

Монголын өсвөр үеийнхний эрүүл мэндийн эрсдэлт зан үйл ба эцэг эхийн хяналт хоорондын хамаарлыг үнэлэх нь

Баяржаргал Ууганбаяр¹, Беттина Пико^{1,2}

¹Сээгэдийн их сургууль, Боловсролын докторын сургууль, bayarjargal.u91@gmail.com

²Сээгэдийн их сургууль, Зан үйлийн шинжлэх ухааны тэнхим,
fuzne.piko.bettina@med.u-szeged.hu

Abstract

Associations Between Parental Monitoring and Health Risk Behaviors Among Mongolian Adolescents

Bayarjargal Uuganbayar¹ and Bettina F. Piko^{1,2}

¹Doctoral School of Education, University of Szeged, Hungary

²Department of Behavioral Sciences, University of Szeged, Hungary

Background

Adolescents' health risk behaviors tend to increase during the high school years. Parental control from the family may serve as protective factors against substance use and early sexual activity.

Aim

In this study, we aim to examine the prevalence of health-risk behaviors, namely alcohol consumption, tobacco use, and risky sexual practices among Mongolian adolescents, and to evaluate the impact of parental monitoring on these behaviors.

Method

Participants of this cross-sectional survey were Mongolian adolescents (N = 312) from 9th to 12th grades of high schools living in provinces. The self-completed questionnaire included items on the students' sexual behavior and substance use (Health Behavior in School-aged Children, HBSC study; Inchley et al., 2018) and parental control (Parental Monitoring Instrument; Cottrell et al., 2007).

Results

Seven forms of parental monitoring were measured: direct and indirect, school, health, computer, phone, and restrictive monitoring. The parents' indirect monitoring declined with age ($r = -0.12$, $p < 0.05$). Among the forms of parental control, phone monitoring showed the strongest correlations with adolescent behaviors: having a boy or girlfriend ($r = -0.25$, $p < 0.001$) and having sexual intercourse ($r = -0.21$, $p < 0.001$). Besides, restrictive monitoring also played a role in having a boy or girlfriend ($r = -0.15$, $p < 0.01$) and previous sexual experiences ($r = -0.11$, $p < 0.05$).

Conclusion

Parental monitoring might play a lesser role in adolescent substance use as we expected. In contrast, certain form of parental control, namely, phone and restrictive monitoring might prevent adolescents from early sexual activity.

Keywords: adolescents, risky behavior, sexual behavior, substance use, parental monitoring

Pp. 30-41, Tables 6, References 34

Үндэслэл

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас 10-19 насны өсвөр нас хэмээн тодорхойлсон [1] бөгөөд энэхүү шилжилтийн нарийн үе шатанд залуучууд бэлгийн бойжилт болон нийгмийн хөгжлийн сорилтуудыг даван туулахдаа бие бялдар, танин мэдэхүйн болон сэтгэл хөдлөлийн өөрчлөлтийг мэдэрдэг [2]. Бие махбодын хувьд өсвөр насныханд хоёрдогч бэлгийн шинж чанар, өсөлтийн хурдац, тархины бүтэц, үйл ажиллагааны өөрчлөлт зэрэг томоохон өөрчлөлтүүд гардаг. Мөн өсвөр насныхан сэтгэл зүйн хувьд өндөр сэтгэл хөдлөлийг мэдэрч, илүү эрсдэлтэй зан үйл хийж, гэр бүлээсээ илүү бие даасан байхыг эрэлхийлдэг [3]. Эдгээр өөрчлөлтүүд нь гэр бүлийн харилцаа, үе тэнгийнхэнтэйгээ харилцах, боловсрол, эрүүл мэндийн зан үйл зэрэг салбарт ахиц дэвшил гаргахад түлхэц болох эсвэл саад болох шинэ зан үйл, чадваруудыг бий болгож байдаг [4, 5, 6, 7, 8]. Юуны түрүүнд өсвөр үеийнхний эрсдэлтэй зан үйлийн талаарх ойлголтыг авч үзэх хэрэгтэй. Өсвөр үеийнхний эрсдэлтэй зан үйлийг Р. Жессор (Richard Jessor)-ын асуудалтай зан үйлийн хам шинж (PBT) үзэл баримтлалаар тайлбарлаж болно. Энэхүү PBT нь өсвөр үеийнхний зарим зан үйл, тухайлбал, бодис хэрэглэх (согтуулах ундаа, тамхи, мансууруулах бодис гэх мэт), гэмт хэрэг үйлдэх, эрсдэлтэй бэлгийн харилцаанд орох зэрэг нь хоорондоо уялдаа холбоотой гэж үздэг [9, 10]. Бодисын хэрэглээ болон бэлгийн эрсдэлтэй зан үйл нь хоорондоо ихээхэн хамааралтай байдаг [11, 12, 13]. Мөн Н.Чавла (Nishtha Chawla) болон С.Саркар (Siddharth Sarkar) нарын судалгааны бүтээлд хамгаалалтгүй бэлгийн хавьталд орох, бодисын хэрэглээ (согтуулах ундаа, тамхи, мансууруулах бодис гэх мэт)-ний нөлөөн дор бэлгийн харилцаанд орох, мансууруулах бодис хэрэглэдэг хүнтэй бэлгийн хавьталд орох, олон бэлгийн хавьтагчтай байх, эрт бэлгийн харилцаанд орох, биеэ үнэлэгч (төлбөртэй бэлгийн харилцаанд орох)-тэй тохиолдлын бэлгийн харилцаанд орох зэрэг зан үйлийг өндөр эрсдэлтэй бэлгийн зан үйл (HRSB-

High-risk Sexual Behavior) гэж тодорхойлсон байна [11]. Түүнчлэн эдгээр эрсдэлтэй бэлгийн зан үйлийн сөрөг нөлөө нь бэлгийн замаар дамжих халдвар, ХДХВ, хүсээгүй жирэмслэлт, эрт жирэмслэлт, үр хөндөлт зэрэгт хүргэдэг байна [11, 25].

