عوامل مؤثر بر سلامت از نگاه نوجوانان

سرور پرویزی:* دانشجوی دکترای آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فضل‌الله احمدی: استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی: استادیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال دوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۲ صص۲۵۲-۲۴۵
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۲/۴/۴

چکیده

هدف این پژوهش کیفی تبیین نظرات نوجوانان در زمینه عوامل مؤثر بر سلامت بوده که با استفاده از مصاحبه‌های باز نیمه ساختار یافته (گروهی و فردی) با نوجوانان و با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شده است. داوطلبان دیدگاه‌های خود را پیرامون سلامت به بحث گذاشتند. مکالمات روی نوار صوتی ضبط و کلمه به کلمه دست نویس شد. سپس مطابق روش تجزیه وتحلیل درونمایه‌ای (Thematic Analysis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نوجوانان در زمینه تمهیدات ارتقای سلامت به این موارد اشاره نموده‌اند: جامعه سالم، ارتباطات مطلوب، امکانات فرهنگی- هنری، سلامت روان، آینده، سلامت جسمی وخانواده سالم.

تهدیدات سلامت را نیز: بیکاری و نداشتن سرگرمی مناسب، جامعه ناسالم، محدودیت، ارتباطات ناسالم، فقدان سلامت روان، مدارس نا مطلوب و اختلافات خانوادگی ذکر کرده‌اند.

تأکید نوجوانان بر اهمیت جوانب اجتماعی تأثیرگذار بر سلامتی در مقایسه با ابعاد فردی و همچنین جنبه‌های روانی مؤثر بر سلامتی نسبت به مسایل جسمی از جمله یافته‌های این پژوهش است. هراس از بی‌کاری، برخورداری از امکانات آموزشی، تأمین روانی، داشتن خانواده و جامعه سالم و امیدواری به آینده موضوعاتی است که می‌تواند مد نظر مدیران فرهنگی، آموزشی، بهداشتی و اقتصادی قرار گیرد.

تأمین سلامت نوجوانان، از ملزومات توسعه پایدارکشور است. تدوین راهکارهای مناسب برای حل مشکلات و سپس اجرای آن در راستای اهداف توسعه ملی با توجه به دیدگاه‌های گیرندگان اصلی خدمات بهداشتی می‌تواند سلامت نسل‌های بعدی را رقم زند. هرچند به نظر می‌رسد بررسی‌های فراتر در این زمینه لازم است.

کلیدواژه‌ها: نوجوان، سلامتی، پژوهش کیفی

* نویسنده اصلی: میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۶۹۲۷۱۷۱ نمابر: ۶۹۳۶۹۶۸
E-mail: s parvizy@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

مقدمه

سلامتی، مهمترین عامل پیشرفت و ضامن بقای جامعه است. طراحی، تدبیر و اجرای برنامه‌های توسعه دربعد بهداشتی، بیش ازهر چیز به زیربنا و ساختار تئوریک و روشن‌شدن دیدگاه‌ها پیرامون مفاهیم اصولی چون سلامت نیازمند است.

دست‌اندرکاران امور بهداشتی باید نوجوانان را به منزله هدف اصلی مداخلات و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی خود قرار دهند[۱]. کشور ما با داشتن سرمایه‌های عظیمی از نوجوانان، نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق و توجه به سلامت و رشد آنان است.

نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی محسوب می‌شود. با این حال غالباً، نوجوانی را دوره سلامتی می‌پندارند و نوجوانان با همین پیش‌فرض از خدمات مراقبتی پیشگیری بی‌بهره مانده‌اند. در جدال کسب استقلال و عدم وابستگی که از ویژگی‌های نوجوانی است، نوجوانان بسیاری ازرفتارهای پرخطر (مثل مصرف الکل و مخدرها و نیز فعالیت‌های جنسی زودرس و غیرایمن) را تجربه می‌کنند[۲]. رفتارهای پر خطر بهداشتی منجر به بیماری‌هایی مثل بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی و نیز خشونت گرچه قابل پیشگیری هستند اما هنوز از مشکلات جدی نوجوانی به‌شمار می‌روند. دلیل دیگر اهمیت سلامت نوجوانی آن است که رفتارهای بزرگسالی در نوجوانی تثبیت می‌شوند[۳].

