

نیازهای سلامت دختران نوجوان: تبیین نقش و اهمیت خانواده

زهره شاه‌حسینی^۱، معصومه سیمبر^{۲*}، علی رمضانخانی^۳

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره سوم خرداد - تیر ۱۳۹۱ صص ۳۵۹-۳۵۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۵ اسفند ۹۰]

چکیده

تأمین سلامت نوجوانان، زیربنای اهداف توسعه ملی و توجه به نوجوانان و نیازهای منحصر به فرد آنان از اهداف خدمات بهداشت باروری بوده و شناسایی این نیازها، گامی ضروری برای برنامه‌ریزی‌های هدفمند و تخصیص متناسب منابع و امکانات با توجه به اولویت‌ها است. این مطالعه کیفی، بخشی از یک پژوهش گسترده در زمینه نیازهای سلامت دختران نوجوان است. در این تحقیق ۶۷ دختر نوجوان ۱۹-۱۲ ساله با شرکت در ۸ گروه بحث متمرکز ۱۰-۶ نفره و ۱۱ فرد کلیدی آگاه با حضور در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، تجارب خود را پیرامون نیازهای سلامت دختران نوجوان بیان نمودند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع از بین افراد ساکن در استان مازندران صورت گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها از طریق روش تحلیل درون مایه‌ای انجام شد. پس از غوطه‌وری و تحلیل داده‌ها، در نهایت ۴ درون مایه اصلی و ۹ درون مایه فرعی با محوریت تبیین نقش خانواده در نیازهای سلامت نوجوان، تدوین گردید. یافته‌های این مطالعه حول محور خانواده به عنوان یکی از نیازهای سلامت اجتماعی نوجوانان، مؤید ۴ درون مایه اصلی نیاز به حمایت عاطفی خانواده، نیاز به والدین مسئول، نیاز به والدین آگاه و نیاز به آزادی با نظارت خانواده بود. علیرغم اهمیت نقش حیاتی خانواده در سلامت نوجوان، ضعف در ارتباطات عاطفی مناسب بین والدین و فرزندان مشهود است. آموزش خانواده‌ها بر اساس نیازها و خصوصیات دوران نوجوانی می‌تواند کمک مؤثری به بازگشایی این حلقه مفقوده بنماید.

کلیدواژه‌ها: نوجوانان، نیازسنجی، خانواده، تحلیل محتوا

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان دکتر شریعتی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۵۷۵۷۱

E-mail: msimbar@yahoo.com

مقدمه

از بین دوران‌های مختلف زندگی انسان، نوجوانی از مهمترین و با ارزش‌ترین دوران زندگی هر فرد محسوب می‌شود. این مرحله بینابینی، در گذر از کودکی به بزرگسالی، سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد او در بزرگسالی تأثیر گذاشته و منجر به ایجاد نیازهای متفاوت مخصوص این گروه سنی خواهد شد [۱].

آمارها نشان داد که بزرگترین نسل نوجوانان از نظر تعداد، مربوط به عصر حاضر است. نزدیک به نیمی از جمعیت جهان را افراد زیر ۲۵ سال و یک پنجم از جمعیت جهان را افراد ۱۹-۱۰ ساله تشکیل می‌دهند که ۸۵ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۲]. جوانی جمعیت، یکی از بارزترین ویژگی‌های جمعیتی کشورهای ناحیه مدیترانه‌ای شرقی عضو سازمان بهداشت جهانی و از جمله کشور ایران است. در سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت گروه سنی ۱۹-۱۰ سال در ایران ۱۵/۴ میلیون نفر، یعنی حدود ۲۱/۸ درصد از جمعیت کشور گزارش شده است [۳]. این موضوع، توجه ویژه به این گروه مهم در معرض خطر را ضروری می‌سازد. در بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، که به‌عنوان نقطه عطفی در خدمات بهداشت باروری در جهان است، تأکید شده که نوجوانان نیازهای منحصر به فردی نسبت به بزرگسالان دارند و از کشورهای متعهد به این بیانیه، می‌خواهد که این نیازها را شناسایی کنند و در جهت رفع آنها بکوشند [۴].

با توجه به ویژگی‌های بلوغ در دختران، شرایط جسمی و روانی این دوران و نیز نقش اساسی دختران در باروری، می‌توان ادعا نمود که سلامت دختران نوجوان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی جهت‌دهنده برای دوره‌های بعدی زندگی آنها خواهد بود و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آنها خواهد گذاشت. از نظر صندوق جمعیت ملل متحد، سلامت دختران، کلید شکسته شدن چرخه فقر بین نسل‌ها و دسترسی به اهداف توسعه هزاره است [۵].

پژوهش‌های انجام شده در حوزه نیازهای سلامت دختران نوجوان، اندک بوده و آنچه که عمدتاً موجود است اطلاعاتی پیرامون سنجش آگاهی و عقاید در خصوص پدیده بلوغ با دیدگاه‌ها و روش‌های کمی است. چنانچه یافته‌های حاصل از مطالعه‌ای توصیفی بر روی ۱۳۸۵ نوجوان ایرانی نشان داد که آگاهی عمقی آنان نسبت به بهداشت باروری و جنسی و بیماری‌های مقاربتی محدود بوده و باورهای

نادرست در مورد خطرات عمل جنسی نامطمئن و عواقب آن به میزان زیادی دیده شد. همچنین به علت استانداردهای دوگانه مبتنی بر جنس در نگرش و رفتار جنسی و باروری نوجوانان، دختران به خصوص آسیب‌پذیرتر می‌شدند [۶]. مطالعه‌ای از نوع کارآزمایی میدانی نشان داد که اطلاعات دختران در مورد بهداشت بلوغ، ناچیز و با باورهای نادرست همراه بود. این مطالعه پیشنهاد می‌نماید که موانع و مشکلات پیرامون آموزش بهداشت باروری را می‌توان با رعایت فرهنگ و باورهای مردمی به حداقل رساند و در این راستا، بر آموزش دختران از طریق خانواده‌ها و به‌خصوص مادران و با کمک رابطین بهداشتی تأکید می‌نماید [۷].