Манай орны хувьд 10-19 насныхан нийт хүн амын багагүй хэсгийг буюу 18.4 (651.1 мянга) хувийг дангаараа эзэлдэг [14]. Гэвч сүүлийн жилүүдэд манай орны өсвөр насныхны бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, зан үйлтэй холбоотой сөрөг үр дагаварууд (хүсээгүй болон эрт жирэмслэлт, бэлгийн замаар дамжих халдвар, үр хөндөлт гэх мэт) эрчимжихээс гадна согтууруулах ундаа, тамхины хэрэглээ улам бүр нэмэгдсээр байна [15, 16, 17, 18]. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2024” тайланд манай улсын өсвөр насны охидын төрөлтийн түвшин 15-19 насны 1000 охин тутамд 21.1 байгаа нь дэлхийн дундаж (41.9)-аас доогуур байгаа хэдий ч Номхон далайн баруун бүсийн дундаж (16.9)-аас өндөр байгааг дурьдсан байна [18, 19]. Мөн 2024 онд улсын хэмжээнд нийт 37.3 мянган халдварт өвчний тохиолдол бүртгэгдсэний 32.6 хувийг бэлгийн замаар дамжих халдвар эзэлж байна [18]. Өсвөр насныхны бэлгийн болон эрүүл мэндийн бусад эрсдэлтэй зан үйлд оролцох хандлага нь монголын төвийгүй дэлхийн хэмжээнд нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал болж байна [20, 21]. Иймд өсвөр насныханд бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн талаар аюулгүй, эерэг, зөв үзэл бодол, дадлыг төлөвшүүлэхийн тулд тэдний насанд нь тохирсон оновчтой боловсролыг олгох хэрэгтэй [22]. Гэхдээ өсвөр насныханд биологийн хүйс, нөхөн үржихүйн анатоми, физиологийн талаар заах нь бэлгийн боловсролын зөвхөн нэг хэсэг юм. Учир нь Swazendruber болон Zenilman нарын судалгаанд өгүүлснээр энэ нь өсвөр насныхны эрүүл бэлгийн хөгжил, хүйсийн баримжаа, хүмүүс хоорондын харилцаа, энхрийлэл, бэлгийн хөгжил, ойр дотно байдал, биеийн дүр төрхийг харгалзан үздэг гэжээ [23]. Харин өсвөр насныханд зориулсан бэлгийн болон нөхөн үржихүйн

эрүүл мэндийн хамгийн сайн боловсрол нь албан болон албан бус янз бүрийн эх сурвалжаас бүрддэг. Учир нь өсвөр насны бэлгийн бойжилт болон тархины хөгжил нь гэр бүл, үе тэнгийнхэн, боловсролын салбарын хүрээнд эрүүл мэндийн зан үйлийн шилжилтийг хөнгөвчлөх шинэ зан үйл, чадавхийг бий болгодог [24]. Өсвөр насныхны бэлгийн харилцаа, зан үйлтэй холбоотой итгэл үнэмшил, үйлдэлд эцэг эхчүүд ихээхэн нөлөөлдөг тул тэднийг бэлгийн боловсрол олгох чухал бүрэлдэхүүн хэсэг болгон авч үздэг [25, 26]. Цаашилбал гэр бүлийн бүтэц, гэр бүлийн харилцаа, эцэг эхийн хяналт, сексийн талаарх эцэг эхийн хандлага, үнэлэмж зэрэг нь өсвөр үеийнхний бэлгийн эрүүл мэндийн зан үйлд ихээхэн нөлөө үзүүлдэг [27, 28, 29]. Гэр бүлийн бүрэн бүтэн байдал болон эцэг эхийн халуун дулаан харилцаа нь өсвөр үеийнхний бэлгийн харилцааны эхлэлийг хойшлуулах, жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн хэрэглээг дэмждэг [28]. Харин эцэг эхтэйгээ нээлттэй харилцдаг өсвөр үеийнхний хувьд бэлгэвч хэрэглэх хандлага өндөртэйгээс гадна эрсдэлт зан үйлд өртөх магадлал багатай байдаг [29, 30]. Түүнчлэн эцэг эхийн хяналт, гэр бүлийн дэмжлэг нь өсвөр үеийнхний эрсдэлтэй зан үйл тэр дундаа согтууруулах ундаа хэрэглэх, тамхи татах, мансууруулах бодис хэрэглэх, бэлгийн харилцаанд орох зэргээс хамгаалах хүчин зүйл болдог [30, 31, 32]. Иймд өсвөр үеийнхний бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж буй эрсдэлтэй зан үйл, түүнтэй холбоотой хувь хүн, гэр бүл, нийгмийн хүчин зүйлсийг тодорхойлж, тэдний насны онцлогт тохирсон, эцэг эхийн оролцоог хангасан албан болон албан бус бэлгийн боловсролын хөтөлбөрүүдийг боловсруулж, урьдчилан сэргийлэх цогц арга хэмжээг хэрэгжүүлэх зайлшгүй шаардлагатай байна.

Зорилго

Энэхүү судалгааны зорилго нь Монголын өсвөр үеийнхний эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж буй эрсдэлт зан үйлүүд болох

согтууруулах ундаа, тамхины хэрэглээ болон бэлгийн эрсдэлт зан үйлийн тархалтыг тодорхойлох, мөн эдгээр эрсдэлт зан үйл болон эцэг, эхийн хяналт хоорондын хамаарлыг үнэлэхэд оршино.

