

از هویت تا سلامت : تبیین تئوریک مفهوم سلامتی از دیدگاه نوجوانان

نویسندگان: دکتر سرور پرویزی^۱، دکتر فضل اله
احمدی^۲، دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۳

خلاصه

سلامت نوجوانان پیش شرط سلامت و توسعه آینده بشریت است و هرگونه تلاش برای ارتقاء آن بدون توجه به آراء نوجوانان ناقص خواهد بود. کارکنان بهداشتی با درک دیدگاههای گیرندگان خدمات بهداشتی می توانند خدمات جامع تری که مبتنی بر مراجع (مشتری) محوری باشد را ارائه دهند. هدف این پژوهش تبیین تئوریک نظرات نوجوانان در زمینه مفهوم سلامت بوده است.

این پژوهش کیفی و از نوع گراند تئوری بوده است. طی آن نوجوانان مورد مصاحبه های باز نیمه ساختار یافته (گروهی و فردی) قرار گرفته اند. هویت متغیر مرکزی و دارای مرجعیت و محوریت لازم در بین داده ها می باشد که بر طی روند تجزیه و تحلیل آشکار شده است. هویت تحت تاثیر سلامت با اجزایی هفت گانه است. ارتباط بین هفت متغیر رفاه و تفریحات، آینده مطلوب، فقدان عوامل ناسالم در جامعه، عدم محدودیت، خانواده، دوستی و ارتباطات و آموزش ارتباطی باز و دو طرفه است. این مرزهای باز و ارتباطات بین مفاهیم نشانگر مفهومی یکپارچه است که سلامت نوجوان (با تمام ابعاد و جوانب جسمی و روحی) را تحت تاثیر قرار خواهد داد.

هویت، محوریت سلامت نوجوان و تحت تاثیر مجموعه عواملی است که بر سلامت نیز موثرند. تامین سلامت نوجوان در گرو تشکیل هویت مطلوب است. سلامت نوجوانان در گرو تامین رفاه و تفریحات، آینده مطلوب، خانواده سالم، دوستی و ارتباطات مفید و آموزش موثر است. همچنین با حذف عوامل ناسالم از جامعه و عدم محدودیت می توان نوجوانان سالم تری داشت. نوجوانان به منزله ی آینده و فرداهایی که می توانند روشن و یا تیره باشند، همین امروز نیازمند تصمیم گیری و برنامه ریزی هایی مبتنی بر شواهد واقعی هستند که بخشی از آن ها در این پژوهش استخراج شده است.

کلید واژه: سلامت، نوجوان، هویت، پژوهش کیفی، گراند تئوری

مقدمه:

انسان های سالم محور توسعه ی پایدارند. بر همین اساس نیز در برنامه ی سوم توسعه نیز دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در ردیف حقوق شهروندی قلمداد شده و مورد تاکید قرار گرفته است (۱). پس درک و کشف معنای سلامت می تواند در بخشهای مختلف برنامه های توسعه موثر باشد. طراحی و

تدبیر و اجرای برنامه های توسعه، در بعد بهداشتی، بیش از هر چیز به زیر بنا و ساختار تئوریک و روشن شدن دیدگاهها پیرامون مفاهیم اصولی چون سلامت نیازمند است.

همچنین باید به این مطلب مهم توجه داشت که یک پنجم جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می دهند و ۸۵٪ از این جمعیت

۱- استادیار دستگاه علوم پزشکی ایران

۲- استادیار دانشگاه تربیت مدرس

۳- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اختصاصی باشد.

اساسا کسب هویت مستقل و ورود به دنیای اطراف نیز بر تکامل و تثبیت شخصیت نوجوانان بسیار موثر است (۳).

تلاش برای درک دیدگاه‌های نوجوانان پیرامون مفهوم بنیادین سلامت، تقدم پیشگیری بر درمان بویژه در سیاست‌گذاری‌های کلان، اهمیت سازه‌های تئوریک در برنامه‌های بهداشتی، تقویت مبانی دانش پرستاری و سایر علوم مربوط، جلب بازخورد از برنامه‌ریزی‌های بهداشتی آموزشی تربیتی پیشین، دستیابی برای داشتن دیدگاه‌ها پیرامون سلامت به عنوان پیش‌نیاز دستیابی به حقوق اولیه‌ی انسانی-شهروندی، اهمیت نوجوانان و کثرت آنان در هرم سنی جمعیت کشور آسیب‌پذیری‌های جدی و فزاینده‌ی نوجوانان در حال حاضر با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد پژوهش‌های کیفی محاسن و ضروریات این پژوهش است.

هدف این پژوهش تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه نوجوانان بوده است.

مواد و روش کار:

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع گراند تئوری (Grounded Theory) است، که مشارکت کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (متناسب با پژوهش کیفی) انتخاب و مورد مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن مناسب پژوهش‌های کیفی است. سوالات کلی و معدودی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده که پاسخ‌های باز و تفسیری داشته و پاسخ نمونه‌ها، روند آن را هدایت می‌کند. کلیه مکالمات بر روی نوار صوتی، ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در آنها رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و تعهدات اخلاقی رعایت شده است.

اطلاعات فردی چون سن، جنس، پایه تحصیلی و شغل نیز علاوه بر سوالات پیرامون عوامل و موانع سلامت مطرح شد،

۷۲ میلیاردی ساکن کشورهای در حال توسعه‌اند و سالانه یک میلیون نوجوان به علت حوادث، خودکشی، خشونت، عوارض مربوط به بیماری‌های قابل پیشگیری و درمان جان خود را از دست می‌دهند.

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، علت ۷۰٪ مرگ‌ها، رفتارهایی هستند که در نوجوانی ایجاد شده و قابل اصلاح هستند. سالانه هفت هزار نوجوان به ایدز آلوده می‌شوند. سیصد میلیون نوجوان سیگار استعمال می‌کنند که پانزده میلیون نفر از آنان در سنین بزرگسالی به دلیل عوارض استعمال سیگار فوت خواهند کرد. سالانه چهار میلیون نوجوان، دست به خودکشی می‌زنند که یک صد هزار مورد آنها منجر به مرگ می‌شود (۲).