عوامل مؤثر مثبت و منفی گوناگونی برای سلامت ذکر شده است. برخورداری از خوراک، پوشاک، شرایط محیطی مناسب، امنیت و آموزش، برخورداری از هنجارها درمراحل مختلف زندگی متناسب با شرایط و در ابعادی گسترده‌تر، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز ازملزومات سلامت انگاشته شده‌اند [۴]. در مجموع، توجه به ابعاد مختلف روحی، عاطفی، حرفه‌ای، سیاسی، فلسفی، فرهنگی، اقتصادی، زیست‌محیطی، تغذیه‌ای، آموزشی و ابعاد دیگری که به فراخورشرایط تغییرمی‌کنند نیز در نیل به سلامتی لازم هستند[۵، ۶].

مراقبت‌های موفق بهداشتی در گرو درک ماهیت انسان، تجارب زندگی، عقاید و نظرات نوجوانان است[۷] از این رو باید درک بهتری از دیدگاه‌های روانی اجتماعی نوجوانان داشت[۸]. گرچه تحقیقات کمی می توانند وقایع و شرایط و روابط علیتی را به خوبی توضیح دهند اما از خلق داده‌های غنی که حاصل درک پدیده در شرایط طبیعی باشد ناتوانند[۹]. پژوهش‌های کیفی، مشکلاتی را که مطالعات کمی برطرف نمی‌کنند، روشن می‌سازند و با حضور در محیط طبیعی برای تفسیر پدیده‌ها و درک و تفسیر شرایط طبیعی زندگی مردم می‌کوشند. درست همان طور که خود مردم آن را درک می‌کنند[۱۰]. درک عمیق و جامع چرایی و چگونگی پدیده‌ها نیز رسالت پژوهش کیفی است[۷].

پژوهش کیفی حاضر با هدف درک نظرات نوجوانان پیرامون تمهیدات و تهدیدات سلامت، با توجه به گستردگی جمعیت نوجوانان در هرم جمعیتی کشور ایران، اهمیت سلامت نوجوانی در وضعیت سلامت سنین بعدی [۱۱]، تغییرات زیستی و اجتماعی گسترده در بین نوجوانان و نسل پیشین [۱۲]، آسیب پذیری نوجوانان و اهمیت شناخت عوامل و موانع سلامت ونیز توانمندی‌های پژوهش‌های کیفی در درک آرا وعقاید و رفتارهای خطرساز نوجوانان [۷] انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع آنالیزدرونمایه‌ای (Thematic Analysis) است. دراین روش متن مصاحبه‌ها چندین بار مرور می‌شود تا به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده و معنی‌دار(تم یا درونمایه) شکسته شوند. سپس این کلمات مرور می‌شوند تا مرکزیتی در بین آنها یافته و برهمین اساس طبقه بندی گردند. حرکات قیاسی و استقرایی بین متون اولیه و طبقات نهایی چندین بارتکرار می‌شود تا درنهایت به ثبات قابل قبول و احساس رضایت مشترک بین محققین و پژوهشگران در باره آنچه داده‌ها می‌گویند برسند. مشارکت کنندگان نیز با نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. دراین نمونه گیری محقق کاملاً هدفمند به سراغ کسانی می‌رود که واجد اطلاعات خاص مورد نیاز او هستند.

در این پژوهش نوجوانانی که سالم (فقدان بیماری در زمان انجام پژوهش) ومایل بوده‌اند تجارب غنی و احساسات عمیق خود را پیرامون سلامت نوجوانان، با پژوهشگر و سایر نوجوانان (در مصاحبه‌های گروهی) به بحث بگذارند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز مصاحبه‌ها به‌صورت عمیق، باز و نیمه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

ساختاریافته مورد استفاده قرارگرفتند، زیرا این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است. همچنین تعدادی سؤال کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شدند که پاسخ‌های باز و تفسیری داشته و پاسخ نمونه‌ها، روند آن را هدایت می‌کرد.

کلیه مکالمات برروی نوار صوتی، ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره گیری در زمان دلخواه و بعضی تعهدات اخلاقی دیگر نیزرعایت شد.

اطلاعات فردی چون سن، جنس، پایه تحصیلی و شغل نیز علاوه بر سؤالات پیرامون عوامل مؤثر بر سلامت مطرح شدند. مدت مصاحبه‌ها از نیم تا سه ساعت و از جلسات فردی تا گروهی (۵-۳ نفر) متغیر بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح اشباع اطلاعاتی (Data Saturation) ادامه یافت که بر همین اساس ۵۲ نوجوان تهرانی ۱۹- ۱۰ ساله تا رسیدن به داده‌های تکراری مورد مصاحبه قرار گرفتند.

