نیازهای سلامت دختران نوجوان: تبیین نقش و اهمیت خانواده

زهره شاه‌حسینی[1]، معصومه سیمبر[*2]، علی رمضانخانی[3]

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 تحقیق۶۷ دختر نوجوان ۱۹-۱۲ساله با شرکت در ۸ گروه بحث متمرکز ۱۰-۶ نفره و ۱۱فرد 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 درون‌مایه 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

مقدمه

از بین دوران‌های مختلف زندگی انسان، نوجوانی از مهمترین و با ارزش‌ترین دوران زندگی هر فرد محسوب می‌شود. این مرحله بینابینی، درگذر از کودکی به بزرگسالی، سرآغاز تحولات و دگرگونی های جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد او در بزرگسالی تأثیر گذاشته و منجر به ایجاد نیازهای متفاوت مخصوص این گروه سنی خواهدشد[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 درجهان 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 درباروری، 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 دوگانهٔ 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[۹و۸]، 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 قرارگیرند. 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[۱۱و۱۰] لذا روشی مناسب جهت این پژوهش بودند.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی که درسال ۱۳۸۸ انجام پذیرفت، بخشی کیفی از یک مطالعه گسترده با هدف بررسی نیازهای سلامت دختران نوجوان بود. مشارکت‌کنندگان دراین پژوهش۶۷ نوجوان دختر ۱۹-۱۲ساله، مقطع راهنمایی و دبیرستان ساکن در استان مازندران بودندکه درقالب هشت گروه بحث متمرکز۱۰-۶ نفره در پژوهش شرکت داشتند. همچنین به منظور دستیابی به اطلاعات وسیع‌تر در مورد نیازهای سلامت وکسب اطلاعات عمیق‌تر در مورد جنبه‌هایی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