Материал, арга зүй

Судалгааны түүвэрлэлт:

Энэхүү судалгаа нь Сургуулийн насны хүүхдийн эрүүл мэндийн зан үйлийн (HBSC) судалгааны [33] арга зүйн удирдамжийн дагуу зохион байгуулагдсан. Судалгаанд бүс нутгийн төлөөллийг хангах үүднээс Баруун, Хангай, Төвийн гурван бүсийг төлөөлүүлэн Завхан, Булган, Дундговь аймгуудыг сонгосон. Эдгээр аймгуудын төвд байрлах гурван Ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчдаас гадна нэмэлтээр аймгийн төвөөс алслагдсан зайд орших Булган аймгийн Тэшиг сумын Ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчдыг судалгаанд оролцуулсан. Судалгааны түүвэрлэлтийг кластерын аргаар хийж, нийт 9-12 дугаар ангийн 312 сурагчийг хамруулсан.

Судалгааны арга, аргачлал:

Судалгааны мэдээллийг асуумжийн аргаар цуглуулсан бөгөөд онлайн болон цаасан хэлбэрээр зохион байгуулсан. Онлайн асуумжийг Google Form платформ дээр урьдчилан байршуулж, сурагчдын сошиал хаягуудаар түгээсэн ба судалгаанд хамрагдахаас өмнө асуумжийг хэрхэн бөглөх талаар нарийвчилсан зааварчилгаа өгсөн. Харин цаасан хэлбэрийн асуумжийг харандаа, баллуурын хамт урьдчилан бэлтгэсэн лацтай дугтуйнд хийж, дугтуйг сурагчид судалгааг бөглөсний дараа өөрсдөө битүүмжлэх байдлаар зохион байгуулсан. Мөн цаасан хэлбэрээр мэдээлэл цуглуулах ажлыг тухайн сургуулийн ангид зохион байгуулж, сурагчдын хоорондын зайг онцгой анхаарч ажилласан.

Судалгааны асуумжийг Сургуулийн насны хүүхдийн эрүүл мэндийн зан үйлийн (HBSC) судалгааны [33] аргачлалыг

ашиглан боловсруулсан бөгөөд үүнд хүн ам зүй (нас, хүйс, анги), бэлгийн зан үйл (үерхэлийн харилцаанд байгаа эсэх, бэлгийн харилцаанд орсон эсэх), согтууруулах ундаа болон тамхины хэрэглээ (3 сар болон насан туршийн хэрэглээний тархалт), эцэг эхийн хяналт зэрэг хэмжүүрүүдийг багтаасан.

Эцэг, эхийн хяналтыг үнэлэхдээ бид Parental Monitoring Instrument (PMI) асуулгыг ашигласан [34]. Оролцогчдоос эцэг эхчүүд нь тэдэнд сүүлийн дөрвөн сарын хугацаанд хяналтын стратегийг хэр олон удаа үзүүлснийг 0 удаа, 1-2 удаа, 3-4 удаа, 5 ба түүнээс дээш удаа гэсэн хариултын сонголттойгоор хариулахыг хүссэн. PMI нь 27 асуулт бүхий хэмжүүр бөгөөд эцэг эхчүүд хүүхдүүддээ ашигладаг хяналтын янз бүрийн стратегиудыг долоон хүчин зүйлээр үнэлдэг: шууд бус хяналт (7 асуулт, жишээлбэл, «Чиний найз нараас чамтай хамт юу хийсэн тухай асуусан»); шууд хяналт (3 асуулт, жишээлбэл, «Чиний хийхээр төлөвлөсөн зүйлсийн тухай тусгайлан асуусан»); сургуулийн хяналт (4 асуулт, жишээлбэл, «Сургууль дээр хийсэн ажлын чинь тухай багш нартай чинь ярилцсан»); эрүүл мэндийн хяналт (4 асуулт, жишээлбэл, «Юу идсэнийг чинь шалгасан»); компьютерийн хяналт (4 асуулт, жишээлбэл, «Ямар вебсайт руу орж үзсэнийг маань шүүж үзэх юмуу эвсэл өөр ямар нэгэн байдлаар хянадаг»); утасны хяналт (2 асуулт, жишээлбэл, «Утасны дуудлагад хязгаарлалт тавих»); болон хязгаарлалттай хяналт (3 асуулт, жишээлбэл, «Хувийн тэмдэглэл эсвэл өдрийн тэмдэглэл зэргийг чинь унших»).

Ёс зүй

Энэхүү судалгаа нь 2023 оны 10 дугаар сарын 14-ний өдөр Унгар улсын Сегедийн их сургуулийн Боловсролын докторын сургуулийн Байгууллагын хяналтын зөвлөлөөс (IRB) ёс зүйн зөвшөөрлийг

авсан (Лавлах дугаар: 18/2023). Судалгаанд оролцох зөвшөөрлийг сургуулиудын захирлуудаас урьдчилан авч, улмаар сурагчдын эцэг эх, асран хамгаалагчаас таниулсан зөвшөөрлийн хуудсаар дамжуулан бичгээр зөвшөөрөл авсан. Мөн сурагчдаас судалгаанд сайн дураар оролцох зөвшөөрлийг судалгааг эхлүүлэхийн өмнө таниулсан зөвшөөрлийн хуудсаар авч баталгаажуулсан.

Статистикийн боловсруулалт:

Статистик шинжилгээг SPSS for Windows программын 25.0 хувилбараар боловсруулсан бөгөөд ач холбогдлын түвшинг p -утга 5% ($p < 0.05$) гэж тогтоосон. Хүйс болон насны бүлгүүдийн хоорондох зан үйлийн ялгааг үнэлэхэд Chi-square test (χ^2), харин хоёр бүлгийн дундажийг харьцуулахад Independent-samples t -test (t -value) хэрэглэсэн. Эцэг эхийн хяналт болон өсвөр үеийнхний эрсдэлт зан үйлийн хоорондын хамаарлыг үнэлэхэд Pearson's correlation analysis (r) шинжилгээг ашигласан.