لذا نظر به خلاء موجود، این مطالعه با هدف بررسی نیازهای سلامت دختران نوجوان، طراحی شد. شناخت ساختار و دیدگاه‌های ذهنی نوجوانان و افراد کلیدی آگاه، در تعیین نیازهای سلامت، به مسئولان و برنامه‌ریزان بهداشتی و مراقبتی، فرصت خواهد داد تا علاوه بر امکان ارزیابی نیازهای سلامت به شکلی دقیق و مبتنی بر جوهره اصلی آن، رهیافت‌های مناسب و مقتضی در جهت برنامه‌ریزی‌های شایسته و تخصیص متناسب منابع و امکانات را طراحی و تدوین نمایند. باتوجه به اینکه فرآیند شکل‌گیری نیازها در انسان‌ها بسیار پیچیده است و ریشه در بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه دارد [۸ و ۹]، بسیاری از تجارب، ادراکات و عقاید افراد، که نیازهای سلامت آنان را پایه‌ریزی می‌نمایند، قابلیت کمی‌شدن را ندارند و ضروری است تا این موارد به شیوه‌ای مناسب و درخور، مورد ارزیابی و ارزشیابی قرار گیرند. روش‌های تحقیق کیفی که مبتنی بر پایه‌ی فلسفی کل‌گرایی و استدلال استقرایی هستند، توصیفی غنی و درکی عمیق از پدیده‌ها و تجارب انسانی را امکان‌پذیر می‌سازند [۱۰ و ۱۱] لذا روشی مناسب جهت این پژوهش بودند.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی که در سال ۱۳۸۸ انجام پذیرفت، بخشی کیفی از یک مطالعه گسترده با هدف بررسی نیازهای سلامت دختران نوجوان بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۶۷ نوجوان دختر ۱۹-۱۲ ساله، مقطع راهنمایی و دبیرستان ساکن در استان مازندران بودند که در قالب هشت گروه بحث متمرکز ۱۰-۶ نفره در پژوهش شرکت داشتند. همچنین به منظور دستیابی به اطلاعات وسیع‌تر در مورد نیازهای سلامت و کسب اطلاعات عمیق‌تر در مورد جنبه‌هایی

که حاوی مضامین اصلی تحقیق بود و در جایگاهی از انتزاع قرار داشتند که مفاهیم ذیل آنها را در بر می‌گرفت، تحت عنوان درون مایه اصلی نامگذاری شدند. درون مایه‌های فرعی نیز مورد بازبینی قرار گرفتند تا تناسب آنها با درون مایه‌های اصلی به دقت مورد توجه قرار گیرد. در این پژوهش، جهت حصول به دقت و استحکام داده‌ها، قابلیت اعتبار، قابلیت اطمینان، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال رعایت گردید [۱۲]. برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، محقق زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته و با رفت و برگشت مکرر در داده‌ها، درگیری طولانی مدت خود را حفظ نمود. در این تحقیق تلاش شد تا با تلفیق روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه فردی، بحث گروهی، مشاهده)، تلفیق منابع داده‌ها (نوجوانان، مطلعین کلیدی)، تلفیق مکانی (مدارس، مراکز بهداشتی و درمانی و آموزشی) و حداکثر تنوع نمونه (از لحاظ مصاحبه با افراد با سطوح مختلف تحصیلی در تخصص‌های گوناگون و در موقعیت‌های شغلی مختلف و نوجوانان شهری و روستایی) اعتبار داده‌ها تضمین شود. همچنین برای تأیید بیشتر اعتبار محتوای مستخرجه، تعدادی از مصاحبه‌های کدبندی شده، به مشارکت‌کنندگان عودت داده شد تا بازنگری اعضا، محقق گردد. قابلیت اطمینان یافته‌ها از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که بعد از نوشتن متن از روی نوار، محققین همکار که در مرحله جمع‌آوری داده‌ها سهیم نبودند به نوارها گوش کرده و با متن نوشته‌شده، مقایسه نمودند و تغییرات لازم اعمال گردید. به منظور تضمین قابلیت تصدیق، محققان سعی نمودند که پیش فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت ندهند. قابلیت انتقال پذیری داده‌ها، از طریق بازنگری یافته‌ها توسط ۵ نوجوان که در فرآیند تحقیق حضور نداشتند به لحاظ تناسب یافته‌ها، رعایت گردید. اخلاقیات، باکسب رضایت آگاهانه در فرآیند پژوهش، بیان هدف مطالعه و روش جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات مشارکت‌کنندگان، داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش در زمان دلخواه، در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان و کسب معرفی نامه‌ها و طی مراحل قانونی، رعایت شد.