محیط پژوهش، متناسب با پژوهش کیفی، واقعی و طبیعی بوده وکلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر، نخست با توجه به ویژگی‌های ارتباط با نوجوانان و مهارت‌های مصاحبه در مکان‌هایی که نوجوانان در دسترس بوده‌اند و مطابق خواست آنان در مدارس، منازل، فرهنگسراها و پارک‌ها انجام شده است.

جهت عینیت پذیری (Confirmability) داده‌ها (مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی) از روش‌های زیر استفاده شده است:

- مقبولیت پژوهشگر(Researcher Credibility)
- بررسی و مشاهده مداوم (Prolonged Engagement & Persistent observation) و تخصیص زمان کافی و حسن ارتباط
- استفاده از تلفیق زمانی درتحقیق (Triangulation): بررسی در زمان‌های مداوم و امکان بازخورد به داده‌ها
- بازنگری ناظرین (External Check)، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer Debriefing) و مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (Member Check)
- جست و جو برای یافتن شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی (Searching for Disconfirming Evidences) [۱۳].

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نوجوانان مورد بررسی در جدول نشان داده شده است.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان مورد بررسی

	فراوانی	
	مطلق	نسبی (درصد)
جنس		
دختر	۲۶	۵۰
پسر	۲۶	۵۰
گروه‌های سنی		
۱۳-۱۱	۸	۱۵
۱۶-۱۴	۱۴	۲۷
۱۹-۱۷	۳۰	۵۸
پایه تحصیلی		
راهنمایی	۱۹	۳۶
دبیرستان	۲۴	۴۶
دانشگاه	۵	۱۰
سایر موارد	۴	۸
جمع	۵۲	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

همچنین ازتجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌ها پیرامون نظرات نوجوانان در مورد عوامل مؤثر بر سلامت، درون‌مایه‌های (Themes) زیر به دست آمد که موارد جزیی آن در زیر وشرح تفصیلی آن در قسمت بحث خواهد آمد.

نوجوانان عوامل مثبت مؤثر بر سلامت را در شش گروه فرعی زیر بر شمرده‌اند که هر یک زیر گروه‌هایی را نیز شامل می‌شود: آنان، درون‌مایه‌های فرعی زیر را تحت عنوان جامعه سالم بیان نموده‌اند:

جامعه آگاه، دارای نظم و حقوق معین اجتماعی و همچنین برخورداری از رفاه اجتماعی وامکانات فرهنگی مانند ورزش، موسیقی، زبان، شعر و ادبیات، سینما و برنامه‌های متنوع و جاذب تلویزیونی. امکانات آموزشی (همچون برخورداری از امکان ادامه تحصیل، داشتن معلمین شایسته و تجهیزات آموزشی) نیز به عنوان پیش شرط سلامت ذکر شده است.

همچنین نوجوانان با بیان ارتباطات مطلوب به‌عنوان یک گروه مستقل، نکات زیر را به عنوان عوامل مثبت مؤثر بر سلامت، بیان نموده‌اند: برخورداری از روابط سالم اجتماعی و نیز داشتن دوستان خوب همجنس و غیرهمجنس.

در ارتباط با سلامت روان به این درون‌مایه‌های فرعی اشاره نموده‌اند: امنیت خاطر، تفکرصحیح، خواست فعالانه سلامت، تزکیه نفس، اراده، هوشیاری، تکامل، عزم سلامت، عدالت، احساس سود مندی و تلقین مثبت.

همچنین آینده مطلوب را ازعوامل زمینه‌ساز سلامت دانسته و زیر گروه‌های اشتغال، برنامه ریزی و داشتن الگو را با آن ملازم دانسته‌اند. از طرفی سلامت جسمی را با درون‌مایه‌های فرعی تغذیه سالم، فقدان بیماری، آگاهی جنسی کافی و عملکرد جنسی سالم پیش‌شرط سلامت خوانده‌اند. ضمن آن که داشتن خانواده خوب نیزبه عنوان تمهیدی برای سلامت ذکر شده است.

