی، آزار جنسی، آزار جسمی، بی توجهی،

آزار هیجانی و حتی به تازگی خشونت خانوادگی به کار می رود (باکر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲).

عامل موثر دیگر بر خطر پذیری طرد اجتماعی<sup>۶</sup> است. با وجود تعاریف بسیاری که از طرد اجتماعی در دسترس است، فلوتن (۲۰۰۷) به نکته ای مشترک در تمامی آنها اشاره کرد: رابطه ی بین فرد و دیگران، در تعریف طرد اجتماعی امری اساسی است؛ از این جهت طرد اجتماعی: «محرومیتی طولانی مدت است که منجر به جدا شدن افراد از جریان اصلی یک جامعه است» (روم<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴).

نوجوانان یک جامعه از سرمایه اصلی آن به حساب می آیند که در رشد و توسعه ی آن از تمام جوانب نقش بسزایی خواهند داشت (جلایی پور و حسینی نثار، ۱۳۸۷). کشورمان ایران دارای ساخت جمعیتی جوان است و حجم وسیعی از افراد جامعه را نوجوانان و حجم زیادی از مسائل و معضلات جامعه را مسائل آنان ایجاد می کند. آنچه بدهی است این است که گروه نوجوانان بیشتر از دیگر گروه های سنی در معرض رفتارهای پرخطر قرار دارند (گنز و همکاران، ۱۹۹۰). در بررسی های انجام شده در بسیاری از کشورهای جهان تعداد جرایم مربوط به بزهکاری جوانان در سنین ۱۲ تا ۲۵ سالگی همچنان رو به افزایش است. روند کمی جرایم نوجوانان و جوانان در سال ۱۳۷۴ از ۷۶۴۴ به ۲۵ هزار و ۸۹ در سال ۱۳۷۹ رسید (نجفی و عبدالرحمانی، ۱۳۹۸) پژوهش های انجام شده در ایران نیز بیانگر شیوع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار و قلیان الکل مواد مخدر بین نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال است. برخی پژوهش ها شیوع رفتارهای پرخطر در میان دانش آموزان ۴۴/۷۱ درصد گزارش کرده اند (سلیمانی نیا و همکاران، ۱۳۸۴) و نیز سه مورد از دلایل رایج مرگ و میر نوجوانان (خودکشی، دگرکشی و تصادف با وسیله نقلیه) ارتباط مستقیم با خطر پذیری دارد (مولی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

<sup>6</sup> social exclusion

<sup>7</sup> Flotten

<sup>8</sup> Room

<sup>9</sup> Mulye

<sup>1</sup> Risk-taking behavior

<sup>2</sup> Herrero-Fernández et al.

<sup>3</sup> Gans et al.

<sup>4</sup> Childhood traumatic experiences

<sup>5</sup> Bückner et al.

از هر مدرسه یک کلاس پایه دهم، یازدهم و دوازدهم انتخاب شد، یعنی مجموعاً ۹ کلاس که تعداد دانش آموزان این کلاس ها ۱۵۸ نفر بود که پرسشنامه های ۱۴۷ نفر کامل بوده و مورد تحلیل نهایی قرار گرفت.

### روش گردآوری اطلاعات

به منظور رسیدن به هدف نهایی تحقیق، به صورت ترکیبی از دو روش کتابخانه ای و میدانی استفاده کردیم: در بخش میدانی با اجرای پرسش نامه و برای تکمیل ادبیات و پیشینه ی تحقیق هم به شیوه ی کتابخانه ای عمل شد. جهت تدوین مبانی نظری و پیشینه ی تحقیق از روش کتابخانه ای یعنی از طریق مطالعه مقالات، مجلات، کتب و سایت های معتبر علمی و مدارک معتبر موجود در اینترنت و جهت گرد آوری داده ها از جامعه آماری با استفاده از روش میدانی از طریق پرسش نامه های استاندارد استفاده شد.

### ابزارهای پژوهشی

#### پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی

این پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ توسط زاده محمدی و احمدآبادی با کمک ابزارهای معتبر و مطرح درحوزه نوجوانان با هدف تدوین مقیاسی برای سنجش خطرپذیری نوجوانان طراحی شد که شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری نوجوانان در مقابل هفت دسته از رفتارهای پرخطر (خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف) است که در چهارچوب مقیاس لیکرت پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می گردد. حد پایین و بالای نمره این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۳۸ و ۱۹۰ می باشد.

نیری (۱۳۹۳) برای بدست آوردن اعتبار این پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده کرد و از آنها در مورد مربوط بودن، واضح بودن و قابل فهم بودن سوالات و اینکه آیا این سوالات برای پرسش های تحقیقاتی مناسب است، نظر خواهی شد و اصطلاحات مورد نظر در پرسشنامه اعمال گردید. ضمناً در

همچنین می توان گفت که هزینه های ناشی از این رفتارهای پرخطر هم برای فرد و هم جامعه بسیار سنگین و گاه جبرانناپذیر است. بنابراین با توجه به مجموعه این عوامل، شناسایی دلایل وجود و شیوع این رفتارهای پرخطر حائز اهمیت است. زیرا میتوان در پیشگیری راهگشا و کمک کننده باشد که بنا به تحقیقات، آسیب های دوران کودکی و عوامل اجتماعی مانند طرد میتوانند در آن نقش داشته باشد. لذا هدف این تحقیق تعیین رابطه بین آسیب دیدگی های دوران کودکی و طرد اجتماعی با خطر پذیری در نوجوانان دختر است.