Үр дүн

Судалгаанд нийт 312 сурагчийг хамруулсан бөгөөд үүнээс 106 (34.0%) нь хөвгүүд, 206 (66.0%) нь охид байсан. Насны хувьд авч үзвэл 15 настай сурагчид 14.7%, 16 настай 18.6%, 17 настай болон 18 настай сурагчид тус бүр 33.3%-ийг эзэлж байв.

Эрсдэлтэй зан үйлийн тархалт

Судалгаанд оролцсон нийт сурагчдын 33% (хөвгүүд: 43.4%, охид: 27.7%) нь үерхдэг, 67% нь үерхдэггүй гэж хариулсан бол 6.4% (хөвгүүд: 12.4%, охид: 3.4%) нь бэлгийн харилцаанд орж байсан, харин 93.7% нь бэлгийн харилцаанд орж байгаагүй гэж хариулжээ. Мөн тамхи болон согтууруулах ундааны хэрэглээний түвшин нь хүйсийн хувьд ялгаатай байсан (Table 1).

Table 1. Descriptive statistics for the frequencies of smoking and drinking by gender

Variables	N (%)	Gender		Chi-Square test
		Boys n (%)	Girls n (%)	
Lifetime prevalence of smoking				
No	219 (70.2)	59 (55.7)	160 (77.7)	c2=16.20**
Yes	93 (29.8)	47 (44.3)	46 (22.3)	
Three-month prevalence of smoking				
No	271 (86.9)	86 (81.1)	185 (89.9)	c2=4.61*
Yes	41 (13.1)	20 (18.9)	21 (10.2)	
Lifetime prevalence of drinking				
No	235 (75.3)	74 (69.8)	161 (78.2)	c2=2.62
Yes	77 (24.7)	32 (30.2)	45 (21.8)	
Three-month prevalence of drinking				
No	277 (88.8)	91 (85.8)	186 (90.3)	c2=1.38
Yes	35 (11.2)	15 (14.2)	20 (9.7)	

Note: Chi-square test. * $p < .05$; ** $p < .001$.

Нийт судалгаанд оролцогчдын 29.8% нь амьдралдаа тамхи хэрэглэж байсан туршлагатай гэж хариулсан бөгөөд тамхи хэрэглэж байсан хөвгүүдийн хувь (44.3%) охидынхоос (22.3%) мэдэгдэхүйц өндөр байгаа нь статистикийн хувьд ач холбогдолтой байв ($c^2 [1, n=312] = 16.20$, $p < 0.001$). Мөн сүүлийн 3 сарын хугацаанд тамхи хэрэглэсэн хөвгүүдийн хувь (18.9%) охидынхоос (10.2%) статистикийн хувьд

мөн адил мэдэгдэхүйц ялгаатай байсан ($c^2 [1, n=312] = 4.61$, $p < 0.05$). Согтууруулах ундааны хэрэглээний хувьд нийт сурагчдын 24.7% (хөвгүүд:30.2%, охид:21.8%) нь амьдралдаа хэрэглэж байсан бол 11.2% (хөвгүүд:14.2%, охид: 9.7%) нь сүүлийн 3 сарын хугацаанд хэрэглэсэн гэж хариулсан. Гэсэн хэдий ч согтууруулах ундааны хэрэглээний түвшинд хүйсийн ялгаа статистикийн хувьд ажиглагдаагүй ($p > 0.05$).

Table 2. Descriptive statistics for the frequencies of smoking and drinking by age group

Variables	N (%)	Age				Chi-Square test
		Age 15 n (%)	Age 16 n (%)	Age 17 n (%)	Age 18 n (%)	
Lifetime prevalence of smoking						
No	219 (70.2)	35 (76.1)	41 (70.7)	68 (65.4)	75 (72.1)	c2=2.10
Yes	93 (29.8)	11 (23.9)	17 (29.3)	36 (34.6)	29 (27.9)	
Three-month prevalence of smoking						
No	271 (86.9)	41 (89.1)	48 (82.8)	90 (86.5)	92 (88.5)	c2=1.31
Yes	41 (13.1)	5 (10.9)	10 (17.2)	14 (13.5)	12 (11.5)	
Lifetime prevalence of drinking						
No	235 (75.3)	37 (80.4)	41 (70.7)	85 (81.7)	72 (69.2)	c2=5.69
Yes	77 (24.7)	9 (30.2)	17 (29.3)	19 (18.3)	32(30.8)	
Three-month prevalence of drinking						
No	277 (88.8)	40 (87.0)	50 (86.2)	97 (93.3)	90 (86.5)	c2=3.17
Yes	35 (11.2)	6 (13.0)	8 (13.8)	7 (6.7)	14 (13.5)	

Note: Chi-square test. None of the results is significant.

Table 2-т үзүүлснээр сурагчдын тамхи болон согтууруулах ундааны хэрэглээний түвшин насны бүлгүүдэд хэрхэн ялгаатай байгааг үнэлэхэд нас ахих тусам тамхи, согтууруулах ундааны хэрэглээ өсөх хандлага ажиглагдсан. Гэвч эдгээр ялгаа нь статистикийн хувьд ач холбогдолгүй байв ($p > 0.05$).

Эрсдэлт зан үйл ба гэр бүлийн хяналт
Эцэг эхийн хяналтын зарим хэлбэр нь сурагчдын үерхэл, бэлгийн зан үйл болон бодисын хэрэглээтэй статистикийн хувьд ач холбогдол бүхий хамааралтай байв (Table 3-5).