و اما تهدیدات سلامت از نگاه نوجوانان دربر گیرنده این هفت طبقه فرعی بوده است:

- بیکاری ونداشتن سرگرمی مناسب (گران و اندک بودن تفریحات مطلوب و دلخواه)
- جامعه ناسالم با زیرگروه‌های رواج سیگار، الکل، مخدرها، فیلم‌های مبتذل و پارک‌ها و مکان‌های عمومی آلوده به آنها
- محدودیت، با طبقات فرعی فقدان حاکمیت قانون، قوانین دست و پاگیر و محدودیت‌های بی‌دلیل اجتماعی
- ارتباطات ناسالم شامل برقراری ارتباط با دوستان ناسالم و یا داشتن روابط ناسالم با دوستان غیر همجنس
- فقدان سلامت روان با تأکید برافسردگی و انحرافات جنسی
- مدارس نا مطلوب شامل سخت‌گیری‌های غیر منطقی در مدارس و امکانات ناکافی آموزشی
- اختلافات خانوادگی

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر نوجوانان، جامعه سالم را مهم‌ترین عامل سلامت و فقدان آن را مهم‌ترین مانع سلامت ذکر نموده‌اند. توجه به این نکته نیز حایز اهمیت است که افزایش قدرت درک انتزاعی نوجوانان و تمایلات زیبایی‌شناختی آنها، رشد اجتماعی، اشراف بر زمان، شناخت جهان خارج، احساس عمیق‌تر نسبت به اخلاق و مذهب، تمایل به سیاست و جهان بینی در این دوره از مهمترین ابعاد تکامل شناختی است[۱۴]. بنابر این در حالی که نوجوانان به فراخور تکامل طبیعی خود به جامعه‌ای سالم نیازمندند، در اولین ورود مستقل خود به قلمرو گسترده اجتماع، با واقعیت‌های غیر منتظره‌ای روبرو می‌گردند. شاید این فرمایش حضرت امیرعلیه‌السلام که فرزندانتان را مناسب زمان خود آن‌ها تربیت کنید، راهی برای تأمین سلامت آن‌ها در این گذر باشد.

در پژوهشی پدیدارشناسانه نیز، محققین بر رفاه و تأمین اجتماعی در نیل به سلامت تأکید نموده‌اند[۱۵]. سلامت در مدل سازگاری به مفهوم تطابق و سازگاری با شرایط[۱۶] وتأمین نیازهای روانی فرد و جامعه است، هر چند گاه تطابق با شرایط را به معنی نظم اجتماعی بیان می‌کنند[۱۷].

سایر پژوهش‌ها نیز وضعیت اقتصادی و اجتماعی را یکی از معیارهای سلامت نوجوانان [۱۸] و لذا مداخلات اقتصادی-فرهنگی را برای ارتقای سلامت، ضروری [۱۹] و دارای نقشی بسیار مهم و فزاینده دانسته‌اند[۲۰]. تبعیض‌های اقتصادی در نوجوانی می‌تواند در سلامت بزرگسالی نیز پیامدهای نامطلوبی داشته باشد[۲۱]. شاید به همین دلیل است که فقر را بزرگ‌ترین خطر سلامت نوجوانان خوانده‌اند[۲]. اعلامیه جهانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

حقوق بشر، حق سلامت و رفاه با برخورداری از خوراک، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های بهداشتی را از حقوق اولیه انسانی ذکر کرده است[۲۲]. به این ترتیب، تأمین رفاه اجتماعی و اقتصادی و کاهش فاصله طبقاتی می‌تواند پیش‌شرط سلامت نوجوانان و در نتیجه تضمین کننده آینده‌ای سالم باشد.

نوجوانان مورد بررسی بر اهمیت تأثیر امکانات آموزشی و فرهنگی بر سلامت تأکید نموده‌اند. پسران نوجوان آمریکایی نیز به نقش تماشای تلویزیون، بازی، موسیقی و رایانه و اینترنت در کاهش اضطراب خود اشاره نموده‌اند[۲۳]. نوجوانان فنلاندی که ورزش می‌کرده‌اند احساس سلامت بیشتری داشته‌اند. همچنین افزایش فعالیت جسمانی با رضایت از مدرسه و احساس شادی نسبت مستقیم داشته است[۲۴]. نوجوانان آمریکایی و چینی نیز تنش‌های زیادی را در زمینه مسایل مدرسه تجربه کرده و آزمون‌ها، رقابت با همکلاسی‌ها، تکالیف زیاد منزل، توقعات فزاینده والدین و انتظارات ومقررات مدرسه را ازمهم‌ترین عوامل تنش‌زای زندگی خود گزارش نموده‌اند[۳۰، ۳۱].

از طرفی هنر، ادبیات و مذهب می‌توانند در تأمین سلامت نوجوانان نقش مهمی داشته باشند، همانگونه که خود نوجوانان نیز به آن اشاره نموده‌اند. اگر چه به نظر می‌رسد هنوز روش‌ها و ابزارهای مناسبی که بین این مفاهیم و نوجوانان پیوند برقرار کنند به خوبی طراحی، تثبیت و یا به‌کارگیری نشده است.