### طرح تحقیق

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی با طرح همبستگی بود. در این تحقیق روابط متغیرهای آسیب دیدگی های دوران کودکی و طرد اجتماعی با خطرپذیری نوجوانان دختر دوره دوم متوسطه، بدون هیچ گونه دست کاری مورد مطالعه قرار گرفت.

### جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه ی دوم شهرستان تنکابن درسال تحصیلی ۱۴۰۱\_۱۴۰۰ به تعداد تقریبی ۲۳۳۲ نفر بود. نمونه ی تحقیق ۱۴۷ نفر از دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهر تنکابن بودند که به شیوه ی تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. این تعداد براساس روش تحقیق وجود دو متغیر پیش بینی کننده به ازای هر متغیر ۵۰ نفر انتخاب شدند.

برای تعیین حجم نمونه برای مطالعات همبستگی و تحلیل رگرسیون هومن (۱۳۹۰) معتقد است حداقل حجم نمونه برای مطالعات همبستگی ۱۰۰ یا دست کم ۲۰ برابر تعداد متغیرها (هرکدام بیشتر) باشد و دارلینگتون<sup>۱</sup> نیز بیان می کند حجم نمونه بیشتر بهتر است از این رو با در نظر گرفتن پیشنهاد دارلینگتون و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی و افزایش توان آزمون ۱۵۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه های ۱۱ نفر، در نهایت داده های ۱۴۷ نفر به عنوان نمونه نهایی مورد تحلیل قرار گرفت. بدین منظور ابتدا ۳ مدرسه انتخاب شد و

<sup>1</sup>Darglinton

و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و عدد ۰/۸۱۷ درصد بدست آمد و برای مولفه های این متغیر به شرح زیر است: سوء استفاده عاطفی، ۰/۷۸۹ درصد، سوء استفاده فیزیکی ۰/۷۰۲ درصد، سوء استفاده جنسی ۰/۹۰۵ درصد، غفلت عاطفی ۰/۸۲۷ درصد و برای غفلت جسمی ۰/۵۳۴ درصد به دست آمد.

### پرسشنامه طرد اجتماعی هوف و ورومن

این پرسشنامه توسط هوف و ورومن<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۱ با هدف سنجش طرد اجتماعی تهیه شد که دارای ۲۴ گویه است و سطح اندازه گیری آن فاصله ای و در قالب سوالات بسته پاسخ با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) طراحی شده است. این پرسشنامه ۴ بعد (مشارکت اجتماعی، یکپارچگی هنجاری، دسترسی به حقوق اجتماعی و محرومیت مادی) را می سنجد.

برای بدست آوردن نمره کل نمره ی همه ی عبارات با هم جمع می شود و برای بدست آوردن نمره ی هر یک از ابعاد، نمره عبارات مربوط به آن ابعاد مطابق جدول ذیل با هم جمع می گردد.

**جدول ۱.** سوالات مربوط به هر مولفه در پرسشنامه طرد اجتماعی

شماره سؤال	ابعاد
۱ الی ۶	مشارکت اجتماعی
۷ الی ۱۲	یکپارچگی هنجاری
۱۳ الی ۱۸	دسترسی به حقوق اجتماعی
۱۹ الی ۲۴	محرومیت مادی

برای هر فرد، حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. هر چه نمره فرد بیشتر باشد میزان طرد شدگی وی کم تر خواهد بود.

پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و عدد ۰/۹۰۰ درصد به دست آمد. در مطالعه نیری (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه ۳۰ نفری محاسبه شد و ۰/۷۹ بدست آمد.

### فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی

این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است و با هدف ساخت یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی تهیه شده است که هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این فرم پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می دهد که عبارتند از: سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی. این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد که بر اساس شیوه ی نمره گذاری لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود، ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه های اصلی پرسشنامه بکار می رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می کنند بکار می رود. نمره گذاری مولفه های پرسشنامه بدین شکل است که دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است.

سوء استفاده عاطفی: سوال های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵  
سوء استفاده فیزیکی: سوال های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷  
سوء استفاده جنسی: سوال های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷  
غفلت عاطفی: سوال های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، و ۲۸  
غفلت جسمی: سوال های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶  
شیوه نمره گذاری سوال های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ بطور معکوس می باشد و هنگام تفسیر نمرات بالا نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است.

در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی

<sup>2</sup> Hoff & Worman

<sup>1</sup> Bernstein et al.

یافته ها نشان داد که مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها در فاصله ۲ و ۲- قرار دارد نرمال بودن توزیع داده ها تأیید می گردد. لذا برای تجزیه و تحلیل داده ها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود.

### جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون بین آسیب دیدگی دوران کودکی و خطرپذیری

Sig.	r	ملاک	پیش بین ها
۰/۰۰۱	۰/۳۱۰**		سوء استفاده عاطفی
۰/۰۰۱	۰/۳۲۲**		سوء استفاده فیزیکی
		خطرپذیری	
۰/۰۰۱	۰/۳۵۹**		سوء استفاده جنسی
۰/۰۰۱	۰/۳۲۵**		غفلت عاطفی
۰/۰۰۴	۰/۲۵۷**		غفلت جسمی
۰/۰۰۱	۰/۴۲۳**		آسیب دیدگی دوران کودکی

$p < ۰/۰۱$ \*\*؛  $p < ۰/۰۵$ \*

همانطوری که در جدول ۳ مشاهده می شود بین نمره کلی آسیب دیدگی دوران کودکی و خطرپذیری همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ؛  $I = ۰/۴۲۳$ ). بدین معنی که با بالا رفتن آسیب دیدگی دوران کودکی در دانش آموزان خطرپذیری آنها نیز افزایش می یابد. همینطور، همبستگی تمام مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی یعنی سوء استفاده عاطفی ( $I = ۰/۳۱۰$ )، سوء استفاده فیزیکی ( $I = ۰/۳۲۲$ )، سوء استفاده جنسی ( $I = ۰/۳۵۹$ )، غفلت عاطفی ( $I = ۰/۳۲۵$ ) و غفلت جسمی ( $I = ۰/۲۵۷$ ) با خطرپذیری نیز معنی دار بود ( $p < ۰/۰۱$ ).

به منظور بررسی سهم مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی در پیش بینی خطرپذیری دانش آموزان از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که طی آن چهار مؤلفه آسیب دیدگی دوران کودکی دوم به عنوان متغیرهای پیش بین و خطرپذیری بعنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج آن ارایه شده است.

سبکتین ریزی و موسی زاده (۱۳۹۶) روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده اند. آن ها ضریب آلفای کرونباخ ابعاد (مؤلفه های) این پرسشنامه را به این شکل گزارش کرده اند: مشارکت اجتماعی، ۰/۸۵، یکپارچگی هنجاری، ۰/۹۳، درصد، دسترسی به حقوق اجتماعی، ۰/۹۵، درصد و محرومیت مادی ۰/۸۸ درصد. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و عدد ۰/۸۰۷ بدست آمد و برای مؤلفه های این متغیر به شرح زیر است: مشارکت اجتماعی ۰/۶۵۱ درصد، یکپارچگی هنجاری ۰/۵۵۹ درصد، دسترسی به حقوق اجتماعی ۰/۱۷۰ درصد و محرومیت مادی ۰/۹۱۵.

### نتایج

#### جدول ۲. شاخصهای توصیفی متغیرهای تحقیق (N=۱۴۷)

شاخصها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سوء استفاده عاطفی	۸/۱۶	۴/۰۸	۵	۲۱
سوء استفاده فیزیکی	۶/۲۶	۲/۵۶	۵	۱۸
سوء استفاده جنسی	۶/۶۴	۳/۴۹	۵	۲۴
غفلت عاطفی	۹/۳۳	۴/۶۳	۵	۲۳
غفلت جسمی	۶/۸۳	۲/۳۸	۵	۱۴
آسیب دیدگی دوران کودکی	۳۷/۰۴	۱۲/۸۷	۲۵	۷۹
مشارکت اجتماعی	۲۲/۲۱	۳/۸۸	۱۲	۳۰
یکپارچگی هنجاری	۲۱/۶۰	۳/۲۱	۱۰	۳۰
دسترسی به حقوق اجتماعی	۲۱/۱۶	۳/۵۸	۱۲	۳۰
محرومیت مادی	۲۳/۷۵	۵/۵۴	۸	۳۰
طرد اجتماعی	۸۸/۷۸	۱۱/۱۲	۵۹	۱۲۰
خطرپذیری	۶۵/۲۵	۱۷/۲۵	۳۷	۱۲۴

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار نمره کل آسیب دیدگی دوران کودکی به ترتیب برابر با  $۳۷/۱۲ \pm ۰۴/۸۷$ ؛ نمره کل طرد اجتماعی به ترتیب برابر با  $۸۸/۱۱ \pm ۷۸/۱۲$  و خطرپذیری برابر با  $۶۵/۲۵ \pm ۱۷/۲۵$  می باشد.

**جدول ۴. خلاصه رگرسیون خطرپذیری روی مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی**

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	نسبت f	Sig.
	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$		
۱	۰/۴۳۹	۰/۱۹۲	۰/۱۵۶	۶/۷۱	۰/۰۰۱
df=۵۱۴۱					

همانطور که مشاهده می شود، ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرها برابر با ۰/۴۳۹ و ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۱۵۶ می باشد که حاکی از آن است که تقریباً ۱۵/۶ درصد از واریانس خطرپذیری را متغیرهای پیش بین بطور مشترک تبیین می کنند. همینطور، با توجه به نتایج جدول فوق استنباط می شود که ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرها (۰/۴۳۹) از همبستگی ساده هریک از متغیرها با خطرپذیری (جدول ۴-۸) بیشتر است.

همینطور، f به دست آمده حاکی از آن است که ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرها و همینطور رگرسیون خطرپذیری روی مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی از لحاظ آماری معنی دار می باشد ( $p < ۰/۰۱$ ؛  $F(۵,۱۴۱) = ۶/۷۱$ ) به عبارتی می توان نتیجه گرفت که آسیب دیدگی دوران کودکی قابلیت پیش بینی خطرپذیری دانش آموزان را بطور معنی داری دارد.