بر اساس آخرین سرشماری سال ۱۳۷۵، نوجوانان ایران شانزده میلیون نفر بوده‌اند (۱) آمار مربوط به افسردگی نوجوانان ایران اصلا رضایت بخش نمی‌باشد: ۳۷٪ دانش‌آموزان دبیرستانی ایران افسرده‌اند (۳) و در تهران نیز وضعیت به مراتب بدتر است، ۶۵٪/۸ دختران و ۴۷٪/۶ پسران تهرانی افسرده‌اند (۴)، زودرنجی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در بیشتر نوجوانان به چشم می‌خورد و از آنجائیکه نه خانواده‌ی خسته و کم‌حوصله و نه اولیاء مشغول مدرسه، توجهی به ویژگی‌ها و خواست نوجوانان ندارند (۵) آمار جرایم دانش‌آموزان دبیرستانی بسیار بالا و از بی‌احترامی به قوانین مدرسه تا جرائم جدی و مهمی چون دزدی و اعتیاد، متغیر است (۶).

نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگیست و نوجوانان در پی این تغییرات گوناگونی، نیازهای متفاوتی نیز خواهند داشت (۷) پرستاران و سایر دست‌اندرکاران امور بهداشتی باید نوجوانان را به منزله هدف اصلی مداخلات و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی خود قرار دهند (۸).

از آنجائیکه شناخت هویت و نقش‌های اجتماعی در نوجوانی شروع می‌شود (۹) توجه به دیدگاه‌های نوجوانان و بررسی موشکافانه سلامت در این گروه می‌تواند بسیار مهم، حیاتی و زیربنایی باشد (۱۰). انسان‌ها علاقه‌مندند مورد احترام قرار بگیرند، شناخته شوند و تمام ارتباطات آنها با سایرین بر اساس این شناخت



سرور پرویزی و همکاران ...

بررسی مداوم (Prolonged Engagement) تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط؛ استفاده از تلفیق در تحقیق (Triangulation)؛ تلفیق زمانی (بررسی در زمانهای مداوم و امکان بازخورد به داده ها)؛ استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer Debriefing)، مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان (Member Check) (۱۱).

تجزیه و تحلیل داده ها:

تجزیه و تحلیل داده ها در گراند تئوری، همزمان با جمع آوری اطلاعات است. داده های جدید همزمان با تمام داده ها مقایسه می شود تا محوریت مطلوب در بین داده ها آشکار گردد. داده ها به دقت به کوچکترین اجزاء ممکن شکسته می شوند، تفاوت و تشابه ها مقایسه می گردد. طبقه بندی با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام می گیرد تا کدهای اصلی تولید شود این حرکات قیاسی و استقرایی مداوم بین طبقات با توجه به ویژگی ها و مختصات هر طبقه ادامه یافتند تا متغیرهای اصلی و نیز طبقه ی مرکزی که در بین آنها محوریت دارد انتخاب شود (۱۲). ایوز (۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل این مراحل را ذکر می کند که ضمناً در این پژوهش نیز مورد استفاده قرار گرفته و نمای این مراحل به ترتیب زیر است (۱۳):

یافته ها:

هویت محوری است می تواند مبنای سلامت نوجوان، به تمام معنای گسترده ی آن باشد. قابلیت تعمیم و برقراری ارتباط بین هویت با سایر طبقات لزوم منطقی متغیر مرکزی بودن آن را توجیه می کند. سلامت نوجوان تحت تاثیر هفت طبقه ی: رفاه و تفریحات، آینده، ضرورت حذف عوامل ناسالم از جامعه، عدم محدودیت، خانواده،

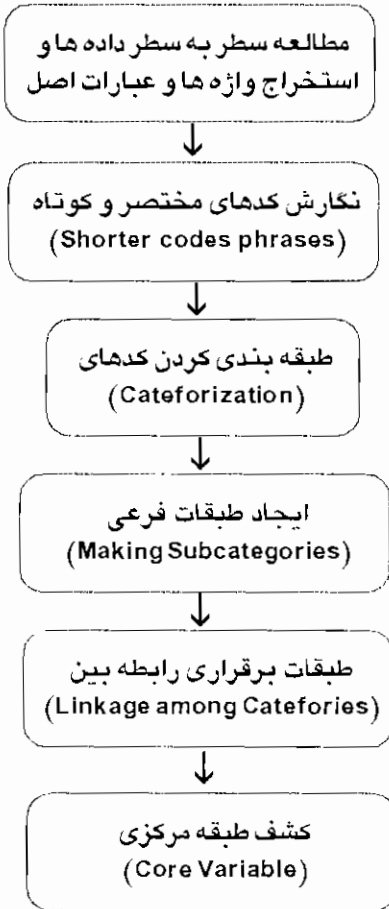
مدت مصاحبه ها از نیم تا سه ساعت و از جلسات فردی تا گروهی (۳-۵ نفر) متغیر بود. مصاحبه ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح اشباع اطلاعاتی (Data Saturation) ادامه یافت است که بر همین اساس ۵۲ نوجوان تهرانی ۱۰-۱۹ ساله تا رسیدن به داده های تکراری مورد مصاحبه قرار گرفته اند. نوجوان و سالم بودن (فقدان بیماری در زمان انجام پژوهش)، اولین معیار انتخاب نمونه ها بوده است. در مراحل بعدی، مصاحبه با نوجوانانی که مایل بوده اند تجارب غنی و احساسات عمیق خود را پیرامون سلامت نوجوانان، با پژوهشگر و سایر نوجوانان (در مصاحبه های گروهی) به بحث بگذارند ادامه یافته است. (این پرسش ها به عنوان راهنمای مصاحبه مورد استفاده بوده است: وقتی برای اولین بار به سلامتی

فکر می کنید، چه چیزی در ذهن شما تداعی میشود؟ نوجوانان چگونه سالم می مانند؟ چگونه سالم تر می شوند؟ فکر می کنید جامعه چقدر به سلامت نوجوانان اهمیت می دهد؟ خود نوجوانان چقدر؟ کمترین شرایط و امکانات لازم برای حفظ و ارتقاء سلامت نوجوانان چیست؟ داستان شرایطی را بگویند که احساس کرده اید در اوج سلامت و یا نا سلامتی بوده اید؟)

محیط پژوهش، متناسب با پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه ها توسط پژوهشگر نخست، با توجه به ویژگی های ارتباط با نوجوانان و مهارت های مصاحبه، در مکان هایی که نوجوانان در دسترس بوده اند و مطابق خواست آنان در مدارس، منازل، فرهنگسراها و پارک ها انجام شده است.