آگاهی معلمین و مدیران از تغییرات نوجوانی می‌تواند مدارس را در راستای اهداف تعلیم و تربیت و سلامت نوجوانان هدایت نماید. مشارکت نوجوانان در امور مدرسه و فعال‌سازی مجالس دانش‌آموزی نیز می‌تواند درپرورش اجتماعی و احساس سلامت آنان موثر باشد.

از سوی دیگر در مطالعه حاضر ارتباطات سالم به عنوان تمهیدی برای سلامت و انواع غیر سالم آن تهدید کننده سلامت ذکر شده و نوجوانان تأثیرعمیق دوستان همجنس و غیر همجنس را بر سلامت خود مورد تأکید قرار داده‌اند. متون و تحقیقات موجود در زمینه دوران نوجوانی نیزجملگی، پیوستن به گروه همسالان و جدایی بیشتر از خانواده را از ویژگی‌های نوجوانی خوانده‌اند.

نوجوانان دوستان خود را سنگ صبور و مؤثرترین کسانی دانسته‌اند که به آنان کمک می‌کنند[۲۷، ۲۸]. درصورتی که استقلال ازخانواده و ارتباط با دوستان، چندان هم سالم و امن نیست و می‌تواند منشأ مجموعه‌ای از رفتارهای خطرساز (مثل نبستن کمربند ایمنی در هنگام رانندگی، مصرف سیگار و الکل) باشد. بررسی‌های انجام شده در دوازده کشور جهان افزایش میزان حوادث در هنگام حضور نوجوانان در گروه همسالان را نشان داده‌اند[۲۹].

همچنین نکته قابل توجه در اظهارات نوجوانان تأکید بر آثار مثبت و منفی و البته عمیق دوستان غیر همجنس بر سلامت است. حفظ مرزهای سنتی با وجود ویژگی‌های طبیعی و تغییرات جنسی در نوجوانی به همراه ارتباطات باز و گسترده امروزی و دسترسی به ماهواره و اینترنت دشواراست. بنابراین طراحی مرزهای روشن و ارایه آموزش‌های لازم در زمینه ارتباطات سالم با دوستان غیر همجنس می‌تواند از دشواری‌های بعدی چون رواج میهمانی‌های مبتذل و انتقال بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی که نوجوانان مورد مطالعه به آن اشاره نموده‌اند، پیشگیری کند.

ویژگی‌های فرهنگی و قیود اخلاقی و دینی تا حدود زیادی موجب کنترل و همچنین مانع گسترش و آشکاری پیامدهای سوء پدیده ارتباطات با دوستان غیرهمجنس درجامعه ما می‌شود. به گونه‌ای که خوشبختانه هنوز تفاوت‌های مثبت آشکاری با سایر جوامع موجود است. ولی به‌هرحال نوجوانان به دلیل فعالیت‌های جنسی زودرس می‌توانند در معرض پیامدهای نامطلوبی قرار گیرند[۱۲].

بیشتر نوجوانان آمریکایی در طی دوره دبیرستان بیش ازیک شریک جنسی را تجربه نموده‌اند[۳۰] ودر نتیجه بروز بیماری‌های منتقله از راه تماس در بین نوجوانان ۲۱-۱۳ ساله چشمگیر است[۳۱]. نوجوانان استرالیایی در یک پژوهش کیفی در زمینه سلامت جنسی، بیماری‌های جنسی و پیشگیری ازبارداری را از مهم‌ترین نیازهای آموزشی خود ذکر کرده‌اند[۳]. نوجوانان انگلیسی نیز مهم‌ترین مشکلات بهداشتی خود را سیگار، الکل، مخدرها و همچنین بارداری ناخواسته دانسته‌اند [۳۲]. بر همین اساس رفتارهای جنسی ناسالم از مهم ترین عوامل خطر دوره نوجوانی برآورد شده [۱۱] و بسیاری ازهدف‌های سازمان جهانی بهداشت به ایمنی جنسی باز می‌گردد[۲].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

نوجوانان مورد بررسی بر ضرورت آموزش جنسی در تأمین عملکرد جنسی سالم خود تأکید نموده‌اند. در صورت ساده‌انگاری این نیازهای آموزشی و عدم اصلاح و تعدیل زمینه‌های پاسخ به نیازهایی از این دست در آینده با مشکلات جدی بهداشتی روبرو خواهیم بود.

