

زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان: پژوهش کیفی

*سرور پرویزی^۱ فضل‌الله احمدی^۲ حسین پور اسدی^۳

چکیده

زمینه و هدف: جامعه بستر زندگی و در بر گیرنده نهادهای اجتماعی است. نوجوانان یکی از گروه‌های مهم اجتماعی هستند که هم به دلیل ویژگی‌های اجتماعی کنونی و هم به دلیل ویژگی‌های نوجوانی، دشواری‌ها و آسیب‌های زیادی را تجربه می‌کنند. شیوه‌ی زندگی و عادات نوجوانی گاه تا پایان عمر به درازا می‌کشد و از این رو مشکلات حاصله بیش از آنکه تنها به یک دوره بازگردد، بر یک عمر موثر خواهد بود. شناخت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نوجوانان به درک نوجوانی در بستر اجتماع کمک خواهد کرد. هدف از انجام این پژوهش تبیین دیدگاه نوجوانان در مورد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بوده است. روش بررسی: این تحقیق کیفی و از نوع آنالیز محتوای کیفی بوده و با استفاده از مصاحبه‌های باز نیمه ساختار یافته تا رسیدن به اشباع داده‌ها صورت گرفته است. سپس مکالمات ضبط و دست نویس شده و مورد تجزیه و تحلیل محتوایی قرار گرفته است. یافته‌ها: حاصل این تحلیل سه طبقه اصلی بوده است که هر یک دو و یا سه طبقه فرعی را نیز در بر می‌گرفته‌اند، که عبارت بوده‌اند از نشانه‌شناسی جامعه بیمار، انتظارات نوجوان از جامعه و پیش شرط‌های اجتماعی سلامت. نتیجه‌گیری کلی: نقش مهم عوامل اجتماعی بر نوجوانان و سلامت آنان غیر قابل انکار است. پرداختن به بعد اجتماعی سلامت نوجوانان با زیر گروه‌هایی که با خانواده، اشتغال، رفاه و توسعه ارتباط دارد می‌تواند در طراحی زیر بنای سلامت آینده مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: پژوهش کیفی - تحلیل محتوا - جامعه - سلامت - نوجوان

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۱۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱دانشیار گروه بهداشت پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۶۱۰۵۴۲۰۲
Email: s_parvisy@yahoo.com

^۲دانشیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۳دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

نوجوانی دوره‌ی سرنوشت‌سازی در تمام طول زندگی انسان است. نوجوانان در معرض آسیب‌های زیادی قرار دارند. اهمیت توجه به این آسیب‌ها هنگامی بیشتر خواهد شد که به نقش ماندگار و آثار آن‌ها که گاه بر تمام ادامه زندگی فرد تاثیرگذار خواهند بود، ببیندیشیم. تحقیقات زیادی در زمینه‌ی موضوعات مختلف مرتبط با سلامت نوجوانان (مانند ورزش شیوه‌های یادگیری، الگوهای سازگاری، شیوه‌ی زندگی) و عوامل خطر این دوره (مانند اعتیاد، مصرف سیگار خشونت بیماری‌های منتقله از راه تماس) انجام شده اما به مفهوم سلامت، کمتر پرداخته شده است. محققین در بررسی نوجوانان فنلاندی دریافتند که بیشتر آنان از زندگی راضی هستند، گرچه خستگی و نگرانی‌های مالی از موانع سلامت آنها بوده است^(۱). نقش مراکز اجتماعی برای ارائه خدمات پیشگیری به نوجوانان نیز در پژوهش دیگری مورد تاکید قرار گرفته است^(۲). تحقیقات دیگری نیز در سایر زمینه‌های سلامت نوجوانان انجام شده است. پژوهشگران در بررسی خود دریافتند که نوجوانان دارای وزن اضافی، احساس سلامت کمتری را گزارش کرده اند. بهداشت جنسی زمینه‌ی مهم دیگری است که در پژوهش‌های نوجوانی مورد توجه قرار گرفته است^(۳). ارتباط بین دانش دریافتی و استفاده از کاندوم در پسران نوجوان نشان داده شده است^(۴) و آسیب پذیری بیشتر جنسی در بین نوجوانان مذکر سیاه پوست، که مادرانشان آگاهی اندکی در مورد بیماری‌های جنسی داشته اند، گزارش شده است^(۵). همچنین تحقیقات قابل توجهی نیز در زمینه‌ی سیگار، الکل و اعتیاد نوجوانان انجام شده است. نقش موثر آگهی‌های تبلیغاتی در افزایش مصرف سیگار و الکل در بین نوجوانان^(۶) نقش دوستان در ترغیب سیگار و الکل^(۷) افزایش بهای مصرفی و میزان مالیات سیگار در کاهش تمایل به مصرف سیگار در بین نوجوانان^(۸) از دیگر موارد مورد بررسی بوده است. نقش مهم عوامل اجتماعی بر نوجوانان و سلامت آنان غیر قابل انکار است. بعد اجتماعی یکی از جنبه‌های مورد تاکید در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی است. نوجوانان

سنگاپوری در پژوهش کیفی، سلامت اجتماعی را یکی از ابعاد مهم سلامت خود ذکر کرده اند^(۹).