جهت افزایش عینیت پذیری (ability Confirm) داده ها که مشابه روایی و پایایی در پژوهش های کمی می باشد از روشهای زیر استفاده شده است:

نمودار تجزیه و تحلیل گراند تئوری



دوستی و ارتباطات و آموزش بوده و از آن‌ها تاثیر می‌پذیرد. به این ترتیب هویت، محور سلامت نوجوان و سلامت نوجوان نیز تحت تاثیر عوامل مختلفی است که به عنوان متغیرها یا طبقات اصلی هستند.

متغیرهای اصلی

۱- دوستی و ارتباطات یکی از متغیرهای اصلی سلامت نوجوانان بوده و کدهای زیادی را در بر گرفته است. ارتباطات گسترده تر و تاثیر پذیری از دوستان ضمن جدایی بیشتر از خانواده در دوره ی نوجوانی روی می‌دهد.

فرازهایی از بیانات مشارکت کنندگان در ذیل می‌آید:

«بعضی دوستان می‌تونند آدم رو از راه بدی که رفته برگردونند و بعضی هم آدم رو به راه‌های بد می‌کشونند. «پسر، ۱۴ ساله»
 ۳۵، رفیق‌ها خیلی تاثیر می‌ذارن روی آدم، مثلاً این سیگاریه اون هم سیگاری می‌کشه، این ورزشکاره اون هم ورزش می‌کنه، تازه بیشتر هم طرف بدی میرن. مثلاً توی جمعند، سیگاری می‌کشند و چیزای بدتر مثلاً مشروب می‌خورند، این هم برای اینکه جلوی اون‌ها کم نیاره، خودشو نشون بده می‌خوره. اگر این به طرف کار بدی دعوت بشه نمی‌تونه مقاومت کند. «پسر، ۱۳ ساله»
 نوجوانان دوستان خود را سنگ صبور و موثرترین کسانی دانسته‌اند که به آن‌ان کمک می‌کنند. هاشمیان (۱۳۷۹) در تحقیق خود بر این نکته تاکید نموده است که نوجوانان حتی بیماری‌های خود را با دوستانشان مطرح می‌نموده و از آن‌ان کمک می‌خواستند (۱۵). استقلال از خانواده و ارتباط با دوستان، چندان هم سالم و امن نیست و می‌تواند منشاء مجموعه‌ای از رفتارهای خطر ساز باشد. رفتارهای غیر ایمن چون نبستن کمر بند ایمنی و نیز رفتارهای خطر سازی چون مصرف سیگار و الکل در گروه همسالان تشدید می‌شود. بررسی‌های انجام شده در دوازده کشور جهان افزایش میزان حوادث در هنگام حضور نوجوانان در گروه همسالان را نشان داده‌اند (۱۶) همچنین میانگین طول مدت فرار در نوجوانانی که مشکلات خود را با دوستانشان مطرح می‌کنند بیش از آنهایی بوده که مشکلات خود

را با والدین در میان گذاشته‌اند (۱۵).

۲- آموزش یکی دیگر از مفاهیم اصلی این پژوهش بوده است. نوجوانان ساعات فعال بسیاری را در مدارس می‌گذرانند و آموزه‌های آنان در مدارس بخش عمده‌ای از آگاهی‌های آنان را تشکیل می‌دهد. از سوی دیگر مدارس می‌توانند زمینه ارتباطات گسترده تری را برای نوجوان فراهم آورند. نوجوانان می‌گویند:

«آموزش و پرورش همه چیز رو داغون می‌کنه. پسرارو که می‌گیرند تیبیه می‌کنند و کتک می‌زنند، دخترهارو هم شخصیتشون رو خرد می‌کنند. اینقدر چیزهای ضد و نقیض می‌بینی که همه ی اعتمادت رو از دست می‌دی، توی مدرسه می‌گن انتقاد کنید وقتی انتقاد می‌کنی اینقدر ناراحت میشن که حد ندارد.»
 «دختر، ۱۸ ساله»

«ما یه معلم عربی داشتیم خیلی باهامون صحبت می‌کرد، در باره ی خصوصیات سن بلوغ و این چیزها، بعد از حرف‌های اون من خیلی احساس آرامش می‌کردم. «پسر، ۱۶ ساله».

نظام آموزشی می‌تواند در زمینه‌های زیر بر سلامت نوجوانان موثر باشد: معرفی اعتیاد، رفتارهای سالم و اعتماد به نفس و ظرفیت مقاومت در مقابل اعتیاد، افزایش شانس ادامه تحصیل در شرایط دشوار، آموزش مهارت‌های حل مسئله، آموزش مهارت‌های اجتماعی در مدرسه و بایگگیری در طول تحصیل، تقویت همکاری‌های بین بخشی آموزش و بهداشت (۱۷).

۳- خانواده و عوامل مربوط به آن یکی از مفاهیم مورد تاکید نوجوانان در این پژوهش بوده است. به نظر می‌رسد چالش‌های عمیقی بین نوجوانان و خانواده‌ها موجود است.