آینده ودشواری‌های مربوط به برنامه‌ریزی، داشتن الگو و اشتغال نیز از عوامل مؤثر بر سلامت ذکر شده است. گرچه با توجه به بعضی تغییرات تکاملی طبیعی نوجوانان از جمله هویت‌یابی و استقلال و آرمان گرایی، این نگرانی‌ها کاملاً عادی هستند، اما زمانی که نوجوانان این چالش‌های ذهنی مربوط به اشتغال و آینده مبهم را از موانع سلامت روانی خود ذکر می‌کنند، دقت و درایتی بیشتردرموضوع اشتغال وسلامت نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. به‌ویژه آن که نوجوانان اشتغال را عامل استقلال و نیزمانع روی آوردن به الکل، سیگار و دوستی‌های غیر همجنس برشمرده‌اند.

اشتغال با بسیاری از فرصت‌های یادگیری، خودساختگی و ارتباطات در نوجوانان همراه است که اهمیت ویژه‌ای برای آنان دارد و نوجوانان بی‌کار سطح سلامت روانی نازل‌تری نسبت به همتایان شاغل خود دارند. اهمیت اشتغال برای پسران بسیار جدی‌ترازدختران است. لذا توجهات خاص و برنامه‌ریزی در این زمینه در تأمین سلامت نوجوانان بسیار مؤثر خواهد بود. گرچه در جریان برنامه‌های زمان بندی شده توسعه و به طور ضربتی در قالب طرح‌های خوداشتغالی و غیره اقدامات شایانی نیز انجام شده است.

نوجوانان همچنین خانواده سالم را در زمره ضروریات و اختلافات خانوادگی را از تهدیدات سلامت ذکر نموده‌اند. با توجه به تغییرات اجتماعی مانند چندشغله بودن والدین، اشتغال مادران و نیز عدم صرف زمان کافی برای فرزندان درخانواده‌ها، ا نتظار می‌رود که موضوع خانواده برای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار باشد.

با در نظر گرفتن این موضوع که والدین معمولاً عوامل خطر دوره نوجوانی را نمی‌شناسند و دانش و مهارت لازم برای پیشگیری از مشکلات نوجوانی را ندارند [۱۲]، تبیین مجدد مرزها بین والدین و نوجوانان در خانواده‌هایی که فرزند نوجوان دارند ضروری است. مرزها باید بازتر شوند، بدون این که کاملاً از بین بروند. استقلال طلبی و لذت جویی نوجوانان موجبات نگرانی بسیاری از والدین را فراهم می‌کنند و گاه حتی یکپارچگی خانواده را نیز به مخاطره می‌اندازند. تغییرات جسمی به‌ویژه اگر غیر منتظره باشند نیز مزید بر علت هستند[۱۴]. هویت یابی یکی دیگرازچالش‌های رویاروی نوجوانان است. برخی والدین، با تحمیل آینده به فرزندان نوجوان خود مانع تکامل هویت آنها می گردند[۳۳]. به‌هر حال والدین در کاهش رفتارهای خطرساز نوجوانان و ارتقای سلامت آنان مؤثرند.

یکی از زمینه‌های اساسی آسیب‌پذیری‌های نوجوانان سلامت روانی است. همانگونه که مشارکت کنندگان در این پژوهش اظهار کرده‌اند برخورداری از امنیت خاطر، تفکرصحیح، خواست فعالانه سلامت و تزکیه نفس درتأمین سلامت مؤثر بوده و افسردگی و انحرافات جنسی مانع آن هستند. ویژگی‌های دوره نوجوانی و نیز جامعه در حال گذار که اصالت‌های قبلی خود را از دست داده و هنوز به ثبات مطلوبی نرسیده است و نیز ازدیاد جمعیت ومشکل اشتغال، نگرانی‌های نوجوانان در مورد سلامت روان را قابل انتظار می‌سازد.

۱۷ درصد از نوجوانان فنلاندی مورد بررسی سردردهای شدید و اختلالات خواب را گزارش نموده‌اند[۳۵]. میزان شیوع مشکلات رفتاری و عاطفی بین نوجوانان غربی، ۱۶ و در بین نوجوانان چینی ۲۵- ۸ درصد گزارش شده [۲۶]. اضطراب، افسردگی و حتی اقدام به خودکشی در بین این نوجوانان رایج است[۳۰]. همچنین خودکشی و بیماری‌های روانی در نوجوانان دارای مشکلات خانوادگی بیشترمی‌شود[۳۴].