ایران با بیش از پانزده میلیون نوجوان که یک چهارم جمعیت کشور را تشکیل داده‌اند یکی از جوان‌ترین کشورهای دنیا است. مرور مختصری از پژوهش‌های مربوط به نوجوانان در ایران حاکی از آن است که در سال‌های اخیر استفاده از ماهواره و اینترنت بر الگوهای رفتاری نوجوانان موثر بوده است. نوجوانان امروزه در شیوه لباس پوشیدن، و آرایش ظاهر و موی سر و صورت خود از الگوهای غربی تقلید می‌کنند نسبت به گذشته کمتر خانواده محور و بیشتر خود محور هستند. تعارض شیوه‌های امروزی رفتار نوجوانان و ترویج این بی‌بند و باری‌های رفتاری از مشکلات و نگرانی‌های سازمان ملی جوانان و در مقابل، نگرانی در مورد اشتغال اولین نگرانی پیش روی نوجوانان بوده است^(۹). همچنین ادامه تحصیل و اشتغال بیشترین نگرانی والدین نوجوانان دبیرستانی بوده و این انتظارات موجب افزایش سطح اضطراب در نوجوانان شده است^(۱۰). در پژوهش دیگری روی آوردن نوجوانان به سیگار و شروع آن به دلایل جلب توجه دوستان طرد شدن از خانواده و فقر ذکر شده است^(۱۱).

با توجه به اینکه چارچوب پژوهش کیفی، طبیعت گرایانه است، بر این اساس می‌کوشد مقدمات درک و فهم تجربه از دیدگاه کسانی که با آن زیسته‌اند را فراهم کند. پژوهش‌های کیفی معانی و تفاسیر رفتار انسان‌ها را با نگاهی جامع و قابل انعطاف می‌شناساند. مشکلاتی را که پژوهش‌های کمی برطرف نمی‌کنند، روشن می‌سازند و در درک و تفسیر شرایط طبیعی زندگی به گونه‌ای که خود افراد آن را تجربه می‌کنند می‌کوشند^(۱۲).

در ایران تحقیقاتی که به مفهوم سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر آن، با شیوه تحقیق کیفی پرداخته باشد، کم تر مشاهده شده است. زندگی در جامعه در حال گذار و شرایط اجتماعی متفاوت که امروزه نوجوانان آن را تجربه می‌کنند قابلیت‌های تحقیقات کیفی، گستردگی عوامل اجتماعی، عمق پدیده‌ی سلامت، جمعیت زیاد نوجوانان کشور، آسیب پذیری‌های این

انتخاب مطلعین اصلی: نوجوانانی که بر موضوع (سلامت نوجوانان) احاطه داشته و توانایی و تمایل به همکاری و نیز ارتباطات موثری داشته باشند مورد مصاحبه قرار گرفته اند.

بازنگری ناظرین: استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer check)، مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (Member Check): اصلاحات انجام و نکات پیشنهادی افزوده شده است.

ملاحظات اخلاقی با رعایت موارد زیر مورد توجه قرار گرفته است:

- کسب رضایت شفاهی و آگاهانه در فرآیند پژوهش (بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در پژوهش روش‌های جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، نقش پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تامین آسودگی و خلوت در مدت همکاری^(۱۳،۱۲))
- محرمانه نگهداشتن اطلاعات
- داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه
- در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان
- کسب معرفی‌نامه‌ها و طی مراحل قانونی لازم

تجزیه و تحلیل اطلاعات

تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) یکی از روش‌های پژوهش کیفی است. درک عمیق و جامع چرایی و چگونگی پدیده‌ها رسالت پژوهش کیفی است. این تحقیق تحلیل محتوای کیفی است. روشی که بیش از نیم قرن است که ترکیب مفیدی از کدگذاری در تحقیقات کیفی را به سادگی حفظ کرده و توانسته است پلی ارتباطی بین تحقیقات کمی و کیفی باشد. تحلیل محتوای کیفی روش مناسبی است برای شناخت پدیده‌های انسانی و روشن کردن معنایی که در پشت آنها نهفته است^(۱۳ و ۱۴).