از نیازهـا کـه ممکـن بـود مـورد توجـه نوجوانـان قـرار نگرفتـه باشد،۱۱مصاحبه با افراد کلیدی آگـاه در زمینـه سـلامت نوجوانـان، شـامل والـدین، معلمـان و مشـاوران مدرسـه و ارائـه دهنـدگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی صورت گرفت. در ابتدا، نمونـه‌گیـری به‌صورت مبتنی بر هدف و از میان افراد داوطلب، صورت گرفـت کـه در ادامه به شکل نمونه‌گیری باحداکثر تنوع، ادامه یافت. بدین‌معنی که باتوجه به تنوع فرهنگ، آداب و عقاید جمعیت سـاکن در اسـتان مازندران، مشارکت‌کنندگان از میان دختران نوجوان سـاکن منـاطق شهری و روستایی و از شهرهایی از غرب، شرق و مرکز اسـتان، وارد پژوهش شدند. مصاحبه‌ها تا اشباع اطلاعات یعنی زمانی که نکـات و یافته‌های جدیدی به داده‌های موجـود، اضـافه نگـردد ادامـه یافـت. مصاحبه‌های گروهی با نوجوانان، اکثراً دراتاق مشـاور مدرسـه انجـام پذیرفت؛گرچه جهت کسب دیدگاه‌های متنوع و رأی محیط مدرسه، تعدادی از مصاحبه‌ها در مراکزبهداشتی ـ درمانی شهری و خانه‌های بهداشت روستایی و با دعوت از نوجوانان با همکاری مامـا یـا بهـورز مرکزصورت گرفت. مصاحبه های فـردی بـا افرادکلیـدی آگـاه نیـز، مطابق باخواست آنها در مراکز بهداشتی ـ درمانی، مـدارس و منـازل انجام شد. مصاحبه‌ها به شـکل نیمـه سـاختاریافته و عمیـق، طـول مدت آنها تابع شرایط و بین ۹۰-۶۰ دقیقه بود. در طی مصاحبه‌های گروهی، فردی به عنوان یادداشت‌بردار، نسـبت بـه ثبـت سـخنان و واکنش‌های شرکت‌کنندگان اقدام نمود. سؤالات اصلی ایـن تحقیـق عبارت بودند از: وقتی به عنوان نوجوان، به سلامت فکرمی‌کنید، چه نیازهایی درذهن شما تـداعی مـی‌شـود؟ و نوجوانـان بـرای ارتقـای سلامت به چه خدماتی نیاز دارند؟که در ادامه بـا سـؤالات اکتشـافی (از قبیل بیشتر توضیح دهید، منظورتان را واضح‌تر بیـان کنیـد و...) به منظوردسـتیابی بـه اطلاعـات عمیـق‌تـر، همـراه شـد. راهنمـای مصاحبه، در چند مصاحبه بـه عنـوان پـیش‌آزمـون از نظـر قابلیـت اعتماد سؤالات و زمان لازم برای طرح سؤالات و بحـث بـر روی آن، بررسی شد. در این تحقیق، از روش تحلیل محتـوا جهـت تجزیـه و تحلیل داده‌ها استفاده شد؛ بدین معنی که در ابتدا حاصل ارتباطـات کلامی مشارکت‌کنندگان بر روی نوار ضبط شد و در اولـین فرصـت، همراه ارتباطـات غیرکلامـی، تایـپ شـد. سـپس مـتن تایـپ شـده مصـاحبه‌هـا، پـس ازچنـدین بـار مـرور بـه کـوچکترین واحـدهای معنی‌دار(کد) شکسته شدند. در ادامه، تمرکز محققان بر تحلیـل در سطح بالاتر ازکدها بوده و مبتنی بـر جاگـذاری کـدهای ابتـدایی در درون مایه‌های (تم‌ها) بالقوه و ابتدایی بود. هریک از این درون‌مایه‌ها که حاوی مضامین اصلی تحقیق بـود و در جایگـاهی از انتـزاع قـرار داشتند که مفاهیم ذیل آنها را در بر می‌گرفـت، تحـت عنـوان درون مایه اصلی نامگذاری شدند. درون مایه‌های فرعی نیز مـورد بـازبینی قرارگرفتند تا تناسب آنها با درون مایه‌های اصلی به دقت مورد توجه قرارگیرد. دراین پژوهش، جهت حصول به دقت و اسـتحکام داده‌هـا، قابلیت اعتبار، قابلیـت اطمینـان، قابلیـت تصـدیق و قابلیـت انتقـال رعایت گردید[۱۲]. برای اطمینان از اعتبار یافتـه‌هـا، محقـق زمـان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظـر گرفتـه و بـا رفـت و برگشـت مکرر در داده‌ها، درگیری طولانی مدت خود را حفظ نمـود. در ایـن تحقیق تلاش شد تا با تلفیق روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه فردی، بحث گروهی، مشاهده)، تلفیـق منـابع داده‌هـا (نوجوانـان، مطلعـین کلیـدی)، تلفیـق مکـانی (مـدارس، مراکـز بهداشـتی و درمـانی و آموزشی) و حداکثر تنوع نمونه (از لحاظ مصاحبه با افراد بـا سـطوح مختلف تحصیلی در تخصص‌های گوناگون و در موقعیت‌های شـغلی مختلف و نوجوانان شهری و روستایی) اعتبار داده‌ها تضـمین شـود. همچنین برای تأییـد بیشـتر اعتبـار محتـوای مسـتخرجه، تعـدادی ازمصاحبه‌های کدبندی شده، به مشارکت‌کنندگان عـودت داده شـد تا بازنگری اعضا، محقق گردد. قابلیـت اطمینـان یافتـه‌هـا از طریـق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفـت. بـه این صورت که بعد از نوشتن متن از روی نوار، محققین همکـار کـه در مرحله جمع‌آوری داده‌ها سهیم نبودند به نوارها گوش کرده و بـا متن نوشته‌شده، مقایسه نمودند و تغییـرات لازم اعمـال گردیـد. بـه منظور تضمین قابلیت تصـدیق، محققـان سـعی نمودنـد کـه پـیش فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیـه و تحلیل آن دخالت ندهند. قابلیت انتقال پذیری داده‌ها، از طریق بـاز نگری یافته‌ها توسط ۵ نوجوان که در فرآیند تحقیق حضور نداشتند به لحاظ تناسب یافته‌ها، رعایت گردید. اخلاقیـات، باکسـب رضـایت آگاهانه در فرآیند پژوهش، بیان هدف مطالعـه و روش جمـع‌آوری و ضبط داده‌هـا، محرمانـه نگـه‌داشـتن اطلاعـات مشـارکت‌کننـدگان، داشتن حـق کنـاره‌گیـری مشـارکت‌کننـدگان از پـژوهش در زمـان دلخواه، در اختیارگذاشتن نتایج درصورت درخواست مشارکت‌کننـدگان وکسب معرفی نامه‌ها و طی مراحل قانونی، رعایت شد.