«من با مامان و بابام دوستم، باهاشون رفاقت می‌کنم، حرفامو بهشون می‌زنم، اون‌ها هم منو راهنمایی می‌کنند؛ این خیلی کمکم می‌کند، چون اون‌ها تجربه دارن.» دختر، ۱۶ ساله. ۱۱

حتی‌گاه ارتباطات موثر والد-فرزندی معیار سلامت نوجوان ذکر شده است:

پژوهش
 ۳۰
 زمستان ۱۳۸۹ / شماره ۵۹

نشان داد که نوجوانان از طبقات اجتماعی متفاوت، رفتار والدین خود را تایید نمی کنند. ۳۲٪ پسران و ۳۰٪ دختران رفتار والدین خود را باور ندارند و در بررسی

دیگری نوجوانان اظهار نموده اند، علی رغم اینکه آن ها والدین خود را دوست دارند اما چون از جانب آنان درک نمی شوند اختلافات آغاز می گردد (۷)٪ ۸۰٪ والدین نیز فرزندان نوجوان خود را ناسازگار می دانند. ۷۶٪ دانش آموزان نیز ابراز نموده اند که والدین خود را دوست دارند ولی از جانب آنان مورد بی مهری واقع می شوند (۳).

همچنین مشکلات اقتصادی منشا بیشتر اختلافات خانوادگی از سوی نوجوانان مطرح شده است. بیش از ۸۰٪ نوجوانانی که سطح سلامت روان نازلی دارند گفته اند که از ابراز نظرات خود در خانواده محرومند. ۷۰٪ نوجوانان نیز تنهایی را به حضور والدین در خانه ترجیح داده اند (۱۹).

۴- عدم محدودیت به دلیل ظهور و شکوفایی ویژگی های استقلال طلبانه در نوجوانی برای نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد. "ما به آزادی احتیاج داریم، باید مستقل فکر کنیم، الان ماهفده ساله ایم و می توئیم بفهمیم که کجا بده، کجا خوبه، اما پدر و مادرها هنوز فکر می کنند ما بچه ایم." دختر، ۱۷ ساله

"محدودیت کم کم روی نوجوان ها تاثیر می گذارد، افسرده میشوند. من همیشه فکرمی کنم که اصلا چرا ما باید با این محدودیت ها کنار بیایم." دختر، ۱۸ ساله

تفاوت در دیدگاه های نوجوانان با اولیاء خانه و مدرسه ها بسیار زیاد است. این تفاوت ها که به دلیل ویژگی های دوره گذار و نیز استفاده از رسانه هایی چون رایانه و اینترنت و ماهواره نیز هست موجب می شود که نوجوانان بشدت احساس محدودیت کنند.

توجه به دیدگاه های نوجوانان و بررسی موشکافانه سلامت در این گروه می تواند بسیار مهم، حیاتی و زیربنایی باشد. امروزه تغییرات زیستی، فناوری، اجتماعی، اقتصادی، در زندگی نوجوانان روی داده است که فاصله آنان با بزرگترها را می توان به شکاف زیستی - اجتماعی تعبیر کرد (۱۰).

" نوجوان سالم کسیه که بتونه راحت باشد، با خانواده اش راحت حرف بزند." دختر، ۱۹ ساله

نقش والدین با تامین امنیت و آرامش در خانه بیشتر می شود؛ پدر و مادر باید محیط خانواده را طوری بسازند که وقتی فرزندان از مدرسه می آیند احساس کنند، که در محیطی امن و سالم قدم گذاشته اند. «پسر، ۱۹ ساله»

نوجوانان نمودهای متعددی از ارتباطات غیر موثر را به عنوان تجارب منفی و خاطرات دردناک خود ذکر نموده اند: "وقتی پدرت اشتباهت رو توضیح نمی ده، سرت داد میزنه، احساس می کنی سالم نیستی، دختر، ۱۸ ساله."

دیدگاه های نوجوانان و والدین با هم متفاوتند. نوجوانان تاثیر وجود والدین را خیلی کمتر از آن جایگاهی که والدین برای خود قائلند، فرض می کنند. در حالی که نوجوانان به استقلال خود اهمیت می دهند، برای والدین یکپارچگی خانواده مهم است. والدین و نوجوانان در زمینه های مسکن، قوانین و مقررات، زمان خواب و تغذیه و ربط با دوستان هم جنس و غیر همجنس با هم اختلاف دارند (۱۸).

برخی والدین، با تحمیل آینده به فرزندان نوجوانان مانع تکامل هویت او می گردند. بسیاری از شکست های تحصیلی و حرفه ای نوجوانان نیز، به همین دلیل است (۱۴). والدین معمولاً عوامل خطر دوره ی نوجوانی را نمی شناسند و دانش و مهارت لازم برای پیشگیری از مشکلات نوجوانی را ندارند (۱۰). بیشتر نوجوانان و والدین خود را آنچنانکه دلخواه آنان باشد نمی یابند و این برای والدین دتموار می نماید. نوجوانان نیز بین استقلال و تحت حمایتی والدین سرگردانند. این احساس استقلال طلبی گاه به تعارض در خانواده می انجامد (۱۷). فاصله گرفتن نوجوانان از خانواده موجب کنجکاوی والدین خواهد شد. کنترل نوجوان علاوه بر کنجکاوی در مورد دوستان و رفت و آمد ها به افزایش حساسیت نوجوانان و بدبینی متقابل بین نوجوان - خانواده می گردد. نوجوانان به استقلال و امنیت و والدین به کنترل بیشتر بر نوجوان نیازمندند (۱۴).

مطالعات انجام شده بر خانواده های شهروندان تهرانی

«پسر، ۱۴ ساله».

بزرگترین مشکل بهداشتی چند دهه گذشته، مصرف فزاینده سیگار، الکل و مخدرها بوده و در نوجوانان هوناک است (۲۳). گستردگی جهانی مصرف الکل، مخدرها و سیگار و داروهای روان گردان توسط نوجوانان هشدار دهنده است (۲۲). همه گیری استعمال سیگار به ویژه در دختران نوجوان رو به فزونی است (۲۵). سیگار دروازه مصرف مخدرها و بعد اعتیاد به آنهاست. در نوجوانان سیگاری و الکلی، احتمال اعتیاد به مخدرها بسیار زیاد و نیز مصرف سیگار مهمترین علت قابل پیشگیری مرگها در تمام سنین است، در سطح جهانی نیز سالانه هشتصد هزار نوجوان به خیل مصرف کنندگان دائمی سیگار می پیوندند و بدین ترتیب سالانه ۲۵۰۰۰۰ نفر از کودکان امروز، فردها از عوارض سیگار خواهند مرد. ۱۲٪ نوجوانان سریلانکایی و ۷۰٪ روسها و ۳۳٪ چینی ها پیش از سن ده سالگی سیگار را آزموده اند. روزانه ۳۰۰۰ نوجوان امریکایی سیگاری میشوند و ۹۰٪ سیگارهای امریکایی از ۱۹ سالگی سیگار را آغاز نموده اند. نوجوانانی که تا پایان این دوره سیگار، الکل و مخدرها را تجربه نکرده اند بندرت پس از دوره ی نوجوانی آلوده می شوند (۲۶). حسنی و احمدی (۲۰۰۳) نیز شیوع اعتیاد را در ۳۹۷ نفر از دانش آموزان دبیرستان های شیراز بررسی نموده اند. ۳۰٪ آنان حداقل یک بار مواد را آزموده، سیگار با ۲۵٪ و الکل با ۱۰٪ بیشترین میزان مصرف را داشته اند (۲۷).