دوره و دشواری‌های روزافزون سلامت نوجوانان از دلایل انجام این پژوهش هستند که با هدف تبیین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نوجوانان، انجام شده و به این مهم پرداخته است.

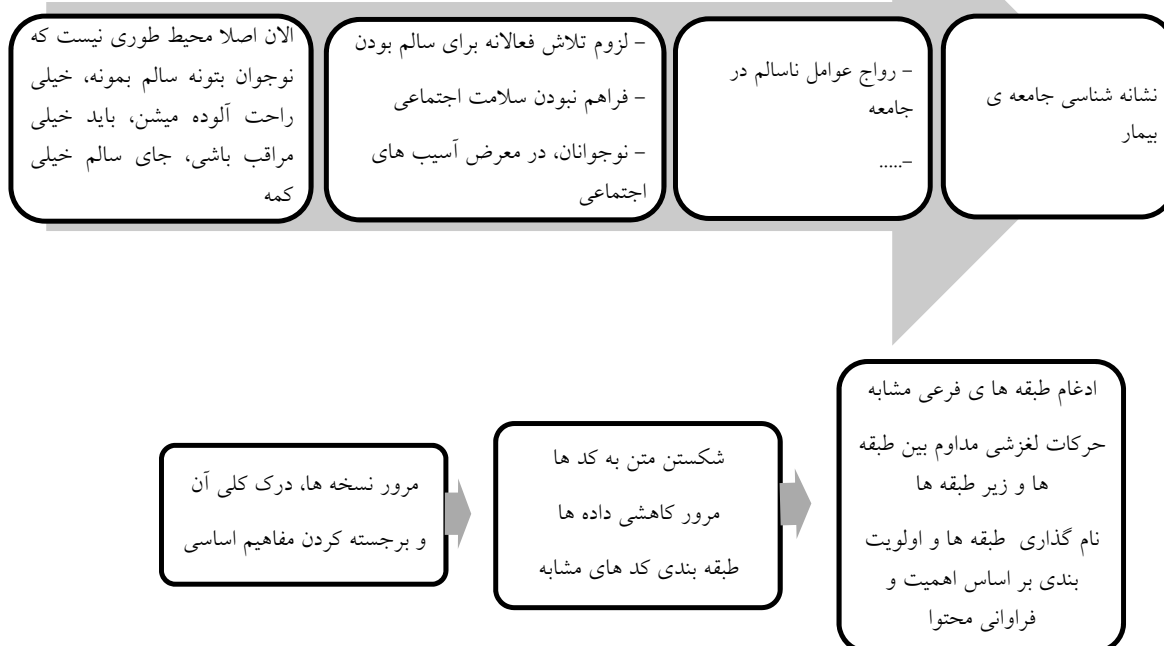
روش بررسی

این مطالعه یک تحلیل محتوایی کیفی بوده و در فاصله زمانی ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ انجام شده است. فرآیند نمونه‌گیری در پژوهش کیفی "هدفمند" است و تا اشباع تمام طبقات و مفاهیم که در آن زمان دیگر طبقه و کد جدیدی ایجاد نشود ادامه می‌یابد. در پژوهش حاضر ۵۴ نوجوان داوطلب (متماثل به شرکت در پژوهش) و ظاهراً سالم (فقدان ابتلا به بیماری‌های حاد و یا مزمن در زمان انجام پژوهش)، طی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و مورد مصاحبه‌های، نیمه ساختار و تعاملی (Semi-structured interactional interview) قرار گرفتند.

در مصاحبه‌های کیفی سوالات کلی و باز در مورد معنای سلامت و عوامل موثر بر سلامت نوجوانان پرسیده شده است. در نهایت، حاصل ارتباطات کلامی مشارکت‌کنندگان بر روی نوار ضبط شده و در اولین فرصت ممکن همراه ارتباطات غیر کلامی، نسخه‌برداری کامل شده، کدگذاری و نیز تا حد امکان بطور همزمان تجزیه و تحلیل انجام گرفته است. برای مقبولیت و عینیت‌پذیری (Confirmability & Credibility) داده‌ها از روش‌های زیر استفاده شده است:

در پراتنژگذاری (Bracketing)، پژوهشگر تلاش کرده است تا با نوشتن نظرات شخصی و کنارگذاشتن خود به مثابه یک ارزیاب بیرونی، داده‌ها را پیگیری کند.