یافته‌ها

از ۶۷ نوجوان ۱۹-۱۲ ساله مشارکت‌کننده در تحقیق، ۴۹ نفر در مقطع دبیرستان و ۱۸ نفر در دوره راهنمایی مشغول به تحصیل

از نیازها که ممکن بود مورد توجه نوجوانان قرار نگرفته باشد، ۱۱ مصاحبه با افراد کلیدی آگاه در زمینه سلامت نوجوانان، شامل والدین، معلمان و مشاوران مدرسه و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی صورت گرفت. در ابتدا، نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و از میان افراد داوطلب، صورت گرفت که در ادامه به شکل نمونه‌گیری باحداکثر تنوع، ادامه یافت. بدین معنی که با توجه به تنوع فرهنگ، آداب و عقاید جمعیت ساکن در استان مازندران، مشارکت‌کنندگان از میان دختران نوجوان ساکن مناطق شهری و روستایی و از شهرهایی از غرب، شرق و مرکز استان، وارد پژوهش شدند. مصاحبه‌ها تا اشیاع اطلاعات یعنی زمانی که نکات و یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود، اضافه نگردد ادامه یافت. مصاحبه‌های گروهی با نوجوانان، اکثراً در اتاق مشاور مدرسه انجام پذیرفت؛ گرچه جهت کسب دیدگاه‌های متنوع و رأی محیط مدرسه، تعدادی از مصاحبه‌ها در مراکز بهداشتی - درمانی شهری و خانه‌های بهداشت روستایی و با دعوت از نوجوانان با همکاری ماما یا بهورز مرکز صورت گرفت. مصاحبه‌های فردی با افراد کلیدی آگاه نیز، مطابق با خواست آنها در مراکز بهداشتی - درمانی، مدارس و منازل انجام شد. مصاحبه‌ها به شکل نیمه ساختاریافته و عمیق، طول مدت آنها تابع شرایط و بین ۹۰-۶۰ دقیقه بود. در طی مصاحبه‌های گروهی، فردی به عنوان یادداشت‌بردار، نسبت به ثبت سخنان و واکنش‌های شرکت‌کنندگان اقدام نمود. سؤالات اصلی این تحقیق عبارت بودند از: وقتی به عنوان نوجوان، به سلامت فکرمی‌کنید، چه نیازهایی در ذهن شما تداعی می‌شود؟ و نوجوانان برای ارتقای سلامت به چه خدماتی نیاز دارند؟ که در ادامه با سؤالات اکتشافی (از قبیل بیشتر توضیح دهید، منظورتان را واضح‌تر بیان کنید و...) به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر، همراه شد. راهنمای مصاحبه، در چند مصاحبه به عنوان پیش‌آزمون از نظر قابلیت اعتماد سؤالات و زمان لازم برای طرح سؤالات و بحث بر روی آن، بررسی شد. در این تحقیق، از روش تحلیل محتوا جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد؛ بدین معنی که در ابتدا حاصل ارتباطات کلامی مشارکت‌کنندگان بر روی نوار ضبط شد و در اولین فرصت، همراه ارتباطات غیرکلامی، تایپ شد. سپس متن تایپ شده مصاحبه‌ها، پس از چندین بار مرور به کوچکترین واحدهای معنی‌دار (کد) شکسته شدند. در ادامه، تمرکز محققان بر تحلیل در سطح بالاتر از کدها بوده و مبتنی بر جاگذاری کدهای ابتدایی در درون مایه‌های (تم‌ها) بالقوه و ابتدایی بود. هریک از این درون‌مایه‌ها

نوجوانی ۱۷ ساله شهری بیان نمود: «من می‌خوام با مادرم صحبت کنم اما مادرم، حرف‌های منو زیاد جدی نمی‌گیره، منو مورد تمسخر قرار می‌ده. برای همین زیاد باهاش راحت نیستم».

مشغله فکری و کاری بیش از حد والدین، از دیگر عواملی است که می‌تواند بر ارتباط مناسب والدین با فرزندان نشان تأثیر گذار شود. نوجوانی ۱۳ ساله روستایی در این ارتباط گفت:

«یکی از دوستانم، دو کلمه حرف هم به مادرش نمی‌زنه، چون مادرش سرکار میره و مادرش رو نمی‌بینه».

۱-۲- درون مایه فرعی: نیاز به اعتمادسازی

نقل قول‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها، ضمن تأکید بر روابط مبتنی بر اعتماد بین خانواده‌ها و فرزندان، به‌عنوان یکی از نیازهای سلامت اجتماعی نوجوانان، اهمیت آن را در ریشه‌یابی مشکلات نوجوانان نشان داد. یکی از مادران بیان نمود:

«خونواده و نوجوون، باید یه جور ی با هم رفتار کنن که به هم اعتماد کنن. حتی کوچکتین چیز رو هم بتونن به هم بگن».

و در نقل قولی دیگر از یک نوجوان ۱۹ ساله شهری بیان شد که بی‌اعتمادی والدین - فرزندان زمینه‌های مخفی‌کاری نوجوانان را فراهم می‌نماید: «خیلی‌ها از بچه‌ها، اتفاقاتی که در روز برایشون می‌افته رو، نمی‌رن توی خونه بگن، چون رابطه صمیمی نیست، اعتماد ندارن».