۶- آینده روشن یکی از مهم ترین چالش های پیش روی نوجوانان بوده است.

نوجوان ها همه اش به آینده فکر می کنند. اینکه چی میشه، چه اتفاقی می افته، این ذهن نوجوان ها رو مشغول می کند، برای همین هم اصلا از نظر روحی بیمار میشن، فرار می کنند یا به اعتیاد پناه می برند. «دختر، ۲۰ ساله»

دشواری های اقتصادی، مشکل ورود به دانشگاه و مشکل بزرگ تر اشتغال بعد از آن دغدغه های ذهنی نوجوانان بوده است. نوجوانان به کرات از آینده نه چندان روشنی سخن گفته اند که هم عوامل ناسالم اجتماعی در آن رواج دارد و هم

نوجوانی دوره گذار و چالش هایی است که با مرزبندی ها و محدودیت های زیادی همراه است و نوجوان دوره ی گذاری را که تغییرات زیادی دارد تجربه می کند و با سوالات متعددی از تغییرات ارزشی همراه است (۱۷).

یکی دیگر از عوامل موثر در احساس محدودیت توسط نوجوانان تغییرات تکاملی این دوره است. تغییرات شناختی منشا دگرگونی های مهمی در نوجوانی می گردد. توانایی تشخیص حقایق، رشد فرضیه سازی و توانایی حل مسئله و درک احتمالات بیشتر می شود (۲۰). افزایش رشد اجتماعی آنان نیز درک دیدگاه های متفاوت را ممکن می سازد. روابط بین فردی پیچیده تر خواهد بود، حقوق و روابط اجتماعی درک می شود و اصول اخلاقی شکل می گیرد (۱۸).

نوجوان تمایل دارد که به عنوان فردی خودمختار به حساب آید و روابط تازه ای را که پذیرای فردیت او باشد با والدین خویش برقرار نماید (۲۱). در دوره ی نوجوانی ارزش های اساسی زندگی به ترتیب اهمیت آن ها به صورت قطعی تر و پایدار تر شکل می گیرند. نوجوان تمام روابط و باور هایی را که در دوران کودکی بدون چون و چرا پذیرفته مورد تردید قرار می دهد و سعی می کند با توجه به شخصیت استقلال جوی خود، نظامی جدید از ارزش ها بدست آورد که متناسب با عقاید شخصی و نه بر اساس تحمیل شرایط محیطی در این دوره صورت می گیرد (۲۲).

۵- ضرورت حذف عوامل ناسالم از جامعه از طبقات اصلی مورد تاکید نوجوانان بوده است. بیشترین تعداد کد ها به رواج سیگار، الکل و مخدرها در جامعه و افزایش و سهولت دسترسی به آن ها تعلق دارد.

گاه رواج عوامل ناسالم در جامعه به یکی از علل چالش های خانوادگی تبدیل می شود:

«ما نوجوانیم دوست داریم بریم پارک، اما خیلی از نوجوان ها تا پاشون به پارک برسد وقتی برگردند تنبیه می شوند، فقط به خاطر پارک رفتن، چون پدر و مادر میگن پارک جای ناسالمیه، پارک استتار فروش مواد و کار های خلاف است.»

خود نیز جداگانه بر هویت نوجوان موثر خواهد بود. نوجوان گستره وسیعی از شرایط، علل و ابعاد را برای سلامت ذکر کرده‌اند.

من فکر می‌کنم سلامتی یعنی سبز شدن، توی دل هر آدمی یه گل‌دونه که رشد می‌کنه و همه جای آدم رو سبز می‌کنه، ولی ما همش گیاهمون رو با کوچولو نگه میداریم، یا خشک می‌کنیم «دختر، ۱۹ ساله»

... برای سالم بودن باید واقعا شاد باشی، راحت باشی، سخت‌گیری، سلامت روحی بیشتر از سلامت جسمی مهمه. معمولا نوجوان‌ها سالم نیستند «دختر، ۲۰ ساله».

گاه سلامت کالایی نایاب تلقی شده است :

من نوجوان سالم و بدون تشویش و اضطراب نمی‌شناسم. به دلیل ازدحام جمعیت و تکنولوژی و ماشینیسیم و رسانه‌های جمعی و مشکلات اقتصادی نمی‌شود سالم ماند. هر کس ادعای سلامتی کند یا سلامت رو نمی‌شناسد و یا به گزافه سخن گفته است. «دختر، ۱۸ ساله».

سلامت در تمام ابعاد و گستره‌ی خود به ویژه در بعد روانی بارها مورد تاکید نوجوانان قرار گرفته است.

نوجوانان مورد بررسی غالباً سلامت روان خود را در سطح نازلی ارزیابی نموده‌اند. افسردگی و اضطراب که با سایر مفاهیم مورد نظر نوجوانان چون آینده، رفاه و دشواری‌های اجتماعی همراه است با تغییرات جسمی و روحی در نوجوانی تشدید می‌گردد. یکی از زمینه‌های اساسی آسیب‌پذیری‌های نوجوانان سلامت روان است.