بررسی مداوم (Prolonged Engagement)، تحلیل هم‌زمان داده‌ها و بازخورد به پژوهش، تخصیص زمان کافی: ضمن ارتباط مداوم با نوجوانان در مکان‌های مورد ترجیح خود آنان از پارک و فرهنگسرا گرفته تا رستوران و منزل پژوهشگر و در زمان‌های انتخابی آنان، تلاش شد تا حسن ارتباط و تامین فضای صمیمی و قابل اعتماد با نوجوانان وسیله جلب داده‌های غنی باشد.



یافته‌ها

جدول شماره یک ویژگی‌های جمعیت شناختی آنان را نشان می‌دهد که نوجوانان بر نقش موثر عوامل اجتماعی در سلامت خود تاکید کرده‌اند و جدول شماره دو طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده را نشان می‌دهد:

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی نوجوانان مورد بررسی

بررسی		
متغیر	تعداد	درصد
جنس	دختر	۳۰
	پسر	۲۴
سن	۱۱-۱۳	۹
	۱۴-۱۶	۱۶
	۱۷-۱۹	۲۹
پایه تحصیلی	راهنمایی	۱۸
	دبیرستان	۲۱
	دانشگاه	۸
	سایر موارد	۷
جمع	۵۴	۱۰۰

حاصل ارتباطات کلامی مشارکت‌کنندگان که بر روی نوار ضبط شده بود، در اولین فرصت، نسخه‌برداری و حاصل ارتباطات غیرکلامی به آن افزوده شد. متن نسخه برداری شده مصاحبه‌ها، پس از چندین بار مرور، به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل دهنده و معنی‌دار خود (کد) شکسته شدند. بر اساس اصول روش کدگذاری برای وقوع و تناوب یک مفهوم انجام شد. پس کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس مرکزیت و تشابه معنایی طبقه‌بندی گردند. اطلاعات بدون ارتباط کنار گذاشته شدند، واطلاعات کم ارتباط در مرورهای مکرر، نام‌گذاری و ترکیب طبقات را دستخوش تغییراتی کردند. سپس متون اولیه و طبقات نهایی چندین بار بازخوانی شدند هر بار تغییراتی در تعداد، محتوا، و نام طبقه‌ها-که باید گویای محتوای هر طبقه باشد-داده شد. درنهایت پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌ها، محتوا و نام آنها نمود یافته است، رسیدند. این روند در بالا نشان داده شده است (۱۳،۱۴).

جدول شماره ۲: طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده

* نشانه شناسی جامعه بیمار:
توسعه اجتماعی نامناسب و ناکافی
گسترش رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان
* انتظارات نوجوان از جامعه:
اعتماد و اطمینان نسبت به نوجوان
واکنش مناسب به خطای نوجوان
حذف زمینه‌های انحطاط نوجوانان در جامعه
* پیش شرط‌های اجتماعی سلامت:
برنامه ریزی مشخص برای نوجوانان
رفاه و تفریحات مطلوب
داشتن آینده ای روشن و شغل مناسب

به گفته این نوجوان: "اعتیاد و بیکاری بزرگ ترین خطرات سلامت نوجوان‌هاست." (دختر، ۱۸ ساله)

ب) انتظارات نوجوانان از جامعه خود، دومین طبقه استخراج شده است. اعتماد و اطمینان نسبت به نوجوانان یکی از انتظاراتی بوده است که مشارکت کنندگان بیان کرده و معتقد بوده اند که این اعتماد سبب بالندگی و افزایش توانمندی‌های آنان خواهد شد. "جامعه باید به ما نوجوان‌ها اعتماد کند تا رشد کنیم." (دختر، ۱۸ ساله)

نشان دادن واکنش مناسب به خطای نوجوان از ویژگی‌های جامعه سالم و از انتظارات نوجوانان بوده است. جامعه ای که نسبت به سلامت نوجوانان خود حساس است، واکنش نشان می دهد و ظرفیت تحمل خطای شهروندان به گونه ای که مانع از وخامت شرایط آنان است را دارد:

"...مثلا اگر یکی به دلیل مشکلات خانوادگی یا به دلیل نوجوانی کار اشتباهی کرده باید راه برگشتش باز باشد." (دختر، ۱۶ ساله)

سلامت جامعه و حذف زمینه انحراف نوجوانان، همچنین در گرو اصلاحات فرهنگی است: "باید از نظر فرهنگی کار کرد...؛ باید جلوی اعتیاد و این کارهای خلاف رو گرفت؛ جلوی این روابط آزاد (نا سالم) که زیاد هم شده رو گرفت." (پسر، ۱۶ ساله)