۱-۳- درون مایه فرعی: عدم تبعیض بین فرزندان

بسیاری از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تبعیض بین فرزندان را دارای تأثیر منفی بر سلامت نوجوان و روابط بین اعضای خانواده بیان نمودند. یکی از نوجوانان ۱۷ ساله روستایی بیان کرد:

«تفاوت بین پسر و دختر، دقیقاً مشکلیه که ما تو خونه‌مون داریم. مثلاً من و داداشم، ... به خاطر همین، اصلاً خوشم نمی‌آد از داداشم».

۲- درون مایه اصلی نیاز به والدین مسئول

اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه به مسئولیت عمده والدین در سلامت جسمی و روحی نوجوان اشاره داشتند و غفلت والدین از این موضوع را موجب صدمات روحی و جسمی و گاه غیر قابل جبران، به نوجوان می‌دانستند.

۲-۱- درون مایه فرعی: والدین مسئول الگوسازی مناسب

در موارد متعددی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که خانواده، ضمن اینکه الگوی فرزندان در اعمال و رفتارهایی است که بر سلامت او تأثیر می‌گذارد، در معرفی الگوهای مناسب، مسئولیت خطیری به عهده دارند. یک نوجوان ۱۷ ساله شهری بیان کرد.

بودند. همچنین ۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان، ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند. ۱۱ فرد کلیدی آگاه مورد مصاحبه، شامل ۵ والد، ۳ معلم و مشاور و ۳ متخصص زنان و ماما بودند. استخراج کدهای اولیه پژوهش به ما نشان داد که خانواده و ویژگی‌های آن، به‌عنوان یکی از محورهای اساسی نیازهای سلامت نوجوانان، مورد توجه بودند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بطور مکرر بر نقش مؤثر خانواده در ابعاد مختلف سلامت نوجوانان، تأکید داشتند. حاصل کدهای استخراج شده در قالب ۴ درون مایه اصلی که هر یک ۲-۳ درون مایه فرعی را در بر داشته‌اند، در ادامه به تفصیل بیان خواهند شد. جدول ۱ دسته‌بندی درون مایه‌ها را به اجمال نشان داده‌است.

جدول شماره ۱- دسته‌بندی درون مایه‌های اصلی و فرعی

| درون مایه اصلی | درون مایه‌های فرعی |
|--------------------------------|--|
| نیاز به حمایت عاطفی خانواده | نیاز به ارتباط صمیمی با نوجوان نیاز به اعتمادسازی |
| نیاز به والدین مسئول | عدم تبعیض بین فرزندان والدین مسئول الگوسازی مناسب والدین مسئول تامین امکانات |
| نیاز به والدین آگاه | آگاهی از تغییرات تکاملی نوجوان والدین آگاه از تفاوت نسل‌ها |
| نیاز به آزادی با نظارت خانواده | عواقب سخت‌گیری بیش از حد نیاز به اعتدال در رفتار والدین |

۱- درون مایه اصلی نیاز به حمایت عاطفی خانواده

خانواده از ارکان عمده و نهادهای اصلی هر اجتماع و یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی است که می‌تواند بر سلامت نوجوان، تأثیرگذار باشد. اکثریت شرکت‌کنندگان در پژوهش، تجاربی را عنوان کردند که حاکی از نیاز آنان به دریافت حمایت عاطفی از سوی خانواده بود:

۱-۱- درون مایه فرعی: نیاز به ارتباط صمیمی با نوجوان

یافته‌های این تحقیق، بر ضرورت و اهمیت ارتباطات صمیمی والدین با نوجوانان، تأکید می‌نمود. چنانچه مامای مشارکت‌کننده در مصاحبه بیان نمود:

«بچه‌هایی که تو خونواده‌هایی هستن که محبت صمیمانه بینشونه، اینها بچه‌های خیلی عالی دارن. اون صمیمیتی که تو خونواده هست خیلی کمک می‌کنه، تا بچه‌ها راه درست رو انتخاب کنن».

در این پژوهش مشارکت‌کنندگان، نموده‌های متعددی از تجارب منفی و عوامل مؤثر، در برقراری ارتباط با والدین را ذکر نمودند.

نوجوانان دانستند و انواع کنترل نشده هر دو را در تضاد با سلامت نوجوانان بیان کردند.

۴-۱- درون مایه فرعی: عواقب سخت‌گیری بیش از حد

برخی از نوجوانان بر تأثیر نحوه نظارت والدین و سبک مقرراتی آنها بر سلامت روان و تکامل عاطفی و روانی نوجوان و عواقب سوء سخت‌گیری‌های بیش از حد تأکید داشتند. فرازهای زیر، در برگزیده نقل قول‌هایی است که بر عواقب سخت‌گیری بیش از حد خانواده‌ها، تأکید می‌نماید. یک نوجوان ۱۲ ساله روستایی اظهار داشت که: «بعضی‌ها رو دیده‌ام که از لج حرف‌های پدر و مادر بدتر می‌کنن». و یا در نقل قولی دیگر از یک نوجوان ۱۴ ساله شهری بیان شد که: «گاهی نوجوان را آنقدر محدود می‌کنن، که خودش قدرت تصمیم‌گیری نداره».