اهمیت بعد روان را، همچنین در پژوهش‌های کیفی که در زمینه سلامت انجام شده‌اند می‌توان مشاهده نمود. بالاس در پژوهشی ماهیت سلامت از دیدگاه زنان سعودی را بررسی کرده و طی آن مشخص نموده است که بیشتردغدغه‌ها به قلمرو سلامت روانی باز می‌گردند. مشارکت کنندگان سلامت را در برخورداری ازآرامش، راحتی، تعادل بین بیرون و درون بدن، انجام آیین‌های عبادی، شادبودن، لذت بردن از زندگی، منطقی بودن، هدفمندی وسازگاری در زندگی دانسته‌اند[۳۵]. سلامت روانی، جایگاه ویژه‌ای در زندگی نوجوانان دارد چرا که هرقدر عوامل تنش‌زا در نوجوانی بیشتر باشد، تعهد و هویت نوجوانان تضعیف خواهد شد[۳۶]. داشتن مهارت‌های بهداشت روانی (از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

جمله حل مسأله و شیوه‌های سازگاری) و افزایش حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز می‌تواند به سلامت روانی نوجوانان وافزایش کیفیت زندگی درسنین بزرگسالی بیانجامد[۳۷، ۳۸].

نوجوانان در پژوهش حاضر، سلامت جسمی را نیز با ذکر اهمیت تغذیه سالم در آن مورد توجه قرار داده‌اند، هرچند رتبه اهمیت و تعداد درون‌مایه‌های استخراج شده، آن را در رده‌های پایین‌تر و بعد از سلامت روانی، ارتباطات، اشتغال، سلامت جامعه و اهمیت مدرسه قرار می‌دهد. البته تقدم درون‌مایه‌های مربوط به سلامت روانی- اجتماعی بر بعد جسمی با توجه به شرایط اجتماعی موجود و ویژگی‌های دوره گذار و بحران جهانی شدن، غیر قابل انتظار نیست که در بخش‌های پیشین نیز به آن اشاره شد. به نظر می‌رسد آمادگی برای تغییرات چشمگیر جسمی دوره نوجوانی می‌تواند نگرانی‌های نوجوانان را در زمینه سلامت جسمی کاهش دهد.

با توجه به مطالب بیان شده می‌توان اظهار نمود شناخت تغییرات تکاملی و آسیب‌پذیری‌ها و استفاده از پژوهش‌های کیفی برای درک دوران نوجوانی از دیدگاه خود آنان وتأمین داده‌های مستند و گسترش دانش پیرامون عوامل مؤثر بر سلامت نوجوانان ضروریست. همچنین تربیت و آموزش کادر بهداشتی، خانواده‌ها و نوجوانان به گونه‌ای که در تأمین سلامت خود مشارکت فعالانه داشته باشند و نیز برآورد و تأمین نیازهای آموزشی این دوره گذار، اولویت مهم مراقبت‌های بهداشتی در این دوره است.

اهمیت شناخت عوامل فرهنگی، آثار جهانی شدن و تغییرات اجتماعی عصر ما برای درک عمیق و سپس تسلط بر شرایط موجود برای حفظ و ارتقای سلامت خانواده‌ها و نوجوانان غیر قابل انکار است. تلاش بین رشته‌ای و ارتباط هماهنگ بخش‌های فرهنگ، بهداشت، صنعت و اقتصاد در این زمینه لازم است. ضمن آن که مشارکت‌های والدین، مدرسه، گروه همسالان، باشگاه‌ها و سایر مراکز درگیر در امور نوجوانان مفید خواهد بود.

همچنین تقویت همکاری‌های بین بخشی به‌ویژه بین صداو سیما، اقتصاد، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان، جلب مشارکت نوجوانان و اولیا در طراحی راهبردهای ویژه ارتقای سلامت و نیز افزایش توانمندی‌ها و صلاحیت اولیای امور اعم از والدین و معلمین و مربیان پرورشی لازم است.

تشکر و قدردانی

به این وسیله اززحمات کلیه نوجوانان عزیزی که این پژوهش بدون همکاری آنان میسر نبود قدردانی می‌گردد. از خداوند متعال توفیق روزافزون یکایک آنان را خواستاریم. همچنین حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ازاجرای این پژوهش ستودنی است.