ج) پیش شرط‌های اجتماعی سلامت، آخرین طبقه بوده و مورد تاکید بسیاری از مشارکت‌کنندگان قرار گرفته است. برنامه ریزی مشخص برای نوجوانان، زمینه ساز سلامت آنان است. جامعه‌ای سالم است که برای سلامت نوجوانان تلاش و برنامه ریزی کند و از این رو شرایط رشد و بالندگی نوجوانان خود را فراهم آورد. بر اساس بیانات مشارکت کنندگان جامعه سالم و آرمانی، سلامت را به نوجوان القا میکند: "حداکثر سلامت اینه که محیط به آدم سلامت القا کند. یعنی به آدم خودآگاهی بده که اون خود آگاهی آدم رو به سلامت برسونه. اما جامعه ی ما این توانایی رو نداره." (پسر، ۱۸ ساله)

تامین رفاه و تفریحات از اقدامات و خدمات ضروری است که جامعه می تواند برای نوجوانان انجام بدهد. "اگر می خواهند

زیر گروه‌های اجتماعی موثر بر سلامت نوجوانان، در سه طبقه اصلی ذکر می‌گردد که هر یک دو و یا سه طبقه ی فرعی را نیز دربر گرفته اند. در این بخش، طبقه‌بندی‌ها فرازهایی کوتاه از مصاحبه‌ها ذکر می‌گردد.

الف) نشانه‌شناسی جامعه بیمار، اولین طبقه است که بیشترین کدها را نیز به خود اختصاص داده و حاکی از نشانه‌های جامعه‌ی ناسالم از نگاه مشارکت کنندگان است.

توسعه اجتماعی نامناسب و ناکافی، اولین طبقه فرعی است. نوجوانان گفته‌اند، شایسته سالاری، عدالت اجتماعی، فقرزدایی و افزایش فرصت‌های اشتغال برای سلامت جامعه ضروری است. برخوردار نبودن از این موارد نیز به توسعه نامناسب اجتماعی می‌انجامد. نمونه‌ای از بیانات دو نفر از مشارکت کنندگان در این باره ذکر می‌شود: "برای سلامتی آدم، جامعه باید حساب و کتاب داشته باشه، حقوق آدم‌ها تعریف شده باشه، آن وقت همه افراد جامعه سالمند. نوجوان‌ها باید توجیه بشوند که اصلا نمی‌شوند. پاسخگویی در جامعه‌ی ما خیلی کمه. هیچکس پاسخگویی مسوولیت‌هایش نیست." (پسر، ۱۸ ساله)

گسترش رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، نیز در حالی که تعداد زیادی از کدها را در بردارد، دومین طبقه فرعی است. دوستی‌های ناسالم، مصرف سیگار، الکل و مخدرها رفتارهای پرخطری است که در بین نوجوانان، به فراوانی دیده می‌شوند.

برای آینده کاری بکنند، باید ورزش و تفریح رو زیاد کنند." (پسر، ۱۷ ساله)

دسترسی به این امکانات و خدمات رفاهی بعد دیگر قضیه است. نوجوانان خواهان سهولت دسترسی به این امکانات هستند.

داشتن آینده‌ای روشن و شغل مناسب یکی از دغدغه‌های مهم نوجوانان است که ریشه در شرایط اجتماعی دارد. به گونه ای که شمار زیادی از مشارکت کنندگان بیان کرده اند، شرایط مناسبی برای داشتن آینده مطلوب و یافتن شغل مناسب پس برای احساس سلامت نوجوانان، موجود نیست.

" ما سالم نیستیم، وقتی آینده مون رو می بینیم، کسانی که در سطحی بالاتر از ما بوده اند هم، وضعیت بدی دارند... الان زندگی ما همه اش مشکله، اشتغال، ازدواج، دانشگاه" (دختر ۱۷ ساله)

بحث و نتیجه گیری

اولین طبقه اصلی، نشانه‌های جامعه ناسالم از نگاه مشارکت کنندگان بوده است. همانگونه که نوجوانان در این پژوهش بیان کرده‌اند، توسعه اجتماعی، پیش شرط ارتقاء سلامت نوجوانان است. نوجوانان به دلیل ویژگی‌های تکاملی خود درک بهتر و حساسیت بیشتری نسبت به شرایط اجتماعی پیدا می‌کنند^(۱۵). پژوهش بر نوجوانان فنلاندی نیز نشان داد که نابرابری در بهداشت که بیشتر تابع متغیرهای خانوادگی بوده امروزه بیشتر تابع شرایط اجتماعی است و شرایط اجتماعی بر سلامت نوجوانان تاثیرگذار بوده است^(۱۶). فراتر اینکه، لزوم تبیین معیارهای آزادی و محدودیت، به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی از سوی دختران نوجوان مورد تاکید قرار گرفته است^(۱۷). گرچه تامین خدمات بهداشتی برای نوجوانان به تساوی و بدون توجه به پیشینه اجتماعی - اقتصادی، سن، جنس، مذهب و موقعیت جغرافیایی از حقوق آنان شمرده شده است^(۱۸). مشارکت کنندگان، همچنین گسترش رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و رواج عوامل ناسالم در جامعه را در ارتباط با سلامت نوجوانان دانسته‌اند. دلایل و شواهد علمی زیادی تاثیر مداخلات پیش‌گیرنده و