Table 3. Descriptive statistics for parental control variables by relationship status and sexual activity status

Variables	In a relationship	Single	t-value	Sexual intercourse	No sexual intercourse	t-value
	Mean + SD	Mean + SD		Mean + SD	Mean + SD	
Parental control (PMI)						
Indirect	12.02±5.19	10.76±3.75	2.44**	11.75±6.18	11.13±4.17	0.62
Direct	6.49±2.96	6.84±2.92	-.99	6.30±2.96	6.76±2.94	-0.67
School	8.61±3.76	8.60±3.33	0.03	8.50±3.79	8.61±3.46	-0.14
Health	8.25±3.90	7.86±3.56	0.89	8.20±4.49	7.97±3.63	0.27
Computer	7.37±3.29	7.04±2.98	0.89	7.50±3.99	7.12±3.02	0.53
Phone	3.36±1.88	2.54±1.23	4.61***	4.00±2.43	2.73±1.41	3.70***
Restrictive	5.00±2.45	4.31±1.92	2.71**	5.45±3.38	4.47±2.01	2.00*

Note: Student t-test. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Table 3-т үзүүлснээр шууд бус хяналт нь үерхдэг сурагчдад ($M = 12.02$, $SD = 5.19$) үерхдэггүй сурагчдаас ($M=10.76$, $SD = 3.75$) илүү өндөр байсан бөгөөд энэ нь статистикийн хувьд ач холбогдолтой байсан ($t[310] = 2.44$, $p < 0.01$).

Харин утасны хяналтын хувьд сурагчдын үерхдэг байх ($t[310] = 4.61$, $p < 0.001$) болон

бэлгийн харилцаанд орсон ($t[310] = 3.70$, $p < 0.001$) байх магадлал багатай байхад хамааралтай байсан.

Үүнээс гадна хязгаарлалттай хяналт мөн адил үерхдэг байх ($t[310] = 2.71$, $p < 0.01$) болон бэлгийн харилцаанд орсон ($t[310] = 2.00$, $p < 0.05$) байх магадлалтай сөрөг хамааралтай байв.

Table 4. Descriptive statistics for parental control variables by current substance user status

Variables	Nonsmoker	Current smoker	t-value	No alcohol use	Current drinker	t-value
	Mean + SD	Mean + SD		Mean + SD	Mean + SD	
Parental control (PMI)						
Indirect	11.29±4.32	10.90±4.31	0.73	11.15±4.39	11.25±4.09	-0.16
Direct	6.81±3.02	6.54±2.71	0.74	6.82±2.99	6.42±2.71	1.04
School	8.72±3.50	8.33±3.40	0.89	8.75±3.50	8.14±3.35	1.34
Health	8.14±3.72	7.63±3.58	1.10	8.14±3.77	7.53±3.34	1.25
Computer	7.13±3.03	7.18±3.21	-0.13	7.16±3.06	7.10±3.17	0.14
Phone	2.71±1.41	3.04±1.75	-1.76	2.71±1.39	3.10±1.84	-1.95*
Restrictive	4.45±2.03	4.75±2.34	-1.16	4.40±2.02	4.95±2.40	-1.95*

Note: Student t-test. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Table 4-т тамхи хэрэглэдэг болон хэрэглэдэггүй сурагчдыг харьцуулахад PMI-ийн дэд хэмжүүрүүд дээр статистикийн хувьд мэдэгдэхүйц ялгаа ажиглагдаагүй ($p > .05$). Харин согтууруулах ундаа хэрэглэдэг болон хэрэглэдэггүй сурагчдын хувьд утасны хяналт ($t[310] = -1.95, p < .05$) болон хязгаарлалттай хяналт ($t[310] = -1.95, p < 0.05$) хоёрт статистикийн

хувьд мэдэгдэхүйц ялгаа ажиглагдсан. Согтууруулах ундаа хэрэглэдэггүй сурагчдын хувьд утасны хяналт ($M = 2.71, SD = 1.39$) нь хэрэглэдэг сурагчдаас ($M = 3.10, SD = 1.84$) бага байсан бол, хязгаарлалттай хяналт ($M = 4.40, SD = 2.02$) мөн адил согтууруулах ундаа хэрэглэдэг сурагчдад ($M = 4.95, SD = 2.40$) өндөр байв.

Table 5. Descriptive statistics for parental control variables by monthly prevalence of drinking and smoking

Variables	Three-month prevalence of smoking		t-value	Three-month prevalence of drinking		t-value
	No	Yes		No	Yes	
	Mean + SD	Mean + SD		Mean + SD	Mean + SD	
Parental control (PMI)						
Indirect	11.03±4.10	12.12±5.47	-1.51	11.03±4.17	12.34±5.24	-1.70
Direct	6.74±2.94	6.63±2.93	0.21	6.82±2.96	5.97±2.62	1.59
School	8.63±3.37	8.41±4.08	0.37	8.65±3.41	8.26±3.91	0.62
Health	7.95±3.63	8.22±4.03	-0.43	8.00±3.66	7.86±3.81	0.22
Computer	7.06±2.96	7.73±3.79	-1.30	7.08±2.98	7.66±3.83	-1.04
Phone	2.69±1.39	3.61±2.07	-3.68***	2.72±1.39	3.51±2.24	-2.94**
Restrictive	4.40±1.98	5.44±2.80	-2.94**	4.43±2.02	5.37±2.72	-2.48**

Note: Student t-test. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Утасны хяналт нь сүүлийн 3 сарын хугацаанд тамхи татсан сурагчдад ($M = 3.61, SD = 2.07$) тамхи татаагүй сурагчдаас ($M = 2.69, SD = 1.39$) илүү өндөр байсан бөгөөд энэ нь статистикийн хувьд ач холбогдолтой байсан ($t[310] = -3.68, p < 0.001$).