**جدول ۵. خلاصه ضرایب رگرسیونی**

مدل رگرسیون	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		آماره t	سطح معناداری
	B	خطای معیار	Beta			
۱ (عدد ثابت)	۴۳/۰۹	۵/۱۵	-		۸/۸۶	۰/۰۰۱
سوء استفاده عاطفی	۰/۲۱۳	۰/۵۸۲	۰/۰۴۶		۰/۳۶۶	۰/۷۱۵
سوء استفاده فیزیکی	۰/۷۱۶	۰/۸۹۵	۰/۰۹۵		۰/۸۰۰	۰/۴۲۵
سوء استفاده جنسی	۱/۲۶	۰/۵۲۴	۰/۲۲۱		۲/۲۳	۰/۰۲۸*
غفلت عاطفی	۰/۵۵۰	۰/۴۳۲	۰/۱۴۶		۱/۲۷	۰/۲۰۶
غفلت جسمی	۰/۵۶۱	۰/۷۷۹	۰/۰۷۷		۰/۷۱۹	۰/۴۷۳

$p < ۰/۰۵$ \*

همان طور که ملاحظه می شود، از میان مؤلفه های آسیب دیدگی دوران کودکی فقط سوء استفاده جنسی با بیشترین میزان بتا توانایی پیش بینی خطرپذیری دانش آموزان را بطور مثبت و معنی داری داشت ( $P < ۰/۰۵$ ؛  $t = ۲/۲۳$ ؛  $\beta = ۰/۲۲۱$ ).

**جدول ۶. ضریب همبستگی پیرسون بین طرد اجتماعی با خطرپذیری**

پیش بین ها	ملاک	r	Sig.
مشارکت اجتماعی		-۰/۳۸۹**	۰/۰۰۱
یکپارچگی هنجاری		-۰/۱۳۷	۰/۱۳۲
دسترسی به حقوق اجتماعی	خطرپذیری	-۰/۲۷۹**	۰/۰۰۲
محرومیت مادی		-۰/۰۱۶	۰/۸۶۲
طرد اجتماعی		-۰/۲۹۹**	۰/۰۰۱

$p < ۰/۰۱$ \*\*؛  $p < ۰/۰۵$ \*

همانطوری که مشاهده می شود بین نمره کلی طرد اجتماعی با خطرپذیری همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ،  $r = -۰/۲۹۹$ ) که بیانگر آن است هرچه نمره فرد در مقیاس طرد اجتماعی بیشتر باشد (یعنی میزان طرد شدگی کمتر باشد)، میزان



بیشتر احساس عدم لیاقت می کنند و شکست خود را به عدم توانایی خود نسبت می دهند و در نتیجه این گونه تصورات آنان را به سمت اعمال تکانشی و ریسک پذیری می کشاند چون فردی که خود را در حل مشکلات قادر می داند کمتر به مکانیسم های دفاعی دیگر که در بیشتر موارد منجر به اعمال ضد اجتماع می شود، متوسل می شود.

علاوه بر این می دانیم که همه افراد تمایل دارند شایستگی های خود را در گروه های اجتماعی نشان دهند تا پایگاه مناسبی را در جمع کسب کند و این ویژگی در نوجوانان پررنگ تر است و آنان به این ممتاز دیده شدن افتخار می کنند. لذا زمانی که نوجوان احساس میکند که در جامعه خدمتی به دیگران کرده، مشارکت داده می شود و بر تصمیم دیگران موثر است، خود را متعلق به گروه دانسته و با احتمال کمتری مرتکب رفتار پرخطر می شود.

همچنین، یافته ها نشان داد که آسیب دیدگی های دوران کودکی می تواند متغیر خطرپذیری نوجوانان را پیش بینی کند و بین این دو متغیر ارتباط معناداری وجود دارد. این یافته با مطالعات جنگی زهی شستان و همکاران<sup>۱</sup> (۱۴۰۰)، اپروز و کرد (۱۴۰۰)، نجفی و عبدالرحمانی (۱۳۹۸)، نظری و همکاران (۱۳۹۶)، فاطمی و همکاران (۱۳۹۵)، پردل (۱۳۹۵)، کوپتزر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۰)، کانالی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، اودیچی و چلیک<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) و استاگردا و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) همسو می باشد.

در تبیین این یافته ی پژوهش با توجه به تحقیقات پیشین و رویکرد های نظری می توان گفت، دلبستگی اولیه کودک و ارضا شدن نیاز به امنیت که یکی از نیاز های هیجانی اساسی در رویکرد طرحواره است، تاثیر بسیار مهمی بر روی رفتار های پرخطرانه کودک و تداوم رفتار های بزهکارانه در نوجوانی و بزرگسالی دارد. سبک فرزند پروری والدین، راه های ارتباطی و عاطفی آنها و هم چنین پذیرا بودن شان تاثیر بسیار مهمی در شکل گیری هویت، شخصیت و مخصوصا افزایش صبر و برد باری و کاهش

غلامی کوتناپی و سید رنجبر سقرچی (۱۳۹۹)، دهقان قهفرخی و رشید لمیر (۱۳۹۶)، زارعی شاه ابادی و بلوگریان (۱۳۹۳)، قاضی نژاد و ساوالان پور (۱۳۸۸)، منگ<sup>۱</sup> (۲۰۲۰)، اسوتیوا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) همسو میباشد و پژوهشگران نام برده بر رابطه ی مستقیم بین این دو متغیر تاکید دارند، اما با پژوهش سپهوندی، و همکاران (۱۳۹۵) ناهمسو است.