افزایش عوامل حفاظتی در مقابل اعتیاد نوجوانان را تایید کرده‌اند. محدودیت مصرف سیگار و الکل و قانون‌گذاری برای پیشگیری از گسترش مصرف سیگار و الکل می‌تواند در منع گسترش آنها موثر باشد. دولت‌ها باید سیاست‌های خود را عملیاتی کنند. طراحی زیرساخت‌های اجتماعی که بهبود شرایط تغذیه، مسکن، آموزش و امنیت اقتصادی را به دنبال دارد برای ارتقای سلامت روان نوجوانان موثر است^(۱۹) در پژوهش کیفی دیگری نیز، کاهش سن اعتیاد، قوانین نارسا دسترسی به انواع مواد، روند سریع تجربه نوجوانان از سیگار به اشکال تزریقی اعتیاد در پژوهش کیفی، از موانع سلامت نوجوانان ذکر شده است^(۲۰).

دومین طبقه انتظارات نوجوانان از جامعه را بیان می‌کند. مشارکت کنندگان گفته‌اند واکنش‌های سخت‌گیرانه جامعه پیامدهای جدی و آثار تخریبی بر شخصیت آنان داشته است و مایلند مورد اعتماد و اطمینان جامعه باشند. بعد دیگر قضیه تشکیل هویت و استقلال طلبی در نوجوانی است و شاید به همین دلیل شرایط موجود برای نوجوانان، فضای آکنده از بی‌اعتمادی به نوجوانان و سخت‌گیرانه نسبت به آنان به نظر می‌رسد. این مهم در ادبیات نوجوانی به شکل هویت اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. هویت اجتماعی بخش مهمی از هویت و حاصل ارتباط انسان با دیگران بوده و به این دلیل محدودیت‌ها بر تشکیل هویت نوجوانان موثر است. تلاش برای کسب هویت مستقل و جدید و کسب آزادی‌های تازه از دلایلی است که نوجوانان به رفتارهای خطرناک روی می‌آورند^(۲۰) و چون تجربه استفاده از توانایی‌های جدید خود را ندارند در معرض خطاهای بیشتری قرار می‌گیرند^(۲۱). حذف زمینه‌های انحطاط نوجوانان در جامعه با محدودیت دسترسی به سیگار، الکل و مخدرها یکی دیگر از انتظارات به جای نوجوانان و مورد تاکید تمام مشارکت کنندگان بوده است.

با توجه به اینکه نوجوانانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دارند، کمتر به الکل، سیگار و مخدرها آلوده می‌شوند^(۲۲) هم‌گام با پاک‌سازی جامعه از عوامل ناسالم ایجاد حمایت‌های اجتماعی برای نوجوانان نیز مفید خواهد بود. همچنین، تقویت

مهارت‌های زندگی در مقابله با رفتارهای خطرزا، توانایی رد کردن پیشنهاد‌های خطرناک، و افزایش آگاهی عمومی به ویژه آگاهی نوجوانان و والدین آنان نیز در ایمن‌سازی نوجوانان لازم و مفید است.

سومین طبقه اصلی، پیش شرط‌های اجتماعی سلامت بوده است که در آن مشارکت کنندگان، لزوم برنامه ریزی برای آینده، و داشتن امکانات رفاهی و اشتغال را برای سلامت نوجوانان مورد تاکید قرار داده‌اند. تنها اندکی از نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش نگرش مثبتی نسبت به آینده داشته‌اند. در مقابل، Haggman تجربه سلامت را از دیدگاه نوجوانان فنلاندی که تحت مراقبت‌های درمانی قرار گرفته‌اند بررسی کرده است. بیماران مورد بررسی در پژوهش Haggman به زندگی امیدوارتر و به آینده خوشبین تر بوده‌اند، تا نوجوانان سالم در پژوهش حاضر. در پژوهش Haggman "برقراری روال عادی زندگی"، "تکامل" و "امید به آینده" تم‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها بوده است^(۲۴). این تفاوت چشمگیر می‌تواند حاصل امکانات اجتماعی ناکافی از یک سو و روند فزاینده بیکاری و مشکل آزمون ورودی دانشگاه‌ها و افزون طلبی و حساسیت‌های خانواده‌ها و جامعه نسبت به هر دو این موارد از سوی دیگر باشد. همچنین ویژگی‌های خاص دوره نوجوانی می‌تواند یکی دیگر از علل این بدبینی به آینده در بین نوجوانان مورد پژوهش باشد. نگرانی نسبت به آینده از نوجوانی شروع می‌شود. در این باره نوشته‌اند که، نوجوانان به آینده خود در دنیای اجتماعی فردا فکر می‌کنند، افزایش توانایی‌های فکری و اندیشیدن به راه‌های زیادی که پیش رو دارند موجب نگرانی بیشتر آنان می‌شود^(۲۵).