۴-۲- نیاز به اعتدال در رفتار والدین

اکثر مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، بر ضرورت اعتدال در رفتار از سوی والدین و نظارت دودادور و نامحسوس بر اعمال فرزندانشان تأکید داشتند؛ به نحوی که امکان هر گونه سوء استفاده از آزادی‌های بیش از حد را نیز سد نماید. چنانچه نوجوان ۱۷ ساله شهری اظهار داشت: «بعضی خانواده‌ها هستن بیش از حد به بچه‌شون اعتماد می‌کنن. ... همین باعث می‌شه از این اعتماد پدر و مادر سوء استفاده کنه، باید بینشون تعادل باشه».

بحث و نتیجه‌گیری

مشارکت‌کنندگان این پژوهش کیفی را نوجوانان و افراد کلیدی آگاه در حوزه سلامت نوجوانان تشکیل دادند. این انتخاب از این رو صورت گرفت که بررسی نیازها در حوزه سلامت، به دلیل پیچیده‌بودن مفهوم نیاز و تقسیم‌بندی نیاز به انواع متفاوت و از منظر گوناگون امری است که مستلزم نگاهی همه جانبه به آن و کسب نظر از افراد صاحب نظر، علاوه بر گروه‌های ذینفع هستند؛ تا بتوان ادعا نمود که اطلاعات بدست آمده از اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده [۸ و ۱۳] و این نکته قوت مهمی برای پژوهش حاضر است. آنچه که مشارکت‌کنندگان در این پژوهش در قالب درون مایه اصلی اول در زمینه حمایت عاطفی و صمیمیت در خانواده مطرح نمودند؛ بیانگر اهمیت این روابط، به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی سلامت است. حمایت و نظارت والدین با بسیاری از رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد، مصرف مشروبات الکلی و روابط جنسی پرخطر رابطه معکوس دارد [۱۴ و ۱۵]. همچنین حمایت

«آگه خانواده، رفتار خوبی با بچه‌اش داشته باشه، اون بچه، رفتارها رو می‌گیره و فردا، در جامعه اون رفتارها رو پس میده».

۲-۲- درون مایه فرعی: والدین مسئول تأمین امکانات

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، تجاربی را بیان نمودند که حاکی از نیاز آنان به فراهم نمودن امکانات درمانی، رفاهی، آموزشی و غیره از سوی خانواده است. در این ارتباط نوجوان، ۱۵ ساله شهری بیان نمود: «بعضی از خانواده‌ها هستن که اهمیت نمیدن، پول نمیدن که وسایلی برای خودشان بخرن، یا به تغذیه اهمیت نمیدن، به تفریح نمیرن، که میتونه به سلامتی ضربه بزنه».

۳- درون مایه اصلی: نیاز به والدین آگاه

اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه خانواده آگاه را، از ویژگی‌های خانواده سالم و از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت نوجوان می‌دانستند. گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این تحقیق مؤید آن بود که آگاهی والدین از تغییرات روحی و عاطفی ناشی از دوره بحرانی نوجوانی، برای کمک به نوجوان برای سپری نمودن این دوران به سلامت، ضروری است:

۳-۱- درون مایه فرعی: آگاهی از تغییرات تکاملی نوجوان

اکثریت نوجوانان بیان داشتند که خانواده‌های آگاه به روند تکامل جسمی، روانی و اجتماعی نوجوانان، ضمن بکارگیری شیوه‌های صحیح تربیتی، می‌توانند کمک شایسته‌ای برای فرزندان‌شان در دوره‌های تصمیم‌گیری باشند. در این ارتباط مادری اظهار داشت: «گاهی بچه‌ها، دارای یه دوگانگی و بحران‌های روحی می‌شن ... اینجا آگاهی خانواده است که بتونه کمک بکنه به بچه‌ها، که چی کار کنن».

۳-۲- درون مایه فرعی: والدین آگاه از تفاوت نسل‌ها

اکثریت مشارکت‌کنندگان به فاصله نسلی والدین با فرزندان و پیامدهای ناشی از آن اشاره داشتند و بر آگاهی والدین از این فاصله و آموزش آنان در این امر تأکید داشتند. یکی از نوجوانان ۱۵ ساله شهری بیان کرد: «این مشکلات جامعه ما برای دخترها، بیشتر به خاطر اینه که تفاوت سنی پدر و مادر با بچه خیلی زیاده. بچه احساس می‌کنه پدر و مادر اصلاً درکش نمی‌کنن، پدر و مادر فکر می‌کنن بچه خیلی پر توقعه». یک نوجوان ۱۶ ساله روستایی بیان داشت: «به نظر من بیشترین تأثیر رو آموزش خانواده داره. خانواده‌ها افکار قدیمی دارن و اکثراً گیرمیدن».

۴- درون مایه اصلی: نیاز به آزادی با نظارت خانواده

اکثر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بارها هر دو جنبه آزادی و نظارت از سوی والدین نسبت به نوجوان را، لازمه سلامت و تکامل

می‌دهد که پسران عموماً آزادی‌های بیشتری را از والدین دریافت می‌کنند در حالیکه دختران بیشتر محدود بوده و محافظت می‌گردند [۲۲]. از یافته‌های درون مایه اصلی دوم که اهمیت خانواده را در سلامت نوجوانان برجسته می‌نماید، تأکید بر الگوبرداری آنان از رفتارهای خانواده است. رشد و تکامل شخصیت نوجوانان به میزان زیادی متأثر از الگوهای درون خانواده است. در خانواده کودک ارزش‌ها و ضد ارزش‌ها، اصول و قواعد اخلاقی و رفتاری را می‌آموزد و از آنها الگوبرداری می‌نماید [۲۳ و ۲۴]. نتایج سایر مطالعات، یافته‌های تحقیق ما را حمایت می‌کرد. چنانچه نشان داده شد که نوجوانانی که والدینشان در معرض رفتارهای پرخطر جنسی بودند، روابط جنسی را در سنین پایین‌تری شروع می‌کردند [۲۵]. همچنین در مطالعه دیگری بیان شد که سوء مصرف مواد در نوجوانانی که یکی از اعضای خانواده‌شان مبتلا به این مشکل است، بیشتر است [۲۶].