در تبیین یافته ی پژوهش حاضر می توان آرای هیرشی<sup>۳</sup>، بنیان گذار نظریه ی کنترل اجتماعی را مورد توجه قرار داد چرا که براساس نظر او کج رفتاری زمانی واقع می شود که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف و گسسته می شود و یا به عبارتی احساس پیوستگی فرد نسبت به جامعه و افراد همچنین میزان دخالت فرد در فعالیت های اجتماعی و اقتصادی کاهش یابد. بنابراین بر مبنای نظریه پیوند اجتماعی میتوان نتیجه گرفت که هرچه افراد با میزان کمتری وابسته، متعهد، درگیر و معتقد باشند، پیوند آنها با جامعه سست تر است و احتمالاً، کج رفتاری بیشتر خواهد شد و پیوندهای قوی و سالم با افراد و نهادهای اجتماعی، از بروز رفتارها ی بزهکارانه ی افراد جلوگیری می کند که خانواده و جامعه دو عامل مهم در ایجاد این پیوند هستند (سپهوندی و همکاران، ۱۳۹۵).

از طرفی در این تحقیق از بین مولفه های متغیر طرد اجتماعی، رابطه ی مولفه ی مشارکت اجتماعی و دسترسی به حقوق اجتماعی با خطر پذیری معنا دار بوده، بنابراین می توان گفت که نوجوانی که احساس همکاری، مشارکت، یکپارچگی و پذیرش کند در نهایت احساس ارزشمندی و عزت نفس بیشتری می کند و از آنجایی که عزت نفس با تخمین فرد از توانایی خود رابطه دارد و افراد دارای عزت نفس بالا، توانایی خود را در برخورد با مشکلات در سطح مطلوب و بالایی ارزیابی می کنند، در نتیجه کمتر دچار مشکلات و معضلات در زندگی خود می شوند. از طرفی دیگر عزت نفس با حس اتکا به نفس، احساس ارزشمندی و تصور فرد از خود رابطه دارد. بنابراین افراد با عزت نفس پایین

<sup>5</sup> Canale et al.

<sup>6</sup> Odacı & Çelik

<sup>7</sup> Ystgaard, Hestetun, Leob & Mehum

<sup>1</sup> Meng

<sup>2</sup> Svetieva et al..

<sup>3</sup> Hirschi

<sup>4</sup> Kopetz et al..



کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها و اعمال کنترل بر هیجان منفی می شود (پرذل، ۱۳۹۵).

از طرفی بلافاصله بعد از رویداد، قربانیان طیفی از علائم کلی را که می توانند به عنوان واکنش های استرس پس از ضربه طبقه بندی شوند، نشان می دهند که در تبیین این یافته می توان گفت که سوء استفاده جنسی در کودکی، احساس ناتوانی، عدم عاملیت و درماندگی را در افراد افزایش می دهد. در نتیجه تجربه آزار جنسی در دوران کودکی ممکن است استفاده از استراتژی های مقابله ای خاصی را در حوزه های عمومی تر عملکرد و همچنین در موقعیتهای استرس زای خاص، افزایش دهد. مدل پویایی آسیب زایی آزار جنسی<sup>۱</sup> بیان میکند که ۴ عامل پویا در قربانیان سوء استفاده جنسی مشاهده می شود که شامل جنسی سازی آسیب زای، خیانت، انگ زدن و ناتوانی می باشد. این پویایی ها جهت گیری شناختی و عاطفی کودکان را نسبت به جهان تغییر می دهد. زمانی که یک کودک توسط شخص بزرگسالی احساس کند که موجودی بی ارزش و منفور، ناخواسته و دچار نقص و عیب است و فقط زمانی ارزش پیدا میکند که نیازهای دیگران را برآورده کند، تحت سوء استفاده هیجانی قرار گرفته است. این موارد در صورتی که با شدت و مکرر آن رخ دهد باعث اذیت و آزار روانی کودک می شود و یا به بیان دیگر این نوع کودک آزاری یک شیوه از فرزند پروری است که در آن والدین شرایط و محیط مناسب و ضروری برای رشد و تکامل کودک را فراهم نمی کنند (نجفی و عبدالرحمانی، ۱۳۹۸).

و بنا به نظریه ی تحقیر خود که کاپلان<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) و کاپلان، مارتین و رابینز<sup>۳</sup> (۱۹۸۴) مطرح نمودند، چنانچه نوجوانی مدام در معرض انتقادات دیگران و تحقیر والدین قرار گیرد (که از ویژگی های شرایط محرومیت محرومیت هیجانی است)، دچار کمبود عزت نفس می شود. بنابراین خود را تحقیر می کند و برخی از رفتار های اجتماعی که مورد پذیرش عام هستند مانند عملکرد تحصیلی خوب، تلاش برای محبوبیت نزد معلمین و... خود را نالایق می بیند.