یافته‌ها

از ۶۷ نوجوان ۱۹-۱۲ساله مشارکت‌کننـده در تحقیـق، ۴۹ نفـر در مقطع دبیرستان و ۱۸ نفر در دوره راهنمـایی مشـغول بـه تحصـیل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

بودند. همچنین ۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان، ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند. ۱۱فرد 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، به عنوان یکی ازمحورهای 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 ۳-۲ 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 مایه های اصلی و فرعی

درون مایه اصلی	درون مایه‌های فرعی
نیاز به حمایت عاطفی خانواده	نیاز به ارتباط صمیمی با نوجوان
	نیاز به اعتمادسازی
	عدم تبعیض بین فرزندان
نیاز به والدین مسئول	والدین مسئول الگوسازی مناسب
	والدین مسئول تامین امکانات
	آگاهی از تغییرات تکاملی نوجوان
نیاز به والدین آگاه	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 طبیعی ترین 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، نمودهای متعددی از تجارب منفی و عوامل مؤثر، در برقراری ارتباط با والدین را ذکر نمودند. نوجوانی ۱۷ساله 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 دیگرعواملی است که می‌تواند بر ارتباط مناسب والدین با فرزندانشان تأثیر گذار شود. نوجوانی ۱۳ساله روستایی در این ارتباط گفت:

«یکی از دوستام، 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 جوری با هم رفتار کنن که به هم اعتماد کنن. حتی کوچکترین چیز رو هم بتونن به هم بگن».

و در نقل قولی دیگر از یک نوجوان ۱۹ساله شهری بیان شد که بی‌اعتمادی والدین ـ فرزندان زمینه‌های مخفی‌کاری نوجوانان را فراهم می‌نماید: «خیلی‌ها از بچه‌ها، اتفاقاتی که در روز براشون 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 نوجوانان۱۷ساله روستایی بیان کرد:

«تفاوت بین پسر و دختر، دقیقاً مشکلیه که ما تو خونه‌مون داریم. مثلا 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 ۱۷ساله شهری بیان کرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

«اگه خونواده، 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 خونواده‌ها هستن که اهمیت نمیدن، پول نمیدن که وسایلی برای خودشان بخرن، یا به تغذیه اهمیت نمیدن، به تفریح نمیبرن، 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 دوراهی‌های تصمیم‌گیری باشند. در این ارتباط مادری اظهار داشت: «گاهی بچه‌ها، دارای یه دوگانگی و بحران‌های روحی می‌شن ... اینجا آگاهی خونواده 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 د اشتند. 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 ۱۶ساله روستایی بیان داشت: «به نظرمن بیشترین تأثیر رو آموزش خونواده داره. خونواده‌ها افکار قدیمی دارن و اکثراً گیرمیدن».