از دیگر مضامینی که به عنوان یکی از نیازهای اساسی سلامت، در این پژوهش مطرح شده، مسئولیت‌های خانواده در تأمین نیازهای نوجوانان بود. یافته‌های ما نشان داد گاه این مسئولیت‌پذیری می‌تواند خود را در قالب تأمین تسهیلات و امکانات برای نوجوان نشان دهد و گاه نقش نظارتی و مشاوره‌ای پدر و مادر می‌تواند نشانه‌ای از والدینی باشد که برای حفظ و ارتقای سلامت فرزندانشان تلاش می‌نمایند. گرچه به‌نظر می‌رسید روند توسعه و ارتباطات، فاصله بین والدین و فرزندان را از یکدیگر افزایش و نیازمندی‌های آنان را به یکدیگر کاهش دهد، یافته‌های این مطالعه ما نشان داد که در شرایط اجتماعی کشور ما، به‌عنوان جامعه‌ای در گذار به سوی توسعه، هنوز والدین، مسئولیت عمده‌ای را در امر نظارت و هدایت فرزندانشان در اموری چون انتخاب رشته تحصیلی، انتخاب شغل، دوست‌یابی و آشنا نمودن با خطرات موجود در جامعه و چگونگی مقابله با بحران‌های زندگی به‌عهده دارند. در راستای مطالعه حاضر، سایر تحقیقات نشان می‌دهند که نوجوانان، از والدین انتظار دارند ضمن اینکه در جهت تهیه امکانات رفاهی - آموزشی برای آنها تلاش می‌نمایند، فرزندان آنها را برای زندگی اجتماعی در دنیای واقعی آماده سازند [۲۷ و ۲۸]. یافته‌ها در درون مایه اصلی سوم مؤید این واقعیت است که خانواده‌ها برای تأمین سلامت فرزندان خود در اجتماع کنونی به آمادگی‌هایی نیاز دارند که مبتنی بر تغییرات تکاملی دوران نوجوانی و واقعیت‌های اجتماعی است. از این رو آگاهی از تغییرات جسمی، روحی و عاطفی نوجوانان برای والدین

والدین منجر به افزایش اعتماد به نفس، رضایت از زندگی، کاهش شیوع افسردگی و قدرت تطابق بالاتر با حوادث استرس‌آور در نوجوانان خواهد شد [۱۶ و ۱۷]. مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد که حمایت عاطفی والدین بر سلامت جسمی نوجوان نیز تاثیر می‌گذارد. شیوع کمتر تعدادی از بیماری‌ها مانند سردرد، دردهای گوارشی، راش‌های پوستی و یبوست در نوجوانان تحت حمایت خانواده، گواهی بر این ادعاست [۱۸]. وایزنهوفر و همکاران در مطالعه‌ای بیان می‌کنند که توجه والدین به فعالیت‌های روزانه فرزندانشان، در پیشگیری از انحرافات نوجوانان موثر است [۱۹]. مطالعات یاد شده و نتایج بسیاری دیگر از آنها که در راستای مطالعه حاضر، همگی حاکی از نیاز مبرم نوجوانان به حمایت عاطفی خانواده هستند. نوجوانان خانواده‌هایی را می‌پسندند که ضمن برقراری ارتباطات صمیمی با آنان، به ایشان اعتماد نمایند. اعتماد والدین به فرزندان، ضمن محو پدیده ترس از خانواده، فرزندان را تشویق خواهد نمود که زوایای پنهان مشکلات خود را با والدین، در میان گذارند. به علاوه اینکه وجود چنین روابطی، مانع از پناه‌بردن نوجوان به همسالانی خواهد شد که به دلیل عدم تجربه کافی، مشاور خوب و مناسبی برای حل مشکلات نوجوان نیستند [۲۰]. چنانچه در این مطالعه نیز بر ضرورت روابط مبتنی بر اعتماد بین والدین و فرزندان تأکید شد.

یافته‌های ما نشان داد که اشتغال مفرط والدین، یکی از موانع ارتباط والدین - فرزندان بود. مشابه با مطالعه ما، داکری و همکاران اشاره نموده که الگوی کاری والدین و اشتغال آنان در ساعات کاری غیر معمول می‌تواند بر سلامت روان نوجوان اثرات نامطلوبی داشته‌باشد؛ لذا توصیه می‌نماید که در صورتیکه یکی از والدین ناچار به انجام کار در ساعات غیر استاندارد است، والد دیگر در پی پر نمودن خلاء موجود باشد [۲۱]. نوجوانان، در جستجوی حمایت عاطفی خانواده، انتظار دارند که والدین، رفتار به دور از تبعیضی را در برخورد با فرزندان پسر و دختر خود در پیش بگیرند. فرازهایی از نقل قول‌های نوجوانان مشارکت‌کننده در پژوهش نشان می‌دهد که آنان سخت‌گیری بیشتر والدین نسبت به دختران در مورد نحوه پوشش، بیرون رفتن از خانه و ارتباط با دوستان را حمل بر تبعیض بین دو جنس می‌نمایند، در حالیکه گروه دیگری از مشارکت‌کنندگان این رفتارها را دلیلی بر حس مسئولیت‌پذیری والدین نسبت به فرزندان دختر خود و نوعی محافظت از خطرات موجود در جامعه تلقی می‌نمایند. مطالعه‌ای در فیلیپین نشان