Мөн сүүлийн 3 сарын хугацаанд согтууруулах ундаа хэрэглэсэн сурагчид ($M = 3.51, SD = 2.24$) хэрэглээгүй сурагчдаас ($M = 2.72, SD = 1.39$) илүү өндөр байсан ($t[310] = -2.48, p < 0.01$).

Харин хязгаарлалттай хяналтын хувьд сүүлийн 3 сарын хугацаанд тамхи татсан сурагчдад ($M = 5.44, SD = 2.80$) тамхи татаагүй сурагчдаас ($M = 4.40, SD = 1.98$) илүү өндөр байсан нь статистикийн хувьд ялгаатай байв ($t[310] = -2.94, p < 0.01$).

Үүний нэгэн адил хязгаарлалттай хяналт нь сүүлийн 3 сарын хугацаанд согтууруулах ундаа хэрэглэсэн сурагчдад ($M = 5.37, SD = 2.72$) хэрэглээгүй сурагчдаас ($M = 4.43, SD = 2.02$) илүү өндөр байсан ($t[310] = -2.48, p < 0.01$).

Table 6. Correlation matrix of study variables among Mongolian adolescents

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Sex (female =2)	.05	-.09	-.07	-.23***	-.12*	.16**	.17**	-.02	.10	.03	.01	-.10	-.11*	-.06
2. Age		.06	-.01	.03	-.02	.03	-.16**	-.12*	-.08	-.06	-.07	-.07	.01	-.02
3. Relationship status			.21***	-.09	-.10	-.21***	-.19**	-.14*	.06	-.00	-.05	-.05	-.25***	-.15**
4. Sexual intercourse				-.12*	-.16**	-.18**	-.25***	-.04	.04	.01	-.02	-.03	-.21***	-.11*
5. Lifetime prevalence of drinking					.60***	.38***	.42***	.01	-.06	-.08	-.07	-.01	.11	.11
6. Monthly prevalence of drinking						.21***	.28***	.10	-.09	-.04	-.01	.06	.17**	.14*
7. Lifetime prevalence of smoking							.60***	-.04	-.04	-.05	-.06	.01	.10	.07
8. Monthly prevalence of smoking								.09	-.01	-.02	.03	.07	.21***	.17**
9. Indirect parental monitoring									.48***	.49***	.54***	.53***	.47***	.51***
10. Direct parental monitoring										.64***	.68***	.50***	.21***	.26***
11. School monitoring											.71***	.56***	.31***	.37***
12. Health monitoring												.64***	.33***	.40***
13. Computer monitoring													.48***	.50***
14. Phone monitoring														.69***
15. Restrictive monitoring														-

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Table 6-д сурагчдын эрсдэлт зан үйл болон эцэг, эхийн хяналт хоорондын хамаарлыг харуулав. Судалгаанд оролцсон сурагчдын нас ахих тусам эцэг эхийн шууд бус хяналт буурч байсан ($r = -0.12$, $p < 0.05$). Мөн шууд бус хяналт нь сурагчдын үерхдэг байхтай сөрөг хамааралтай байв ($r = -0.14$, $p < 0.05$). Харин утасны хяналт нь сурагчдын үерхдэг байх ($r = -0.25$, $p < 0.001$) болон бэлгийн харилцаанд орж байсан ($r = -0.21$, $p < 0.001$) зэрэгтэй хүчтэй сөрөг хамааралтай байсан бол сүүлийн 3 сарын хугацаанд согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байх ($r = 0.17$, $p < 0.01$), тамхи татсан байх ($r = 0.21$, $p < 0.001$) зэрэгтэй эерэг хамааралтай байв. Үүнтэй

адил хязгаарлалттай хяналт нь сурагчдын үерхдэг байх ($r = -0.15$, $p < 0.01$) болон бэлгийн харилцаанд орж байсан ($r = -0.11$, $p < 0.05$) зэрэгтэй сөрөг хамааралтай байсан. Харин сүүлийн 3 сарын хугацаанд согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байх ($r = 0.14$, $p < 0.05$) болон тамхи татсан байх ($r = 0.17$, $p < 0.01$) зэрэгтэй эерэг хамааралтай байв.

Харин бусад хяналтын хэлбэрүүд (шууд хяналт, сургуулийн хяналт, эрүүл мэнд хяналт, компьютерийн хяналт) нь сурагчдын эрсдэлт зан үйлтэй статистикийн хувьд мэдэгдэхүйц хамаарал ажиглагдаагүй ($p > 0.05$).

Дүгнэлт

Өсвөр насны мансууруулах бодисны хэрэглээнд эцэг, эхийн хараа хяналт харьцангуй бага нөлөөтэй болохыг судалгаагаар тогтоолоо. Харин эцэг, эхийн зарим зохицуулалт, тухайлбал гар утасны хэрэглээг хянах ба хориглох арга хэмжээ нь өсвөр насныхныг эрт бэлгийн харилцаанд орохоос сэргийлэх боломжтой болох нь ажиглагдсан.

Хэлцэмж

Монгол Улсад 10-19 насны өсвөр үеийнхэн нийт хүн амын багагүй хувийг эзэлдэг бөгөөд энэ бүлгийн эрүүл мэнд, зан үйл нь улс орны ирээдүйн хөгжлийг тодорхойлох чухал хүчин зүйлд тооцогддог [14].