منابع

1-Spear Hila, Kulbok. Adolescent health behaviors and related factors :a review study. Public Health Nursing 2001; 18: 82-93

2-Mc Ewen M. Community Health nursing .2 nd Edition, Saundberg Co: Philadelphia, 2002

3-Schuster M, Eastman K, Fielding J. Promoting Adolescent Health: Worksite-Based Interventions with parents of Adolescents. Journal of Public Health Management Practice 2001, 7, 41-52

4-Yarcheski A, Mahon N, yarcheski T. Anger in Early Adolescent Boys and Girls with Manifestations. Nursing Research 2002, 51, 229-36

5-Parker H, Aldridge J, Measham F. Illegal Leisure: the normalization of adolescents recreational drug use /understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. Contemporary drug problems 2001; 28, 179-92

6-Chinn P. Developing Substance. 1st Edition, Aspen Pub: Maryland: 1994

7-Rich M, Ginsburg K. The reason and rhyme of qualitative research .Journal of Adolescents Health 1999; 25: 371-78

8-Honig J. Perceived Health Status in Urban Minority Young Adolescents. The American Journal of Maternal/Child Nursing 2002; 27, 233-7

9-Sheldon L. Grounded Theory: issues for research in nursing. Nursing Standard 1998; 52, 16-22

10-Tsianakas V, liamputtong P. What women from an Islamic background in Australia say about carre in pregnancy and prenatal testing? Midwifery 2002; 18:25-34

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]

11-World health Organization. World health report. Geneva: WHO Pub, 2002: 68-80
12-Senderowitz J. Adolescent Health. 1st Edition, World Bank: Washington, 1995
۱۳- صلصالی مهوش، پرویزی سرور، ادیب محسن، روش‌های تحقیق کیفی، چاپ اول، بشری، تهران، ۱۳۸۲
14-Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. 1st Edition, Lippincott: Philadelphia, 2002
15-Emami A, Benner P, Ekman SL. Asociocultural Health Model for Late-in-Life Immigrants. Journal of Tran cultural Nursing 2001; 1: 15-24
16-Beck CT. Undergraduate nursing students lived experience of health: a phenomenological study. Journal of Nursing Education 1991; 8: 371-5
17-Procter S. Caring for Health. 1st Edition, Macmillan: London, 2000
18-Reiff M. Adolescent mental health and behavior. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 2002; 23: 390-92
19-Sohng KY, Sohng S, Yeom H. Health-promoting behaviors of early Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing 2002; 19: 294-300
20-Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. Nursing Standard 1998; 12: 47-50
21-Glendinning A, Hendry L, Shuck S J. Lifestyle, health and social class in adolescence. Social Science in Medicine 1995; 41: 235-48
22-Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing. 2nd Edition, Mosby: UK, 1998
23-Henker B, Whalen C, Jammer L. Anxiety, affect and activity in teenagers: monitoring daily life with electronic diaries. Child and Adolescent Psychiatry 2002; 41: 660-70
24-Katja R, Paivi K, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction. The Journal of School Health 2002; 72: 242-49
25-De anda D, Baroni S, Boskin L.Stress, stressors and coping among high school students. Children and Health Services Review 2000; 22: 441-63
26-Liu X, Sun Z, Neiderhisher J. Behavioral and emotional problems in Chinese adolescents: parent and teacher reports. Child and Adolescent Psychiatry 2001; 40: 828-36
27-Mc feely S. Youth people's pathway to smoking cessation. Nursing Standard 2001; 16: 39-42
28-Hyde A, Treacy M, Boland J. Alcohol consumption among 11-16 year olds. Nursing and Health Sciences 2001; 3: 237-45
29-Pickett W, Schmid H, Boyce W.Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2002; 8: 786-99
30-Grunbaum A, Kann L, Kinchen A. Youth Risk Behavior Surveillance. Surveillance Summaries , www.cdc.gov/mmwr. 2001; 51: 1-64
31-Hunt R. Community-Based Nursing. 1st Edition, Lippincott: Philadelphia, 2001
32-Reiff M. Adolescent Mental Health Behavior. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 2002; 23: 390-91
33-Micucci J. The Adolescent in Family Therapy. 1st Edition, Guilford Co: New York,1998
34-Sawyer MG, Kowsky RJ. Mental health promotion for young people: a proposal for a tripartite approach. Journal of Pediatrics and Child Health 1996; 32: 368-70
35-Ballas E. Health meaning of Saudi women. Journal of Advanced Nursing 1995; 21: 853-7
36-Glendinning A, Hendry L, Shuncksmith J. Lifestyle health and social class in adolescece. Social Science in Medicine 1995; 41: 235-48
37-Piko B. Social support and health in adolescence: a factor analysis study. British Journal of Health Psychology 1998; 4: 333-42
38-De Goede M, Iedema J, Meeus W. How Do vocational and relationship stressors and identity formation affect adolescent mental health? Journal of Adolescent Health 1999; 25: 14-20

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.1.6]