همان‌گونه که مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اظهار کرده‌اند بر خورداری از امنیت خاطر، تفکر صحیح، خواست‌فعالانه سلامت، تزکیه نفس در تامين سلامت و افسردگی، انحرافات جنسی مانع آن هستند. البته با توجه به ویژگی‌های دوره نوجوانی و نیز جامعه‌ی در حال گذار که اصالت‌های قبلی خود را از دست می‌دهد و هنوز به ثبات مطلوبی نرسیده است و بی‌ثباتی که با مشکلات اجتماعی چون ازدیاد جمعیت و مشکل

فرصت‌های تحصیل و اشتغال اندک است. بیکاری از مهم‌ترین تنش‌های نوجوانان به ویژه در جوامع امروزی است. محیط کاری می‌تواند با فرصت‌های زیاد یادگیری، ارتباطات اجتماعی همراه باشد که موجب افزایش اعتماد به نفس نوجوان خواهد شد. با تغییر جوامع از شرایط سنتی به متجدد و امروزی، انسان‌ها بیشتر مسئول زندگی خود هستند. نوجوانان کار را فراتر از ابزار درآمد و به منزله استقلال و مسوول زندگی خود بودن می‌دانند (۲۸).

۷- رفاه و تفریحات که ارتباط تنگاتنگی با شرایط اقتصادی اجتماعی دارد نیز از مفاهیم مورد تاکید نوجوانان بوده است. ... به نظر من فقر هم روی این مشکلات تاثیر دارد، الان پدر و مادر مجبورند هر دو کار کنند تا خرجشون بگذرد، بعد هم کسی نیست دو کلمه با فرزندشون حرف بزند، اصلاً فرصت نمی‌کنند برای بچه شون وقت بگذارند. «پسر، ۱۶ ساله»
بر خورداری از امکانات متعارف و معمول معادل سلامت در نوجوانی تعریف شده است :

نوجوان سالم توی خونه راحت است، مشکل مادی ندارد، محدود نیست، از نظر مادی و معنوی سرفاکنده نیست، «پسر، ۱۶ ساله».

ارتباط تنگاتنگ رفاه و بر خورداری‌های مالی با سلامت در ابعاد مختلف سلامت و در سنین مختلف بارها آزموده و اثبات شده است. به گونه‌ای که از حقوق اولیه انسانی و در اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۹، حق سلامت و رفاه با بر خورداری از خوراک، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است (۲۸) و تمام زوایای زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۳۰).

تغییرات نوجوانی هزینه‌هایی بیشتری را نیز به همراه دارد. نوجوانی دوره‌ی دگرگونی در مشی اجتماعی نیز هست. مرحله‌ای که نوجوان نسبت به سر و وضع و مو و آرایش و احساس می‌شود. می‌خواهد طوری جلوه و رفتار کند که او را دوست بدانند. نوجوان می‌خواهد مورد پذیرش اجتماعی قرار گیرد (۳۱).

۸- سلامت نوجوان تحت تاثیر عوامل فوق قرار داشته و

اشتغال تشدید می شود، نگرانی های نوجوانان در مورد سلامت روان قابل انتظار است.

بلوغ مهم ترین واقعه ی نوجوانی است که در ابتدای این دوره روی می دهد (۲۰). تغییرات جسمی و به ویژه جنسی نوجوانی به ویژه در صورت غیر منتظره بودن نگران کننده و گاه خجالت آور است. نوجوانان هزینه و وقت بسیاری را برای اینکه ظاهر مناسبی داشته باشند صرف می کنند. توجه به نوع لباس و آرایش مو و مد گرایی از ویژگی های این دوره است (۱۸) علاوه بر بلوغ که مجموعه ای از اوج تغییرات نوجوانی است، و خود در ابعاد متنوع تغییرات متعددی به همراه دارد، در جوانب جسمی، روان شناختی، اجتماعی نیز تغییرات چشمگیری روی می دهد (۳۲) نوجوانان در ابعاد عاطفی و اجتماعی و شناختی نیز به دگرگونی های بسیاری دچار می شوند. لطف آبادی آغاز تمامی تغییرات نوجوانی را بلوغ می داند و در این باره می نویسد: با توجه به اینکه تمامی قوای

زیستی، روحی، روانی، فکری و عاطفی فرد از دوران بلوغ تغییر و تحولات اساسی می یابد و بر هر یک از این تغییر و تحولات نیز قانونمندی خاصی حاکم است، لذا هیچ برنامه ریزی برای این دوره بدون آگاهی نسبت به این قانونمندی ها موثر و کارگشا نخواهد بود (۲۱).

یکی از راه های افزایش خودکارآمدی و سلامت نوجوانان فعالیت های جسمانی است. پندر و همکارانش (۲۰۰۲) در تحقیقات نیمه تجربی خود بر نوجوانان این نکته را دریافته و خاطر نشان ساخته اند که ورزش نوجوانان به دلایل مختلفی می تواند بر ارتقاء سلامت موثر و در صدر اولویت های مربوط به بهداشت نوجوانان باشد. همان گونه که در ردیف هدف های سازمان جهانی بهداشت برای نیل به انسان هایی سالم تا سال ۲۰۱۰ آورده شده است (۳۳) افزایش فعالیت های جسمانی با رضایت از زندگی و شادمانی و نگرش مثبت به زندگی پسران نوجوان همراه بوده است. همچنین بین فعالیت های جسمانی اندک و بی اشتهایی و سردرد شدید در دختران نوجوان رابطه ی مستقیم وجود داشته است (۳۴) با تمام این ضروریات و محاسن متاسفانه

فعالیت های جسمانی نوجوانان به نصف کاسته شده و با افزایش سن باز هم کمتر خواهد شد (۳۵).