Бидний судалгааны үр дүнд Монголын өсвөр үеийнхний дунд эрсдэлтэй зан үйлүүдийн тодорхой түвшний тархалт ажиглагдаж, эдгээр зан үйл нь эцэг эхийн хяналтын зарим хэлбэртэй статистикийн ач холбогдол бүхий хамааралтай байгааг илрүүлсэн. Судалгааны үр дүнгээс харахад нийт оролцогчдын 29.8% нь амьдралдаа нэгээс дээш удаа тамхи хэрэглэж байсан бөгөөд энэ үзүүлэлт нь өмнөх судалгаануудад [15, 16, 17] дурьдсантай ойролцоо байна. Тухайлбал, 2019 оны ДЭМБ-ын Залуучуудын Тамхины Судалгаанд (GYTS) Монголын 13-15 насны хүүхдүүдийн 23.5% нь тамхи татаж үзсэн гэжээ [17]. Манай судалгаанд хөвгүүдийн хэрэглээ охидынхоос мэдэгдэхүйц өндөр байгаа нь Дашпунцаг нарын судалгааны [15] үр дүнтэй нийцэж байна. Мөн сүүлийн 3 сарын хугацаанд согтууруулах ундаа хэрэглэсэн сурагчдын хувь (11.2%) нь Тайванийн ижил насны өсвөр үеийнхний дунд хийсэн судалгааны дүнтэй ижил түвшинд байна [12].

Судалгааны үр дүнгээс харахад эцэг эхийн зарим хяналтын хэлбэр, тухайлбал утасны болон хязгаарлалттай хяналт нь сурагчдын үерхэл, бэлгийн харилцаанд орсон байдалтай сөрөг хамааралтай байсан нь өмнөх судалгаануудын [27, 28] дүгнэлттэй нийцэж байна. Энэ

нь эцэг эхчүүдийн зарим хяналт нь өсвөр үеийнхнийг эрт үеийн бэлгийн харилцаанаас сэргийлэхэд үр нөлөөтэй байж болохыг харуулж байна. Харин эцэг эхийн хяналт болон бодисын хэрэглээний хоорондын хамаарал нь харьцангуй сул байсан нь LaSpada нар (2020) [13] болон Jessor-ийн (1977) [9] “Асуудалтай зан үйлийн онол”-оор тайлбарлагдах боломжтой юм. Энэхүү онолоор өсвөр үеийнхний бодисын хэрэглээ нь зөвхөн гэр бүлийн нөлөөгөөр биш, харин үе тэнгийн нөлөө, нийгмийн орчин, хувь хүний зан төлөв зэргээс илүү хамааралтай байдаг гэж үздэг. Мөн манай судалгаанд эцэг эхийн шууд бус хяналт нь сурагчдын нас ахихын хэрээр буурч байгааг харуулсан нь Sawyer нарын (2018) [2] судалгааны дүгнэлттэй нийцэж байна. Өсвөр насныхан бие даасан байдалд хүрэхийг эрмэлздэг тул эцэг эхийн уламжлалт хяналт үр нөлөөгөө алдаж магадгүй бөгөөд энэ нөхцөлд харилцан ойлголцолд суурилсан дэмжлэг үзүүлэх хандлага илүү үр дүнтэй байж болох юм [32]. Түүнчлэн өсвөр үеийнхний эрсдэлтэй бэлгийн зан үйлд эцэг эхийн нээлттэй харилцаа, хяналт чухал нөлөөтэйг олон улсын судалгаанууд [30, 31] баталсан байдаг. Манай судалгааны үр дүн ч энэ чиг хандлагыг нотолж байгаа нь Монголын нөхцөлд өсвөр үеийнхний эрсдэлт зан үйлийн тархалтыг бууруулж, урьдчилан сэргийлэхэд эцэг эхчүүдийн оролцоог нэмэгдүүлэх, хоорондын харилцааг сайжруулах, насны онцлогт тохирсон боловсрол олгох хэрэгцээтэйг илтгэж байна. Тиймээс зөвхөн бэлгийн боловсрол олгоход анхаарахаас гадна гэр бүлийн оролцоог хангасан, эцэг эхчүүдийг чадавхжуулсан, харилцаа болон хяналтын стратегиудыг нэгтгэсэн цогц хандлага бүхий урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөр боловсруулах шаардлагатай байна.

Ном зүй

1. World Health Organization (WHO), as defined in Adolescent Health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. (last accessed on 20 June 2025).

2. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. The age of adolescence. *The Lancet. Child & adolescent health*, (2018). 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
3. Moghaddam, H. T., Bahreini, A., Abbasi, M. A., Fazli, F., & Saeidi, M. Adolescence Health: the needs, problems and attention. *Int J Pediatr*, (2016). 4(2), 1423-1438.
4. Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S. W., Langton, T., & Fraser, L. Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, (2024). 109(Suppl 2), s12–s18. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326112>
5. United Nations. World Youth report, 2005 : young people today and in 2015. United Nations Dept. of Economic and Social Affairs. (2005).
6. Mary Louisa Plummer, Valentina Baltag, Kathleen Strong, Bruce Dick, & David Ross. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. (2017). <https://www.who.int/publications/item/9789241512343>
7. Hoteit, M.; Hallit, S.; Al Rawas, H.; Amasha, J.; Kobeissi, F.; Fayyad, R.; Sacre, Y.; Tzenios, N. Adolescent health in Lebanon: Exploring alcohol use, dietary patterns, mental health, physical activity, and smoking using the Global School-Based Student Health Survey Approach. *Nutrients*. (2024). 16(21): 3590. <https://doi.org/10.3390/nu16213590>
8. Tinner, L.; Caldwell, D.; Hickman, M.; Campbell, R. Understanding adolescent health risk behavior and socioeconomic position: A grounded theory study of UK young adults. *Sociology of Health and Illness*. (2021). 43: 528-544. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13240>
9. Jessor, R., & Jessor, S. L. Problem behavior and psychosocial development: Longitudinal study of youth. New York: Academic. (1977).
10. Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. New York: Cambridge University Press. (1991).
11. Chawla N, Sarkar S. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the Context of Substance Use. *Journal of Psychosexual Health*. (2019). 1(1):26-31. <https://doi.org/10.1177/263183181882>
12. Lee, Y.-T.; Huang, Y.-H.; Tsai, F.-J.; Liu, H.-C.; Sun, F.-J.; Tsai, Y.-J.; Liu, S.-I. Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* (2021). 120(1): 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.05.003>
13. LaSpada, N.; Delker, E.; East, P.; Blanco, E.; Delva, J.; Burrows, R.; Lozoff, B.; Gahagan, S. Risk taking, sensation seeking and personality as related to changes in substance use from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescence*. (2020). 82(1): 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.011>
14. Үндэсний статистикийн хороо. Хүн ам, өрхийн танилцуулга. <https://www.nso.mn/mn/statistic/statcate/573051/table/573051> (сүүлд хандсан огноо: 2025 оны Зуравдугаар сарын 20)
15. Dashpuntsag, K.; Chandaga, U.; Tserennadmid, N.; Bat-Ochir, U.; Mukhtar, Y.; Altankhuyag, G.E.; Gombodorj, N.; Dulamsuren, O.; Jaalkhorol, M. Awareness and attitudes of Mongolian adolescents and youth toward alcohol consumption and alcohol-related harm. *Addiction & Health*. (2021). 13(3): 185–193. <https://doi.org/10.22122/ahj.v13i3.1250>
16. Uuganbayar, B.; Piky, B.F. Mongolian adolescents' sexual behavior and beliefs