رفتار های تکانشی دارد. به عقیده بالبی اگر پیوند عاطفی بین کودک و والدین خوب باشد و والدین پاسخ گو و در دسترس باشند، سبک دلبستگی از نوع ایمن می شود و حس امنیت در کودک ایجاد می شود و بر اساس این احساس کودک غالباً دست به انجام رفتار های سازگارانه میزند و اگر این رابطه نا امن باشد و دسترسی هیجانی کودک به مادر کاهش یابد و کودک احساس طرد شدگی و رها شدگی کند، دست به ارتکاب رفتار های پرخاشگرانه می زند، شناخت کافی از هیجان خود ندارد و در تعاملات با دوستان تند خو و خشن برخورد می کند. عواملی که باعث ایجاد سبک دلبستگی نا ایمن می شوند عبارت اند از: در دسترس نبودن والدین، پاسخگو و حامی نبودن، عدم مراقبت از کودک، آسیب رساندن فیزیکی و جنسی به کودک و... بنابراین اگر کودک مورد آزار عاطفی، جسمی یا جنسی، توسط یکی از نزدیکان خود، که اغلب یک مراقب است، قرار گیرد، می تواند نحوه ایجاد دلبستگی های کودک را در مراحل بعدی زندگی مختل کند. چنین فردی در نوجوانی به علت ضعف شدید در روابط عاطفی و احساس نا امنی به پرخاشگری روی می آورد و با والدین مخالفت میکند. همچنین ممکن است با دریافت کوچک ترین احساس امنیت از جانب شخصی وابستگی عاطفی پیدا کند و رفتار پرخطر جنسی داشته باشد و تکانشی عمل کند (فاطمی و همکاران، ۱۳۹۵).

تبیین دیگر برای این فرضیه می تواند این موضوع باشد که افرادی که مورد سوء استفاده فیزیکی قرار می گیرند در واقع با آنها آزارگرانه و تکانشی برخورد می شود و این رفتارها در خزانه رفتاری این کودکان ذخیره می شود و احتمال تکرار این گونه رفتارها در آینده افزایش می یابد. به گفته شبکه ملی استرس تروماتیک کودک، ارتباط قوی بین آسیب های دوران کودکی و رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، داشتن رابطه جنسی محافظت نشده وجود دارد زیرا افزایش رفتارهای تکانشی باعث

<sup>3</sup> Kaplan, Martine & Robbins

<sup>1</sup> Model Dynamics Traumatogenic

<sup>2</sup> Kaplan

بنابراین به پسر نوجوانی تبدیل می شود که احساس می کند که باید در برابر معیارها و ارزش های جامعه طغیان کند و خود را از الگوهای نقش دور کند، و به انجام دادن رفتار هایی غیر از رفتار های مورد تایید جامعه دست زند، مانند ارتباط با همسالان منحرفی که ارزش خود را در او تقویت می کنند.

چون پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان نوجوان دختر شهرستان تنکابن اجرا شده است، بنابراین به دلیل شرایط جنسیت آزمودنی نتیجه تحقیق باید با احتیاط به کل جامعه تعمیم داده شود. با توجه به جمع آوری داده ها با استفاده از ابزارهای الکترونیکی و عدم برقراری ارتباط حضوری با آزمودنی ها، احتمال سوگیری و اهمالکاری در پاسخ ها بیشتر شده است. به علت اینکه پژوهش حاضر فقط جامعه ی نوجوانان دانش آموز را در بر میگیرد، آن تعداد از نوجوانانی که ترک تحصیل کرده اند و یا حتی در مدارس حضور ندارند را پوشش نمیدهد. در حالی که بیشتر مطالعات نشان داده اند که تمایل به ارتکاب رفتارهای پرخطر در نوجوانانی که ترک تحصیل کرده اند و یا دوران متوسطه را به اتمام نرسانده اند، بیشتر از سایر نوجوانان است؛ بنابراین این احتمال وجود دارد که تمایل به رفتارهای پرخطر و در نمونه ی مورد مطالعه کمتر از حد واقعی آن تخمین زده شده باشد و این امر تعمیم پذیری یافته ها را محدود می سازد. تعدادی عوامل مهم در ارتکاب رفتار خطر پذیر وجود دارند مانند موقعیت اقتصادی\_اجتماعی دانش آموزان و سطح مالی خانوادگی آنان که طی انجام پژوهش کنترل نشدند.

پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی عواملی که خطر پذیری را در دوره نوجوانی پیش بینی می کند، نظیر عوامل شغلی و اجتماعی والدین به منظور دقیق تر شدن نتایج پژوهش در نظر گرفته شود. از آنجا که برای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از روش پرسشنامه استفاده شده، پیشنهاد می شود از روش مشاهده توسط معلمان و مسئولین مدرسه همچنین مصاحبه در کنار پرسشنامه به منظور دقیق تر شدن نتایج استفاده شود. پیشنهاد می شود پژوهش های مقایسه ای بر روی نمونه ی پسران انجام شود و نتیجه آن با نمونه پژوهش دختران مقایسه شود. ما نیازمند تکامل راه حل های مشارکتی برای نوجوانان هستیم که

در برگیرنده ی آموزش و تجربه باشد تا از این طریق نوجوان بتواند راهی به سوی ایفای نقش هدفمندانه در جامعه بیابد و حقوق و مسئولیت ها را برای شرکت در پیشرفت و توسعه جامعه بشناسد. بنابراین پیشنهاد می شود مسئولان و متولیان امور با توجه به نتایج این گونه تحقیقات بکوشند تا با فراهم ساختن شرایط، زمینه را برای فعالیت های جمعی و مشارکت دانش آموزان چه در تصمیماتی که بر احوالشان موثر است (مانند انتخاب رشته و...) و چه در فعالیت هایی همچون عضویت در انجمن های مختلف فراهم نمایند و بدین شکل شرایط را برای دوری نوجوانان از رفتار پرخطر ایجاد کنند. لذا آموزش به دست اندر کاران تعلیم و تربیت جهت چگونگی مشارکت دادن نوجوانان در امور به طوری که منافع فردی و اجتماعی مشارکت آنان آشکار شود و اهمیت این امر بر آنان آشکار گردد. ایجاد سیستم نظارتی متشکل از مشاوران و روانشناسان و مدد کاران اجتماعی و آموزش آنان جهت بررسی شرایط والدین از نظر مهیا بودن بستر مناسب پرورش کودکان به طوری که در این بستر نیاز های کودکان را بر آورده می شود و از ایجاد محرومیت و تروما جلوگیری می شود. آموزش روش های حل مسئله برای کاهش اثرات منفی تروما و مواجهه صحیح با آن و تقویت ارتباط با خانواده در دوره ریکاورری بعد از وقوع بحران برای تسهیل فرد آسیب دیده .