لذا شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، ضمن انتقاد مکرر از سخت‌گیری‌های بیش از حد والدین، از خانواده‌ها می‌خواهند که استقلال آنان را به رسمیت بشناسند و پیشنهاد می‌نمایند که مرز بین آزادی و سهل‌انگاری تبیین شود تا ضمن جلوگیری از هرگونه سخت‌گیری بی‌مورد، راه سوء استفاده‌های احتمالی نیز مسدود گردد. روند طبیعی رشد و تکامل در نوجوانان، نیازها و توجهات خاص خود را می‌طلبد. ضرورت توجه خانواده به این موضوع و تأثیر ساختار و قوانین حاکم در خانواده بر سلامت نوجوان، به نحو چشمگیری در یافته‌های این پژوهش، خود را نمایان می‌کند. خانواده به عنوان یکی از ارکان عمده و نهادهای اصلی هرجامع، در مجموعه نیازهای سلامت نوجوانان جایگاه ویژه‌ای دارد. گرچه در دوره نوجوانی به دلیل برخی ویژگی‌های تکامل نوجوانان از جمله ارتباطات بیشتر با گروه همسالان، استقلال خواهی و آرمان‌گرایی، ارتباط نوجوان با خانواده کمتر می‌شود، اما حتی همین روند تکاملی نیز بهتر است در سایه خانواده و بستری که خانواده برای پرورش و تکامل نوجوان فراهم می‌کند، صورت پذیرفت. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، به شکل برجسته‌ای نقش خانواده در سلامت نوجوانان را بر شالوده حمایت‌های عاطفی و ابعاد ارتباطی تبیین نمودند. دقت در درون مایه‌های استخراج شده، اصالت این ادعا را آشکار می‌سازد. لذا ضروری است که خانواده‌ها در این خصوص آموزش‌های کافی را دریافت نمایند و با بهره‌گیری از فرهنگ غنی اسلامی و ایرانی، که خانواده در آن مفهومی مقدس و دارای جایگاه ویژه‌ای می‌باشد جنبه‌هایی که مغفول مانده‌است را بازنگری و اصلاح نمایند.

سهم نویسندگان

زهره شاه‌حسینی: ارایه و اجرای طرح و نوشتن مقاله
معصومه سیمیر: استاد راهنما
علی رمضانخانی: استاد مشاور

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی به خاطر تأمین اعتبار این طرح و از همکاری صمیمانه یکایک مشارکت‌کنندگانی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌شود.

ضروری است. تأکید بر آگاهی والدین و به خصوص مادران از تغییرات یادشده و ضرورت شناخت زودرس هرگونه انحراف از سلامت باروری، در یافته‌های این مطالعه مشهود بود. چنانچه در مطالعه‌ای بیان شد که دختران نوجوان از مادرانشان انتظار دارند که با شرح و توصیف فیزیولوژی قاعدگی، آنها را برای پذیرش راحت‌تر این پدیده آماده نمایند [۲۹] و یا در تحقیق دیگری بیان شد که ارتقاء آموزش‌های جنسی والدین و توجه آنان به نگرش‌های فرزندانیشان در مورد رابطه با غیر همجنس، میزان بارداری‌های ناخواسته را در نوجوانان کاهش خواهد داد [۳۰].

از مضامین دیگر مطرح در این مطالعه، شکاف بین دو نسل بود. نوجوانان در یک دوره گذار قرار دارند و تلاش دارند که سبک زندگی متفاوت از گذشتگان را در همه ابعاد رقم بزنند. لذا این تفاوت در دیدگاه‌های نوجوانان و والدین با هم، گاه ممکن است به تضاد کشیده شود. براساس آن چه شرکت‌کنندگان در پژوهش اظهار داشته‌اند، زمینه‌های عدم توافق مواردی چون ارتباط با دوستان همجنس و غیر همجنس و نحوه پوشش و آرایش را شامل می‌شد. به نظر می‌رسد این شکاف در جوامع شرقی که فرزندان، تحت تأثیر گذار و مدرنیته، تمایل داشتند که به سرعت خود را با ارزش‌های جهان مدرن همسو و هم جهت نشان دهند. در حالی است که در این جوامع والدین هنوز فرصت کافی برای اصلاح زیر ساخت‌های فرهنگی و باورهای سنتی خود را نیافته‌اند، در مطالعه‌ای در سریلانکا، نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش، اختلاف نظر در باورها و عقاید خود با والدینشان را معلولی از تفاوت سطح سواد بین یکدیگر و به عنوان یکی از مشکلات مؤثر بر سلامت خود بر شمردند [۳۱].