حاصل این پژوهش، دانش مدون، ملموس و مشهود بر اساس بیانات زنده و تجربه مشارکت‌کنندگان درباره شرایط و عوامل اجتماعی سلامت نوجوانان بوده است. بر این اساس شرایط اجتماعی نقش مهمی در سلامت نوجوانان دارد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه سلامت نوجوان از فقدان توسعه یافتگی و آثار آن بر سلامت نوجوانان اظهار نارضایتی

کرده‌اند. همچنین افزایش عوامل خطرزای اجتماعی که موجب انحطاط و تجربه‌های منفی سلامت آنان بوده است را هشداردهنده دانسته‌اند. همچنین مورد اعتماد جامعه بودن، برخورداری از فرصت‌های اشتغال و رفاه اجتماعی، از زمینه‌های مورد توجه نوجوانان در مطالعه حاضر بوده است. از این رو ضمن تلاش برای سالم سازی جامعه به عنوان بستر سلامت نوجوانان، لازم است برای تقویت مهارت‌های اجتماعی، آموزش خانواده‌ها در مورد ویژگی‌های جامعه، تغییرات نوجوانی، و نظارت دوردور و غیرمستقیم و تمهیداتی از این دست اندیشید تا روند تکامل و استقلال‌خواهی نوجوانان بستر مناسب داشته باشد و آرامش والدین تامین شود. همچنین جایگاه قانون محترم شمرده شود و نوجوانان نیز سالم و بالنده بمانند.

پژوهش‌هایی برای پاسخ به این سوالات می‌تواند روزنه‌ای از پژوهش‌های آینده در این زمینه باشد: عوامل اجتماعی خطرزای سلامت نوجوانان کدامند؟ عوامل اجتماعی به ویژه جامعه در حال گذار چگونه بر سلامت نوجوانان تاثیر می‌گذارند؟ نوجوانان در شرایط اجتماعی مختلف، چه وضعیت و شرایط سلامتی دارند؟ چه منابع اجتماعی و چگونه می‌توانند بر سلامت نوجوانان موثر باشند؟

نقد یافته‌های پژوهش

به دلیل ویژگی‌های فرهنگی اجتماعی و لزوم رعایت بعضی نکات مثلا استفاده از مصاحبه‌کننده همجنس و وجود تابوهای فرهنگی و نیز مصاحبه با والدین نوجوانان (که نقش مهمی در بنای سلامت خانواده و نوجوان دارند) می‌توانست بر غنای داده‌ها بیافزاید. همچنین داده‌ای درباره نظرات نوجوانان معدودی که از مصاحبه خودداری کرده و یا نوار و متن مصاحبه‌های خود را بازپس گرفتند در دست نیست. گرچه با توجه به راهکارهای متنوعی که برای افزایش مقبولیت و عینیت‌پذیری مورد استفاده قرار گرفته، به نظر می‌رسد یافته‌ها اعتماد و اعتبار کافی داشته باشند.

تقدیر و تشکر

جزیی از یافته‌های رساله دکتری نویسنده اول در دانشکده پرستاری مامایی علوم پزشکی تهران با عنوان تبیین تئوریک سلامت نوجوانان بوده است.

از همکاری صمیمانه یکایک نوجوانانی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌گردد. از خداوند متعال سلامت و توفیق روزافزون آنان را خواستاریم. این مقاله