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می باشد." و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TON.REC.1401.049 از کمیته اخلاق در

پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد.

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## منابع

- اپروز، کمال و کرد، بهمن. (۱۴۰۰). بررسی رابطه‌ی بین رفتارهای پرخطر و فضای مجازی با کیفیت زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۲(۴۵)، ۱۱۹-۱۰۷.
- انیسی، جعفر؛ سلیمی، حسین؛ میرزمانی، محمود؛ رئیس، فاطمه و نیکنام، مژگان (۱۳۸۶). بررسی رفتاری نوجوانان. *علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۳۶-۱۷۰.
- بهادیوند، سمیرا؛ دوستی ایرانی، امین؛ کریمی، منوچهر؛ قربانی، مصطفی و محمدی، یونس. (۱۴۰۰). شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان ایرانی: مطالعه مرور منظم و متآنالیز. *آموزش و سلامت جامعه*، ۸(۲)، ۱۳۵-۱۴۲.
- پردل، هادی. (۱۳۹۴). اثربخشی نظارت والدین بر میزان خطرپذیری نوجوانان. *نشریه آسیب‌شناسی مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱(۲)، ۲۵-۳۳.
- جلایی پور، حمیدرضا و حسینی نثار، مجید. (۱۳۸۷). عوامل اجتماعی موثر بر بزه کاری نوجوانان رشت، پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی (ویژه نامه پژوهش های اجتماعی) ۷۷-۱۰۲.
- دهقان قهفرخی، امین و رشیدلمیر، امین. (۱۳۹۶). طرد اجتماعی، بزهکاری جوانان و مشارکت ورزشی. *پژوهش های فیزیولوژی و مدیریت در ورزش*، ۹(۴)، ۱۶-۹.
- زاده محمدی، علی و احمدآبادی، زهره. (۱۳۸۸). هم وقوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستانهای تهران، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۳)، ۱۰۰-۸۷.
- زارع شاه آبادی، اکبر و بلگوریان، مستانه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه طرد اجتماعی و بزهکاری در میان دانشجویان دختر دانشگاه یزد. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۴(۲)، ۲۸۶-۲۶۵.
- سبکتکین ریزی، قربانعلی و موسی زاده، ایوب. (۱۳۹۶). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین کیفیت زندگی و طرد اجتماعی (مورد مطالعه: ساکنان منطقه ۱۸ شهر تهران). *فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۶(۲۳)، ۲۲۱-۲۵۳.
- سپهوندی، علی؛ شفیعی، معصومه و حیدری راد، حدیث. (۱۳۹۵). مقایسه طرد اجتماعی احساس پیوستگی و ادراک خطر در افراد وابسته به مواد، سیگار، قلیان و عادی. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۲)، ۲۲۴-۲۰۵.
- سلیمانی نیا، لیلیا؛ جزایری، علیرضا و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، *رفاه اجتماعی*، ۵(۱۹)، ۷۵-۹۰.
- غلامی کوتنایی، کوروش و سقزچی، سیدرنجبر. (۱۳۹۹). رابطه پیوند اجتماعی و گرایش به مصرف الکل. *رابطه پیوند اجتماعی و گرایش به مصرف الکل (مورد مطالعه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی)*. *علوم اجتماعی (فردوسی مشهد)*، ۱۷(۱)، ۱۹۴-۱۶۵.
- فاطمی، داود؛ رحیمی، عارف؛ سعادت، موسی و عباس زاده، محمد. (۱۳۹۵). بررسی نقش خانواده در بزهکاری فرزندان (مورد مطالعه: نوجوانان پسر شهر زنجان). *پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۵(۳)، ۵۰-۳۵.
- قاضی نژاد، مریم و ساوالان پو، الهام (۱۳۸۸). بررسی رابطه طرد اجتماعی و امدادگی برای اعتیاد. *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی (یا دانشگاه خوارزمی)*، ۱۶(۶۳)، ۱۸۰-۱۳۹.
- نجفی، حمزه و عبدالرحمانی، رضا. (۱۳۹۸). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر گرایش دانش آموزان دبیرستانی به گروه های اراذل و اوباش در شهر ایلام. *مطالعات امنیت اجتماعی*، ۱۰(۵۷)، ۲۰۵-۱۷۱.
- نظری، الهام؛ دودکانلوی میلان، حمید؛ الخطیب، عبدالهادی و هاشمی، تورج. (۱۳۹۶). *تجارب آسیب های دوران کودکی و رفتارهای پرخطر: نقش میانجی سه گانه تاریخ شخصیت. کنگره انجمن روانشناسی ایران.*
- نیری، الهام. (۱۳۹۳). *رابطه بین باورهای غیر منطقی و افکار خودآیند منفی با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.*
- Bernstein, D., Srein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, w(2003). Trauma Questionnaiee. child Abuse, *Negal*, 27, 169-190.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., & et al. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 758-764.
- Canale, N., Vieno, A., Michela, L., Griffiths, M.D. et al. (2018). Cross-national differences in risk preference and individual deprivation: A largescale empirical study. *Personality and Individual Differences*, 126, 52-60.
- Flotten, T (2006) Po verty and Social Exclusion: Two Side of the Same Coin, Fafa, Forrest, R and Kearns, A 2001 Social Cohesion, Social Capital and Tht Neighbourhood, *Urban Studies*, 38 (12): 2125-43.
- Gans, J., Blyth, D., Elster, A., & Gaveras, L. L. (1990). *American's adolescents: How healthy are they?*(Vol. 1). Illinois: American Medical Association.