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

اکثرمشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بارها هر دو جنبه آزادی و نظارت از سوی والدین نسبت به نوجوان را، لازمه سلامت و تکامل 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 برگیرنده نقل قول‌هایی است که بر عواقب سخت‌گیری بیش از حد خانواده‌ها، تأکید می‌نماید. یک نوجوان۱۲ساله روستایی اظهار داشت که: «بعضی‌ها رو دیده‌ام که از لج حرف‌های پدر و مادر بدتر می‌کنن». و یا در نقل قولی دیگر از یک نوجوان۱۴ساله 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 دررفتار از سوی والدین و نظارت دورادور و نامحسوس بر اعمال فرزندانشان تأکید داشتند؛ به نحوی که امکان هر گونه سوء استفاده از آزادی های بیش از حد را نیز سد نماید. چنانچه نوجوان۱۷ساله شهری اظهار داشت: «بعضی خونواده‌ها 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 نتیجه گیری

مشارکت‌کنندگان این پژوهش کیفی را نوجوانان و افراد کلیدی آگاه درحوزه سلامت نوجوانان تشکیل دادند. این انتخاب از این رو صورت گرفت که بررسی نیازها درحوزه سلامت، به دلیل پیچیده‌بودن مفهوم نیاز و تقسیم‌بندی نیاز به انواع متفاوت و از مناظر گوناگون امری است که مستلزم نگاهی همه جانبه به آن و کسب نظر از افراد صاحب نظر، علاوه برگروه‌های ذینفع هستند؛ تا بتوان ادعا نمودکه اطلاعات بدست آمده از اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده[۱۳و۸] و این نکته قوت مهمی برای پژوهش حاضر است. آنچه که مشارکت‌کنندگان در این پژوهش درقالب 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[۱۵و۱۴]. همچنین حمایت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

والدین منجر به افزایش اعتماد به نفس، رضایت از زندگی، کاهش شیوع افسردگی و قدرت تطابق بالاتر با حوادث استرس‌آور در نوجوانان خواهد شد[۱۷و۱۶]. 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 برضرورت روابط مبتنی بر اعتماد بین والدین و فرزندان تأکید شد.

یافته‌های ما نشان داد که اشتغال مفرط والدین، یکی از موانع ارتباط والدین ـ 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 برحس مسئولیت‌پذیری والدین نسبت به فرزندان دختر خود و نوعی محافظت از خطرات موجود در جامعه تلقی می‌نمایند. مطالعه‌ای در فیلیپین نشان 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. درخانواده کودک ارزش‌ها و ضد ارزش‌ها، اصول و قواعد اخلاقی و رفتاری را می‌آموزد و از آنها الگوبرداری می‌نماید[۲۴و۲۳]. 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 ـ آموزشی برای آنها تلاش می‌نمایند، فرزندان آنها را برای زندگی اجتماعی در دنیای واقعی آماده سازند[۲۸و۲۷]. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

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 فرزندانشان 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 تضادکشیده 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 برسلامت خود بر شمردند[۳۱].

رشد روانی ـ رفتاری نوجوانان با ضوابط و قواعد حاکم بر خانواده‌ها، ارتباط داشت. در این راستا تعادل در دامنه آزادی ـ 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، می تواند 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].

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 هراجتماع، در مجموعه نیازهای سلامت نوجوانان جایگاه ویژه‌ای دارد.گرچه در دوره نوجوانی به دلیل برخی ویژگی‌های تکامل نوجوانان از جمله ارتباطات بیشتر باگروه 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 می سازد. 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 سیمبر: استاد راهنما
علی رمضانخانی: استاد مشاور

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

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 Practitoners 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 traning 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 / Giving Adolescents A Voice. 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, Ginsburgb 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 Fillipino Adolescents. Journal of Adolescenc 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]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]

24. Neinstein LS. Adolescent Health Care, A Practical Guide. Fifth edition,Wolters & Kluker: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 Resaerch 2009; 4:7-17 [Persian]

28. Parvizi S, Ahmadi F, Nikbakht A. Golden triangulate 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.6.2]