حرکت به سوی ارزش ها و بنیان گذاری نظام های ارزشی و اخلاقی متناسب با عقاید شخصی و نه بر اساس تحمیل شرایط محیطی در نوجوانی صورت می گیرد (۲۲). از این رو تقویت باور های مذهبی می تواند پشتوانه ای مناسب و مطمئن برای گذار نوجوانان از طوفان های سهمگین عصر ارتباطات و اطلاعات باشد. نوجوانی در این باره می گوید:

الان باشگاه های بدن سازی زیاد شده، نوجوان ها زیاد میرن فوتبال، اما از نظر روحی نه. برای سلامت جسمی باید ورزش و تغذیه خوب داشت.... برای سلامت روحی (باید) تا حدودی به قیود سنت و مذهب تن در بدنند. «پسر، ۱۸ ساله»

۹- هویت متغیر مرکزی این پژوهش است. هویت یابی یکی از چالش های رویاروی نوجوانان می باشد (۱۴). اهمیت هویت در نوجوانی به حدی است که موجب می شود نوجوان را با همین ویژگی بشناسند. یکی از مشارکت کنندگان در این باره می گوید:

« باید نوجوان ها رو باور کرد، نباید نوجوان ها رو مسخره کنند، حتی اگر مسخره ترین چیز ها رو هم بگن، هم پدر و مادر و هم جامعه باید نوجوان ها رو باور کنند، بهش اهمیت بدن، مثلا من میگم می خواهم این کاره بشم، این رو ببوشم، اگر کاره ای بشم این کار رو بکنم، ولی اینقدر می زنند توی سرمون، باورمون ندارند که اصلا از حرف زدن پشیمون میشیم ». پسر، ۱۸ ساله، ۱۵ جایگاه هویت در نوجوانان آن قدر رفیع است که احساس هویت با تجربه ی اوج سلامت مترادف ذکر می شود: وقتی اوج سلامتی خودم رو احساس می کردم، به بار بود که اتفاقی افتاد که فکر کردیم خیلی مهم هستیم، می تونیم برای دیگران نقش تعیین کننده داشته باشیم. « دختر، ۱۹ ساله » ابراز هویت جلوه های گوناگونی دارد مثل تاثیر گذاری به جای تاثیر پذیری، انجام کارهای مهم، قابل توجه بودن، که در بیانات مشارکت کنندگان ذکر شده است:

نوجوانان تا حدود زیادی از والدینشان و نیز کادر بهداشتی متفاوت است.

درک دیدگاه نوجوانان می تواند به ارتقاء سلامت آنان کمک کند. در این پژوهش نوجوانان با تاکید بر اهمیت هویت، نقش آن در سلامت خود را مورد تاکید قرار داده اند. این تاکید شاید زنگ خطری بر بحران هویتی است که نوجوانان و در حقیقت آینده ی ما را درگیر خود نموده است. نقش جامعه سالم و عاری از تفریحات ناسالم، سیگار، الکل، مخدرها و برخورداری از رفاه و امکانات اجتماعی که می تواند دغدغه های نوجوانان را بکاهد در سلامت نوجوانان چشمگیر است. دوستان، خانواده و نظام آموزشی نیز بر هویت و سلامت نوجوان موثر هستند.

اهمیت شناخت عوامل فرهنگی، آثار جهانی شدن، تغییرات اجتماعی دوره ی گذار برای درک عمیق و سپس تسلط بر شرایط موجود برای حفظ و ارتقاء سلامت خانواده ها و نوجوانان غیر قابل انکار است. تلاش بین رشته ای و ارتباط هماهنگ بخش های صنعت و اقتصاد برای اشتغال زایی، همگام با معماران فرهنگی جامعه برای اصلاحات و زمینه های تعالی نوجوانان توأم با هم کاری های ارزشمند والدین، مدرسه، گروه همسالان، باشگاه ها و سایر مراکز درگیر در امور نوجوانان برای تامین سلامت نوجوانان یک نیاز فوریست. تقویت همکاری های بین بخشی به ویژه بین صدا و سیما، اقتصاد، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان، جلب مشارکت نوجوانان و اولیاء در طراحی استراتژی های ویژه ارتقاء سلامت نوجوانان و افزایش توانمندی ها و صلاحیت اولیاء امور نوجوانان اعم از والدین و معلمان و مربیان پرورشی لازم است.

فرهنگ سازی برای استفاده درست از رسانه های فرامرزی، وضع قوانین و مقررات برای کنترل و کاهش دسترسی نوجوانان به سرگرمی های مخدر و ضامن کنترل تورم، بهبود وضعیت اقتصادی، افزایش آگاهی عمومی و تقویت باورهای مذهبی و همچنین بنیان مقدس خانواده و آموزش اولیاء از تغییرات طبیعی و آسیب پذیری های نوجوانی در تامین سلامت

نوجوان باید مثل باد باشد نه مثل پرچم، باید بتونه روی دوستاش تاثیر بگذارد، اون ها رو به راه درست بکشوند. مثل پرچم نباشد که با هر بادی حرکت می کند. مثل باد باشد که پرچم رو حرکت می دهد. «پسر، ۱۴ ساله»

گاه نوجوانان، هویت را در تضاد با هنجارهای اجتماعی می یابند:

انگار خلاف کردن احساس خوبی به بچه ها میده، بعضی چیزهای ممنوع رو می آرن مدرسه، انگار اینطوری نیاز روانیشون برطرف میشه.... رفتار خانواده و اجتماع با نوجوانها خوب نیست، کسی به حرفشون گوش نمی ده، کسی بهشون احترام نمی گذاره «دختر، ۱۵ ساله».

اهمیت خود در دوره نوجوانی بسیار است. تغییر از خود واقعی به خود ایده آل از ویژگی های مهم دوره نوجوانی است (۱۵). نوجوانان علاقمند هستند که از حقوق مشخصی برخوردارند و نقش های معینی ایفا می کنند و مورد اعتماد هستند. در این دوره به پرسش های اساسی چون: من کیستم؟ علایقم چیست؟ به دنبال چه هستم؟ می اندیشد (۱۴) (و گاه به دنبال جست و جوی پاسخ همین پرسش ها و یافتن پاسخ هایی برتر دست به رفتارهای خطرناک می زند. سندرویتز (۱۹۹۵) در این باره می نویسد: تلاش برای کسب هویت مستقل و جدید، کسب آزادی های تازه از دلایلی است که نوجوانان به رفتارهای خطرناک روی می آورند. در نوجوانی تمام باورهای پیشین مورد بازنگری قرار می گیرند. نوجوان دایم خود را با سایرین مقایسه می کند، نقش ها و مهارت های خود را می آزماید تا نقش های جدید تری بیابد (۱۰).