- Herrero-Fernández, D., Macía-Guerrero, P. L., Merino, L., & Jenchura, E.C. (2016). Risky behavior in young adult pedestrians: Personality determinants, correlates with risk perception, and gender differences. *Transportation Research Part F: Traffic Psychol Behav*, 36, 14-24.
- Hoff, S., & Vrooman, C. (2011). *Dimensions of social exclusion. Towards an improved instrument*. The Hague: Social and Cultural Planning Office.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., & Robbins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- Kopetz, C., Woerner, J.I., MacPherson, L., Lejuez, C.W., Nelson, Ch.A., Zeanah, Ch.H., & Fox, N.A. (2019). Early psychosocial deprivation and adolescent risk-taking: The role of motivation and executive control. *J Exp Psychol Gen*, 148(2), 388-399.
- Meng, P. (2020). The Psychological Mechanism of the Influence of Social Exclusion on Risk-Taking Behavior. *Open Journal of Social Sciences*, 8, 146-164.
- Mulye, T.P., Park, M.J., Nelson, C.D., Adams, S.H., Irwin, C.E. Jr, & Brindis, C.D. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *J Adolesc Health*, 45(1), 8-24.
- Odacı, H., Çelik, C.B. (2017). The Role of Traumatic Childhood Experiences in Predicting a Disposition to Risk-Taking and Aggression in Turkish University Students. *Journal Of Interpersonal Violence*, 35(9-10), 1998-2011
- Room, G. (1994). understanding social Exclusion: Lessons from Transnational Research.
- Stgaard, M.Y., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 863-875
- Svetieva, E., Zadro, L., Denson, Th. F., Dale, E., O'Moore, K., & Zheng, W. Y. (2015). Anger mediates the effect of ostracism on risk taking. *Journal of Risk Research*, 19(5), 614-631.

*Original Article***Designing an ion selective electrode based on self-plasticizing method for determining lead ion in sera samples of addicted patients**

Received: 26/04/2024 - Accepted: 29/05/2024

Narges Shah Abbaspour<sup>1</sup>  
Mohammad Ali Rahmani<sup>\*2</sup><sup>1</sup> M.A, Clinical Psychology,  
Department of Psychology,  
Tonekabon Branch, Islamic Azad  
University, Tonekabon, Iran.<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
Psychology, Tonekabon Branch,  
Islamic Azad University, Tonekabon,  
Iran. (Corresponding author)

Email: rahmanima20@gmail.com

**Abstract****Introduction and purpose:** One of the significant health problems in some developing countries such as Iran is lead toxicity. The present study describes the fabrication of a novel ion selective electrode for the rapid and sensitive determination of Pb (II) ions in real samples.**Methodology:** The electrode was prepared by Glassy carbon electrode modification with Calyx[6]arena as an ionophore. A mixture of DMPP, HEMA and n-BA were used to to prepare the first layer as well as NaTFPB, Calyx[6]arena and DMPP were used to to prepare the second layer. After preparing the membrane, it was characterized by different techniques such as by Fourier transform infrared (FT-IR) spectroscopy, field emission scanning electron microscopy (FESEM) and energy dispersive X-Ray (EDX) spectroscopy.**Findings:** The results obtained from FT-IR, FESEM, and EDX confirm the presence of Pb (II) ions in the optimized sensor. Ion selective electrode exhibits nernstian response to Pb (II) ions with slope of 28.58 mV/decade in the concentration range of  $1 \times 10^{-8}$  to  $1 \times 10^{-2}$  M. Moreover, the electrode showed good selectivity toward Pb(II) ions over KCL, NaCL, NH<sub>4</sub>CL, CaCL<sub>2</sub>, MgCL<sub>2</sub>, ZnCL<sub>2</sub>, CuCL<sub>2</sub> and NiCL<sub>2</sub>. In relation to the real sample, the prepared electrode showed a recovery between 94.39\_99.48 % and a relative standard deviation of less than 1 %.**Conclusion:** The designed electrode, without the need for complicated sample preparation steps, was successfully used to determine the low concentrations of Pb(II) cation in the blood samples.

As a result, the designed electrode is of good accuracy and can be used to measure Pb(II) cation in blood samples and possibly any other biological sample.

**Key words:** Calyx[6]arena; Pb (II) ion, Self-plasticizing; Ion selective electrode.**Acknowledgement:** There is no conflict of interest