- in light of their health risk behavior, social support, and well-being. *Adolescents*. (2025). 5(2): 15. <https://doi.org/10.3390/adolescents5020015>
17. WHO. (n.d.). Country Report: Mongolia 2019 Global Youth Tobacco Survey (GYTS).
 18. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд 2024 эмхэтгэл. <https://hdc.gov.mn/media/files/emu2024.pdf>. (сүүлд хандсан огноо: 2025 оны Зуравдугаар сарын 20)
 19. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. (2024). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
 20. UNICEF. Understanding Integrated Adolescent Development in Mongolia 2019 Development Pathways Situational Analysis, (2022). https://www.unicef.org/mongolia/media/4021/file/Understanding%20integrated%20adolescent%20development%20in%20Mongolia_EN.pdf (last accessed on 20 June 2024).
 21. Chan, H. C. Risky sexual behavior of young adults in Hong Kong: An exploratory study of psychosocial risk factors. *Frontiers in Psychology*, (2021). 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.658179>
 22. Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. *American Academy of Pediatrics*. (2017). <https://doi.org/10.1542/9781610020237>
 23. Swartzendruber, A., & Zenilman, J. M. A National Strategy to Improve Sexual Health. *JAMA*, (2010). 304(9), 1005–1006. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1252>
 24. Denny, Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, (2012). 379(9826), 1641–1652. <https://doi.org/10.1016/S0140>
 25. Owino, W. O., Asakhulu, N. M., Mwanja, J. M., & Mwanza, R. Attachment styles and risky sexual behaviors in adolescents. *Problems of Education in the 21st Century*, (2021). 79(6), 928–941. <https://doi.org/10.33225/pec/21.79.928>
 26. Malcolm, S., Huang, S., Cordova, D., Freitas, D., Arzon, M., Jimenez, G. L., Pantin, H., & Prado, G. Predicting condom use attitudes, norms, and control beliefs in hispanic problem behavior youth: The effects of family functioning and parent-adolescent communication about sex on condom use. *Health Education and Behavior*, (2013). 40(4), 384–391. <https://doi.org/10.1177/1090198112440010>
 27. Adamsons, K., & Russell, B. Longitudinal transmission of risk behaviors between mothers, fathers, and adolescents. *Journal of Family Psychology*, (2023). 37(7), 1016–1025. <https://doi.org/10.1037/fam0001086>
 28. Yang, Y., & Jiang, J. Influence of family structure on adolescent deviant behavior and depression: The mediation roles of parental monitoring and school connectedness. *Public Health*, (2023). 217, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.01.013>
 29. Dilorio, C., Pluhar, E., & Belcher, L. Parent-child communication about sexuality: a review of the literature from 1980-2002. in *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children*. (2003). Vol. 5, Issues 3–4, pp. 7–32. https://doi.org/10.1300/J129v05n03_02
 30. Chikovore, E.S., Sooryamoorthy, R. Sexual practices and risky behaviour. In: *Family Influence on Adolescent Sexual Behaviour in South Africa. Sustainable Development Goals Series*. Palgrave Macmillan, Cham. (2023). https://doi.org/10.1007/978-3-031-50377-1_5

31. Wight, D., & Fullerton, D. A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. in *Journal of Adolescent Health* (2013). Vol. 52, Issue 1, pp. 4–27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.014>
32. Lippold, M. A., Glatz, T., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. Parental perceived control and social support: linkages to change in parenting behaviors during early adolescence. *Family process*, (2018). 57(2), 432–447. <https://doi.org/10.1111/famp.12283>
33. Inchley J, Currie D, Cosma A, Samdal O, eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory* Items for the 2017/18 Survey. CAHRU: St Andrews; (2018). <https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/4624460d-da56-01fc-8b6f-a2cc597f19c1/c0979633-d6ad-4a5a-a939-18c51c9ebb0f/Allegato%20A%20Protocollo%20HBSC%20internazionale%202017-18.pdf>
34. Cottrell, S. A., Branstetter, S., Cottrell, L., Harris, C. V., Rishel, C., & Stanton, B. F. Development and validation of a parental monitoring instrument: Measuring how parents monitor adolescents' activities and risk behaviors. *The Family Journal*, (2007). 15(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/1066480707303748>

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор
Б.Сүвд*