رشد روانی - رفتاری نوجوانان با ضوابط و قواعد حاکم بر خانواده‌ها، ارتباط داشت. در این راستا تعادل در دامنه آزادی - محدودیت، یکی از چالش‌انگیزترین و البته مهمترین موضوعات نوجوانی بود. محدودیت‌های بی‌دلیل و غیر موجه والدین، از نظر نوجوانان، نتایج نامطلوبی از جمله مخفی‌کردن کارها و حریص شدن بیشتر آنان را بدنبال خواهد داشت. ضمن آنکه آزادی‌های بدون نظارت والدین هم، می‌تواند مانع سلامت نوجوانان باشد. در تأیید یافته‌های ما، مطالعه‌ای نشان می‌دهد که بیشترین میزان اضطراب، در نوجوانانی گزارش شد که رفتارهای والدین خود را استبدادی ارزیابی نموده بودند [۳۲].

منابع

1. Klein JD, Wilson KM .Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *Journal of Adolescent Health* 2002; 30: 190-5
2. Marshal A. State of the World Population 2003: Making 1Billion Count- Investing in Adolescents' Health and Rights, 2003. http://www.amazon.com/State-World-Population-2003-Adolescents/dp/0897146700#reader_0897146700
3. Statistical Centre of Iran, Iran Statistical Yearbook 2003: Population by Age and Sex, 1996 Census (2011). Available from: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85> [Online access: Jan 2011]
4. International Conference on Population and Development. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. UNFPA: New York, 1994
5. Jaskiewicz MG .An integrative review of the health care needs for female adolescent . *The Journal for Nurse Practitioners* 2009; 5: 274-83
6. Mohammadi MR, Mohammad K, Khalaj Abadi Farahani F, Alikhani S, Zare M, Ramezani Tehrani F, et al. Reproductive Knowledge, Attitude and Practice of Tehranian adolescent boys aged 15-18 years, 2002. *Journal of Reproduction and Fertility* 2003; 4: 237-50 [Persian]
7. Zare M, Malek Afzali H, Jandaghi J, Alammeh MR, Kolahdoz M, Asadi O. Effects of training regarding puberty on knowledge, Attitude and Practice of 12-14 year old girls. *The Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2005; 14:18-26 [Persian]
8. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1: 34-38
9. Bennett DL ,Tonkin RS .International developments in adolescents health care: A study of advocacy and achievement. *Journal of Adolescents Health* 2003; 33: 240-51
10. Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing Research Conduct: Critique and Utilization*. 5th Edition W.B. Saunders: USA, 2002
11. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing (Advancing the Humanistic Imperative)*. 3th edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2003
12. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th edition, Lippincott :Philadelphia, 1999
13. Morrow M, Allotey PA, Manderson L, Pelto P. Giving Adolescents a Voice: Conducting a Rapid Assessment of Adolescents Health Needs: A Manual for Health Planners and Researchers, 2001. <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/F9F40DE9-6952-40BF-A45E-C58828B8EEFB/0/GivingAdolescentsAVoice.pdf>
14. Otten R, Harakeh Z, Vermulst A , Van DenEijnden R, Engels R. Frequency and quality of parental communication as antecedents of adolescent smoking cognitions and smoking onset. *Psychology of Addictive Behaviors* 2007; 21: 1-12
15. Dick DM, Viken, R, Purcell S, Kaprio, J, Pulkkinen, L, Rose, RJ. Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescent smoking. *Journal of Abnormal Psychology* 2007; 116: 213 -18
16. Milevsky A, Schlechter, M, Netter, S, Keehn, D. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies* 2007; 16: 39-47
17. Oliva A, Jimenez J M, Parra A. Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress and Coping* 2009 ; 22:137-2
18. Walsh SD, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H. Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. *Social Science & Medicine* 2010; 70: 976-84
19. Waizenhofer RN, Buchanan CM, Jackson-Newsom J. Mothers' and fathers' knowledge of adolescents' daily activities: its sources and its links with adolescent adjustment. *Journal Family Psychology* 2004; 18:348-60
20. DeVorea ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatric* 2005;17:460-65
21. Dockery A, Li J, Kendall G. Parents' work patterns and adolescent mental health. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 689-98
22. Hindin MJ. Family Dynamics, Gender differences and Educational Attainment in Filipino Adolescents. *Journal of Adolescence* 2005; 28:299-16
23. Kaheni S, Hassan Abadi M, Saadat Joo AR. Study of the juvenile anxiety, depression aggression and delinquency in divorced and non divorced families 2001;7: 22-28 [Persian]

24. Neinstein LS. Adolescent Health Care, A Practical Guide. Fifth edition, Wolters & Kluwer: Philadelphia, 2008
25. Wilder EI, Watt TT. Risky parental behavior and adolescent sexual activity at first coitus. *Milbank Quarterly* 2002; 80:481-24
26. Stanton B, Li X, Pack R. Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health* 2002; 79: 536-48
27. Parvizi S, Aminizadeh KH, Sanagu A, Sepahvand F. Exploring the concept of healthy family from adolescents' perspectives in Zanjan. *Iranian Journal of Nursing Research* 2009; 4:7-17 [Persian]
28. Parvizi S, Ahmadi F, Nikbakht A. Golden triangle of family. *Health and Adolescent. Journal of Psychology* 2006; 10: 156-68 [Persian]
29. Koff E, Rierdan J. Preparing girls for menstruation: recommendations from adolescent girls. *Adolescence* 1995;30:795-11
30. Tsai F, Wong T. Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41: 351-57
31. Agampodi SB, Agampodi TC. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 98-105
32. Hudson JL, Rapee RM. Parent-child interaction and anxiety disorders: an observational study. *Behavioural Research Therapy* 2001; 39: 1411-27