نتیجه گیری:

توجه به دیدگاههای مددجو، و کشف مفاهیم مشترک از دیدگاه مراجع، گاهی بسوی مددجو محوریت و کارکنان تیم بهداشتی و از جمله پرستاران، اگر بخواهند به افراد جامعه در ارتقاء سلامت کمک کنند، باید بتوانند مثل آنها و در آن شرایط بیاندیشند. چنانچه مفهوم و روند سلامت و نیازهای بهداشتی

بدین وسیله از زحمات کلیه نوجوانان عزیزی که این پژوهش بدون همکاری های آنان میسر نبود قدر دانی می گردد از خداوند متعال توفیق روز افزون یکایک آنان را خواستاریم.

نوجوانان کاملاً موثر است. تامین سلامت و نیرومندی اندیشه و ایمان نوجوانان کشور، بیش شرط سلامت آینده است. از این رو همه برای تامین فردایی با نوجوانان سالم تر مسئولیم.

سیاسگزاری:

منابع:

- 1- سازمان آمار ایران. آمارنامه. تهران: انتشارات سازمان آمار ایران، ۱۳۸۰، ص ۱۰-۱۹
- 2- ضرغام، ع. بررسی وضعیت تعلق والدینی و ارتباط آن با افسردگی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵، ص ۲۵.
- 3- خاچمدی، ف. شیوع افسردگی بین دانش آموزان دبیرستان های شهر تهران. طرح تحقیقاتی مرکز آموزش عالی فرهنگیان، ۱۳۷۹، ص ۲۰-۲۵.
- 4- محبوبیان، ف. ارزیابی نیازهای بهداشتی باروری نوجوانان ۱۲ ساله شهر تهران. پایان نامه دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.
- 5- دهشیری، ا. نگرشی به تربیت اخلاقی نوجوان از دیدگاه اسلام. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۰، ص ۲۶.
- 6- گلچین، م. و دیگران. ارتباط عملکرد خانواده با برخی ویژگیهای نوجوانان. پژوهش در علوم پزشکی، سال ششم، شماره چهارم، ۱۳۸۰-۲۹۷.
- 7- Spear H., Kulbok. Adolescent Health Behaviors and Related Factors. Public Health Nursing, 2001, 18, 82-93.
- 8- خلیلی شورینی، س. روانشناسی نوجوانی. تهران: یادواره کتاب، ۱۳۷۷، ص ۲۵.
- 9- Senderowitz, J. Adolescent Health. Washington: World Bank. 1995.
- 10- صلصالی، م. پرویزی، س.، ادیب، م. روشهای تحقیق کیفی، تهران: بشری ۱۳۸۲، صص ۴۸-۵۲.
- 11- Polit, DF; Hungler, BP. Essential of nursing research Philadelphia, Lippincott. 2000, 200-212.
- 12- Eaves, YD. A Synthesis technique for grounded theory data analysis. Journal of Advanced Nursing, 2001, 35, 654-663.
- 13- Micucci J. The Adolescent in Family Therapy. New York: Guilford co. 1998, 60-85.
- 14- هاشمیان، م. بررسی عوامل موثر بر فرار از منزل دختران نوجوان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۹، ص ۳۰.
- 15- pickett W, Schmid H, Boyce W et al. Multiple risk behavior and injury: An International analysis of young people. Archives of Pediatrics & adolescent Medicine, 2002, 8, 786-99.
- 16- Reiss J Gibson, R. Health Care Transition: Destinations Unknown. Pediatrics, 2002, 110, 1307-1314.
- 17- Lewis Melvin. Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott, 2002, 333-335.
- 18- شجاعی زاده، د.، نوری، م.، مهریار، ا.، بررسی رابطه ی ویژگی های خانواده با سلامت روانی دانش آموزان دختر سال سوم تجربی تهران. طب
- 19- Dashiff C., Data collection with adolescents, Journal of Advance Nursing. 2001, 33(3), 343-350.
- 20- لطف آبادی، ح. نوجوانان و خانواده آنان. تهران: نشر نسل سوم، ۱۳۸۱، ص ۹۳-۱۱۰.
- 21- احمدی، ا. روانشناسی نوجوانان و جوانان. تهران: نشر نخستین، ۱۳۷۵، ص ۲۲-۵۱.
- 22- Hyde A, Treacy M; Boland J. Alcohol consumption among 11-16 year olds Nursing and Health Sciences, 2001, 3, 237-245.
- 23- Brown, M. Risk factors for substance abuse in adolescents. Pediatrics Clinician of North America 2002, 49, 247-255.
- 24- Corbett, K. susceptibility of youth to tobacco. Respiration Psyecology, 2001, 128, 103-118.
- 25- Grunbaum A, Kann L, Kinchen A. Youth Risk Behav-

ior Surveillance. Surveillance Summaries,

27- Ahmadi , J., Hasani ,M. Prevalence of Substance use among Iranian high school students . Addictive Behavior,2003, 28 , 375-9.

28- Goede de ,M.Spruijt E.Effects of parental divorce and youth unemployment health.Patient Education and Counseling,1996,29,269-276

29- Stanhope M, Lancaster J Community Health Nursing 2nd Ed,WDC: Mosby,1998,78-92.

30- Allender , Judith & Spradley , Barbara . Community Health Nursing: 5t ed Philadelphia : lippincott

۳۱-قائمی ع. تربیت شخصیت نوجوان. پیوند. ۱۳۷۸، ص

۲۴۲

32- Rich M., Ginsburg K.The Reason and Rhyme of qualitative research :Why ,When, and how to Use

Qualitative Methods in the Study of adolescent Health. Journal of Adolescents Health, 1999,25, 371-738.

33-Pender N. J., Bar-or O., Wilk B , Mitchell S., Self-efficacy and Perceived Exertion of girls during Exercise.Nursing Research,2002,51(2), 86-91.

34- 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

35-Kimm S. Y., Glynn N W ,Krisha A.M., et al ,Decline in Physical Activity in Black Girls and White

Girls during Adolescence,The New England Journal of Medicine. 2002,347(10).709-715