فهرست منابع

- 1 Rask K, Astedt-Kurki P, Laippala P. Adolescent subjective well-being and realized values. *J Adv Nurs*. 2002 May;38(3):254-63.
- 2 Hedberg VA, Byrd RS, Klein JD, Auinger P, Weitzman M. The role of community health centers in providing preventive care to adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Jun; 150(6):603-8.
- 3 Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115(2):340-7.
- 4 Upchurch DM, Mason WM, Kusunoki Y, Kriechbaum MJ. Social and behavioral determinants of self-reported STD among adolescents. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004 Nov-Dec; 36(6):276-87.
- 5 Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*. 2005 Feb; 100(2):235-46.
- 6 Parvizy S, Nikbakht A, Pournaghash S, Sharokhi S. Adolescents' Perspectives on addiction: Qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2005; 7: 192-198.
- 7 Thomson CC, Fisher LB, Winickoff JP, Colditz GA, Camargo CA, Jr., King C, 3rd, et al. State tobacco excise taxes and adolescent smoking behaviors in the United States. *J Public Health Manag Pract*. 2004 Nov-Dec;10(6):490-6.
- 8 Wee HL, Chua HX, Li SC. Meaning of health-related quality of life among children and adolescents in an Asian country: a focus group approach. *Qual Life Res*. 2006 Jun; 15(5):821-31.
- 9 National youth Organization. The Iranian's Youth Situation and Attitude. [Cited 2009 November], website available from: <http://portal.javanan.ir/default.aspx>.
- 10 Salimi SH, Mirzamani SM, Shahiri-Tabarestani M. Association of parental self-esteem and expectations with adolescents' anxiety about career and education. *Psychol Rep*. 2005; 96:569-78.
- 11 Kelishadi R, Mokhtari MR, Tavasoli AA, Khosravi A, Ahangar-Nazari I, Sabet B, et al. Determinants of tobacco use among youths in Isfahan, Iran. *Intl J Pub Health*, 2007; 52(3).173-9.
- 12 Ellett ML, Beausang CC. Introduction to qualitative research. *Gastroenterol Nurs*. 2002 Jan-Feb; 25(1):10-4.
- 13 Krippendorff, K. [Content analysis: an introduction to its methodology]. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004 PP: 35-67. Persian
- 14 Polit DF, Beckr CT. *Nursing Research, Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, 2006. PP: 235-300.
- 15 Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *J Adolesc Health*. 1999 Dec; 25(6):371-8.
- 16 Morgan, DL. *Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths not Taken*. *Qual Health Res*. 1993 Feb 1993 3(1):112-121
- 17 Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, 2002. PP: 25-192.
- 18 Reiss J, Gibson R. Health care transition: destinations unknown. *Pediatrics*. 2002 Dec; 110(6 Pt 2):1307-14.
- 19 Saxena S, Jane-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*. 2006 Feb; 5(1):5-14.
- 20 Senderowitz J. *Adolescent Health*. Washington: World Bank, 1995. PP: 256.
- 21 Micucci J. *The Adolescent in Family Therapy*. New York: Guilford, 1998. P: 120.

- 22 Schuster MA, Eastman KL, Fielding JE, Rotheram-Borus MJ, Breslow L, Franzoi LL, et al. Promoting adolescent health: worksite-based interventions with parents of adolescents. *J Public Health Manag Pract.* 2001 Mar; 7(2):41-52.
- 23 McFeely S. Young people's pathway to smoking cessation. *Nurs Stand.* 2001 Sep 26-Oct 2; 16(2):39-42.
- 24 Haggman-Laitila A. Health as an individual's way of existence. *J Adv Nurs.* 1997 Jan; 25(1):45-53.
- 25 Crain W. Theories of development. 4th ed, New Jersey: Prentice Hall, 2000. P: 42.

A qualitative study on social predisposing factors of adolescents' health

*Sorrer Parvizi¹ PhD Fazlollah Ahmadi²PhD Hosein Pourasadi³

ABSTRACT

Background and aim: society is the living context of adolescents' health and includes social constitutions. Adolescents as an important social group experience many disturbances because of the characteristics of current society and special features of adolescence. The life style and habits of adolescence sometime lasts until death; so the resulted problems would affect all the life.

Material & Method: A qualitative content analysis has been used. Open semi structured Interviews were conducted until data saturation

Result: These three categories have been emerged: the semiology of an unhealthy society, adolescents' expectations from the society, social health prerequisites.

Discussion: Both the adolescents and their health are affected by the essential role of social predisposing factors. To develop the social aspect of adolescents' health is necessary. The social aspect of health which is related to the family, employment, welfare and communications could be useful in a healthy foundation of the future.

Conclusion: Understanding adolescents' perspectives is not only important but is useful for maintaining a healthy society. Therefore, families, teachers, health workers and policy makers should develop prevention and intervention programs based on adolescence developmental processes especially tending to social factors.

Key words: Adolescent – Health – Society - Qualitative Content Analysis

Received: 16 Mar 2010

Accepted: 4 Apr 2011

◆This article has been excerpted from MS dissertation

¹ Associate Professor, Department of Public Health Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Tell:02161054202 Email:s_parvizi@yahoo.com

² Associate Professor in Nursing, Nursing Department, Medical Sciences School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Nursing Student, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran