

درک از مفهوم سلامت در نوجوانان خرم آبادی: مطالعه کیفی

*دکتر سرور پرویزی^۱ فریبا سپهوند^۲ دکتر اکرم ثناگو^۳ نغمه رزاقی^۴

چکیده

زمینه هدف: مفهوم خاص سلامتی، اهمیت نوجوانی و وفور عوامل خطر این دوره. قواعد خاص نوجوانان برای شناخت جامعه، لزوم پژوهش کیفی در این زمینه است. این پژوهش با هدف درک سلامت نوجوانان خرم آباد به عنوان یک گروه سنی مهم متعلق به قومیت بزرگ لر انجام شده است.

روش بررسی: با استفاده از روش تحلیل محتوایی (Content Analysis) مصاحبه های باز نیمه ساختاریافته با بیست و پنج نوجوان خرم آبادی انجام، مکالمات ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس و تحلیل شده است.

یافته ها: یافته ها در چهار طبقه تجربه مشکلات آموزشی، نقش باورهای غنی مذهبی در سلامت نوجوانان، تجربه ی مشکلات اقتصادی و عدم سلامت، منابع و حمایت های اجتماعی تنظیم شدند. نوجوانان بر اهمیت عوامل آموزشی، اقتصادی - اجتماعی و لزوم انجام آیین های عبادی و درونی ساختن باورهای مذهبی، و مشارکت اجتماعی نوجوانان در سلامت نوجوانان اشاره نموده اند. تجربه ی تبعیض در مدرسه، کمبود امکانات آموزشی، معلمین بی انگیزه، اضطراب امتحان، دشواری های مالی، اشتغال مفرط والدین، فقدان امکانات اجتماعی نیز در فقدان احساس سلامت نوجوانان مؤثر بوده است.

نتیجه گیری: تأمین سلامت نوجوانان زیربنای اهداف توسعه ملی است. تأمین و ارتقاء خدمات اجتماعی به ویژه اشتغال، سالم سازی جامعه از سیگار، الکل و مخدرها، تأمین امکانات و شرایط مناسب آموزشی می تواند در تأمین سلامت نوجوانان از نقطه نظر خود آنان مؤثر باشد.

کلید واژه ها: نوجوان - مفهوم سلامت - پژوهش کیفی

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۱۰

^۱ استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول)

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس درمان سازمان تأمین اجتماعی خرم آباد، لرستان، ایران

^۳ استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گلستان، ایران

^۴ مربی پرستاری کودکان، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، خراسان رضوی، ایران

مقدمه

نوجوانان و سلامت آنان دارای اهمیت ویژه ای می‌باشد، زیرا آینده‌ی جوامع و تعالی نوجوانان زیربنای آینده روشن بوده و بسترسازی برای سلامت آنان مقدمه‌ی سلامت فردا است.

در نتایج پژوهشی که بر احساس سلامت و ارزش‌های نوجوانان فنلاندی انجام شد، بیشتر نوجوانان احساس رضایت از زندگی داشته و ۲۵ درصد نگرانی‌های مالی و ۱۷ درصد احساس خستگی می‌کرده‌اند.^(۱) نتایج مطالعه دیگری ارتباط بین افزایش وزن و چاقی با احساس سلامت کمتر در نوجوانان رانشان داده است.^(۲) بهداشت باروری جنبه مهم دیگری از سلامت نوجوانان است، که در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در مورد آن انجام شده است. Tsai و Wong در پژوهش کیفی مهارت‌های نوجوانان تایوانی را در رویارویی با بارداری نوجوانی را تبیین و پیشنهاد کرده‌اند که نوجوانان و والدین به درک بهتری در این زمینه نیاز دارند تا تصمیم‌گیری‌های مناسب‌تری داشته باشند. آموزش‌های بهداشت جنسی از طریق مدارس، کلیساها و والدین نیز لازم شناخته شده است.^(۳) Rock و همکاران همچنین ارتباط بین آگاهی، ادراک مثبت و استفاده از کاندوم را در بین نوجوانان یافته‌اند.^(۴)

در پژوهش کیفی بر خانواده و سلامت نوجوانان ایرانی نظرات نوجوانان در محورهای افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان، نقش مؤثر والدین در تأمین سلامت نوجوانان، اقتصاد خانواده و سلامت نوجوان بیان شده است.^(۵) احمدی و حسنی نیز در بررسی پدیده اعتیاد در جنوب ایران مصرف ۲۵ درصدی سیگار، ده درصدی الکل و سه و نیم درصدی تریاک را در بین نوجوانان مورد بررسی گزارش کرده‌اند.^(۶)

جوانی جمعیت کشور که یکی از بارزترین ویژگی‌های جمعیتی ایران محسوب می‌شود، توجه ویژه به این گروه مهم و در معرض خطر را ضروری می‌سازد، زیرا نوجوانان در معرض آسیب‌های روانی اجتماعی زیادی هستند. زودرنجی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، میزان قابل توجه جرایم دانش‌آموزان دبیرستانی، رواج اعتیاد و دسترسی به الکل و مواد مخدر، نداشتن مهارت زندگی مطلوب، روند فزاینده‌ی بیکاری و شکست‌های تحصیلی به ویژه در مورد آزمون ورودی دانشگاه‌ها مثال‌هایی از این آسیب‌های فزاینده هستند.^(۷-۱۲)

دلیل دیگر برای اهمیت پرداختن به سلامت نوجوانی آن است که شیوه‌ی زندگی در بزرگسالی در دوره‌ی نوجوانی تثبیت می‌شود و بیشتر علل مرگ و میر نوجوانان در این دوره قابل پیشگیری هستند.^(۱۳، ۱۴) از این رو با درک بهتر دیدگاه‌های روانی اجتماعی نوجوانان، می‌توان برنامه‌های اساسی پیش‌گیرنده و توسعه محور در این زمینه را طراحی کرد.^(۱۵) کشف و شرح معنای سلامت می‌تواند در بخش‌های مختلف برنامه‌های توسعه مؤثر باشد. طراحی و تدبیر و اجرای برنامه‌های توسعه، در بعد بهداشتی، بیش از هر چیز به زیربنا و ساختار تئوریک و روشن‌شدن دیدگاه‌ها پیرامون مفاهیم اصولی چون سلامت نیازمند است.

از سوی دیگر ادراکات و عقاید نوجوانان به عنوان گروه در معرض خطر به دشواری قابل کمی کردن هستند. با توجه به اهمیت نوجوانی و وفور عوامل خطر این دوره، زمینه‌های پژوهش کیفی فراوان است. نوجوانان قواعد خاص خود را برای شناخت جامعه، ارزش‌ها، فرهنگ‌ها و زبان خاص خود را دارند.^(۱۶) پژوهش‌های کیفی، در این دوره تکامل به شناخت بیشتر و بهتر نوجوانان کمک می‌کند. این شناخت عمیق و واقعی می‌تواند به

راهنمایی های موثرتر و برنامه ریزی های مبتنی بر شواهد و در نهایت سلامت نوجوانان بیانجامد. فقدان تحقیقات در مورد سلامت در نوجوانان خرم آبادی، اهمیت درک مفهوم بنیادین سلامت به عنوان پیش نیاز دستیابی به حقوق اولیه ی انسانی- شهروندی، اهمیت نوجوانان و کثرت آنان در هرم سنی جمعیت کشور، آسیب پذیری های جدی و فزاینده ی نوجوانان ضرورت های انجام این پژوهش هستند. سوال اصلی پژوهش، ماهیت و چیستی مفهوم سلامت به عنوان یک مفهوم اساسی و هدف مطالعه درک از مفهوم سلامت در نوجوانان خرم آباد به عنوان یک گروه سنی مهم متعلق به قومیت بزرگ لر بوده است.

روش بررسی

پژوهش های کیفی تجارب انسان ها در زندگی روزمره شان را بیان می کند. در پژوهش کیفی، پژوهشگر بر محیط پژوهش تأثیر نمی گذارد، بلکه تنها سعی می کند زندگی روزمره را همان گونه که هست بشناسد و درک کند.^(۱۷)

این تحقیق آنالیز محتوایی کیفی (qualitative content analysis) است. تحلیل محتوا به طور بالقوه یکی از مهم ترین تکنیک های پژوهشی در علوم اجتماعی است که در پی شناخت داده ها به تحلیل آن ها می پردازد. این روش همچنین در تحقیق و آموزش پرستاری در تنوع وسیعی از داده ها و برای داشتن تفسیر عمیقی از آن به کار گرفته می شود. تحلیل محتوا به مثابه تکنیکی پژوهشی شامل شیوه های تخصصی در پردازش داده های علمی است.^(۱۹،۱۸)

نوجوانان داوطلب، متناسب با پژوهش کیفی، طی نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مصاحبه عمیق

معمولاً رایج ترین منبع جمع آوری داده ها ست. در این پژوهش نیز مصاحبه عمیق، نیمه ساختاردار و تعاملی به طور فردی و در صورت لزوم، گروهی انجام شده است. مصاحبه گروهی، بسته به شرایط و در صورتی که حضور نوجوانان کنار یکدیگر به تسهیل جریان اطلاعات کمک کند مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش هایی از عوامل سلامت نوجوانان، تفاوت های سالم بودن و سالم نبودن با یکدیگر، ذکر تجربه ی شرایط احساس حداکثر و حداقل سلامت زمینه هایی بوده که به منزله پرسش های راهنما در مصاحبه ها مورد سوال قرار گرفته است. کلیه مصاحبه ها توسط پژوهشگر بومی (نویسنده دوم) و بر اساس تمایل مشارکت کنندگان، به زبان لری و یا فارسی انجام گرفته و در تجزیه و تحلیل به فارسی برگردان شده است. طول مدت مصاحبه تابع شرایط و از نیم تا سه ساعت با میانگین هفتاد دقیقه بوده است.

شرایط انتخاب نمونه سن ۱۹-۱۰ سال، بومی (متولد و ساکن خرم آباد بودن) و سالم بودن (فقدان بیماری در زمان انجام پژوهش) و تمایل و توانایی در انتقال تجارب غنی و احساسات عمیق خود پیرامون سلامت نوجوانان بوده است. مصاحبه ها تا بیست و پنجمین مورد یعنی جایی که اشباع اطلاعاتی (data saturation) حاصل شده و دیگر کد جدیدی به داده ها اضافه نشود ادامه یافته است.^(۱۹،۱۸)

محیط پژوهش کیفی، محیطی واقعی و طبیعی است^(۱۹) لذا با توجه به روش نمونه گیری هر جا دسترسی مناسب به نمونه ها و شرایط مصاحبه ی مطلوب جهت نیل به اهداف پژوهش میسر بوده و همچنین نوجوانان تمایل داشته اند (مدارس، کتابخانه ها، پارک ها، فرهنگسراها، ورزشگاه ها) مصاحبه ها انجام شده است.

تلفیق زمانی در تحقیق (بررسی در زمان‌های مداوم و امکان بازخورد به داده‌ها) (time triangulation)، تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان (prolonged engagement & persistent observation).^(۲۰)

یافته‌ها

نوجوانان مورد بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی مطابق جدول شماره ۱ را داشته‌اند.

جدول شماره ۱ - ویژگی‌های جمعیت شناختی نوجوانان مورد بررسی در خرم آباد

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	دختر ۱۷ (۶۸)
	پسر ۸ (۳۲)
پایه تحصیلی	راهنمایی ۴ (۱۶)
	دبیرستان و هنرستان ۱۶ (۶۴)
	شاغل ۱ (۴)
	سایر موارد ۴ (۱۶)
جمع	۲۵ (۱۰۰)

نوجوانان مشارکت کننده بیش از آنچه که سلامتی را تجربه کنند، مشکلاتی را که به کاهش سلامت می‌انجامد تجربه کرده‌اند. چهار طبقه اصلی در صدر متغیرهای موثر بر سلامت نوجوانان ذکر می‌گردد. این طبقات چهارگانه که هر یک دو تا چهار زیر طبقه را در بر گرفته‌اند، در زمینه مشکلات آموزشی و اقتصادی، باورهای مذهبی غنی، و عوامل اجتماعی بوده است که در قسمت زیر این طبقه بندی‌ها و بخش‌هایی از مصاحبه‌ها که مؤید آن است ذکر می‌گردد (جدول شماره ۲).

اخلاقیات، با کسب رضایت آگاهانه در فرآیند پژوهش (اجزاء آن: بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در پژوهش، روش‌های جمع‌آوری و ضبط داده‌ها)، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات مشارکت کنندگان (اعم از نام، نوار، متن نوشتار)، داشتن حق کناره‌گیری مشارکت کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه، در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت کنندگان و کسب معرفی‌نامه‌ها و طی مراحل قانونی لازم، رعایت شد.

حاصل ارتباطات کلامی مشارکت کنندگان بر روی نوار ضبط شده و در اولین فرصت، همراه ارتباطات غیر کلامی، نسخه برداری شد. متن نسخه برداری شده مصاحبه‌ها، پس از چندین بار مرور، به واحد‌های معنایی تشکیل دهنده و سپس به کوچک‌ترین واحدهای معنی‌دار (کد) شکسته شدند. سپس کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس مرکزیت و تشابه معنایی در زیر طبقه‌ها و طبقات اصلی جایگزین شوند. 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. در نهایت پژوهشگران و مشارکت کنندگان به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌ها، محتوا و نام آن‌ها نمود یافته است، رسیدند.^(۱۹)

برای تعیین عینیت پذیری و مقبولیت (قابل پذیرش بودن داده‌ها) داده‌های این پژوهش کیفی مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی از انواع این روش‌ها استفاده شد، بازنگری ناظرین، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان (peer and member check)، جست و جو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی (searching for disconfirming evidences)، استفاده از

جدول شماره ۲- طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده

طبقه اصلی	طبقه فرعی
تجربه مشکلات آموزشی	تبعیض در مدرسه کمبود امکانات آموزشی معلمین بی انگیزه اضطراب امتحان
نقش باورهای غنی مذهبی در سلامت نوجوانان	انجام آیین‌های عبادی و سلامت نوجوانان عوامل مؤثر بر درونی ساختن باورهای مذهبی
تجربه‌ی مشکلات اقتصادی و عدم سلامت	تجربه‌ی محرومیت اقتصادی دشواری‌های مالی و احساس کمتری اشتغال مفرط والدین
سلامت اجتماعی زیربنای سلامت نوجوان	فقدان امکانات اجتماعی لزوم مشارکت اجتماعی نوجوانان

۱- تجربه مشکلات آموزشی با چهارطبقه‌ی فرعی، تبعیض در مدرسه، معلمین بی انگیزه، کمبود امکانات آموزشی، و اضطراب امتحان، اولین طبقه استخراج شده است.

بیشترین و عمیق‌ترین مشکلات نوجوانان در مدرسه مربوط به زمانی بوده است که بهداشت روان نوجوانان به دلیل مورد تبعیض قرار گرفتن و نیز در ارتباط با بی‌انگیزگی معلمین به خطر افتاده است. مشارکت کنندگان تجارب ناخوشایندی در این زمینه عنوان نموده‌اند.

معلم‌ها چون حقوق کمی می‌گیرند، حال و حوصله کلاس رو ندارند. با موبایلشون معامله می‌کنند. تبلیغ کلاس‌های خصوصی شون رو می‌کنند،... از همه بدتر این‌که به بچه‌هایی که پدرشون یه کاره‌ای هست یا پولداره بیشتر احترام می‌گذارند. پسر ۱۷ ساله کمبود امکانات آموزشی سبب حجم عمده‌ای از مشکلات نوجوانان ذکر شده است. بعضی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند با وجود این مشکلات،

اصلاً نمی‌توانند سلامتی را تجربه کنند. به عبارت دیگر نوجوانی سالم است که از امکانات مناسب و کافی مدرسه احساس رضایت کند. بسیاری از آنان حتی از فقدان حداقل‌های آموزشی گلایه داشتند. زمان‌های امتحان دادن و داشتن، انتظار برای نتایج امتحانات، و هنگام کارنامه گرفتن، هنگام تجربه‌ی اوج نا سلامتی در چندین نفر از مشارکت‌کنندگان بوده است. در زیر نیز فرازی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این باره ذکر می‌شود: «بدترین زمانی که احساس کردم اصلاً سالم نیستم پارسال بود وقتی امتحان می‌دادیم. فاصله بین امتحانات و کارنامه گرفتن هم خیلی اضطراب دارم و فکر می‌کنم اصلاً سالم نیستم، در حالی که همیشه نمره‌های خوبی می‌گیرم.» دختر ۱۴ ساله

۲- نقش باورهای غنی مذهبی در سلامت نوجوانان با دو طبقه فرعی: انجام آیین‌های عبادی و سلامت نوجوانان، عوامل مؤثر بر درونی ساختن باورهای مذهبی، دومین طبقه‌ی استخراج شده است.

باورهای غنی مذهبی، یکی از مواردی است که بارها نوجوانان مشارکت‌کننده در نقش مهم آن بر سلامت خود به ویژه سلامت روان تأکید کرده‌اند. انجام آیین‌های عبادی و مذهبی با تجربه‌ی نوجوانی و ترک آیین‌های عبادی با تجربه‌ی نداشتن احساس سلامت همراه بوده است. حتی گاه تجربه‌های اوج سلامت، انجام آیین‌های مذهبی بوده است: «ماه رمضان و وقت‌هایی که به خدا نزدیک تر هستم فکر می‌کنم کاملاً سالمم، روحیه‌ی بهتری هم دارم.» دختر ۱۵ ساله عوامل مؤثر بر درونی ساختن باورهای مذهبی، به زعم مشارکت‌کنندگان، والدین، مسؤولین مدرسه و رسانه‌های جمعی بوده است. در این فراز نیز به خوبی بر نقش مذهب در سلامت نوجوانان و همچنین رسالت والدین در آموزش و غنی‌سازی باورهای مذهبی

تأکید شده است: "مذهب خیلی مهمه، پدر و مادرها برای این که نوجوون ها بتوانند توی این دوره و زمونه سالم بمونند باید اون ها رو با نماز، روزه، نهج البلاغه و قرآن آشنا کنند. اصلاً نوجوان سالم کسیه که اعتقادات مذهبی درست و محکمی داشته باشد." پسر ۱۸ ساله ۳- تجربه مشکلات اقتصادی و عدم سلامت، با سه طبقه فرعی، تجربه محرومیت اقتصادی، دشواری های مالی و احساس کهنتری، و اشتغال مفرط والدین، سومین طبقه استخراج شده است.

دشواری های اقتصادی از تجارب منفی تأثیرگذار بر سلامت برخی نوجوانان لر بوده است و سه طبقه فرعی دارد. تجربه محرومیت اقتصادی، پیامدهای مادی و غیر مادی برای سلامت نوجوانان داشته است. مشکلات مادی ذکر شده از جانب نوجوانان در دامنه گسترده ای از مشکلات معیشتی ابتدایی مثل نداشتن قوت لایموت تا ناتوانی در هزینه ی کلاس های میلیونی کنکور قرار دارد. این فراز از سویی حساسیت های نوجوانی و از سوی دیگر نشانگر دشواری های اقتصادی است:

"من توی مدرسه خیلی از بچه ها رو می شناسم که وقتی توی مدرسه به ما شیر (تغذیه رایگان به دانش آموزان استان محروم لرستان) می دهند، میگن چون پول خریدن شیر رو ندارند این رو برای برادر و خواهر کوچکترون می برند خونه." دختر ۱۲ ساله، احساس کهنتری، چیزی بیش از پیامدهای مادی، تجربه های نداری نوجوانان بوده است. نوجوانان به دلایلی از جمله کاهش قدرت خرید لباس های مورد علاقه و با مد پیش رفتن، نداشتن تفریحات دلخواه، ناتوانی در هزینه کردن بین جمع های دوستانه، احساس حقارت می کرده اند. تجارب نداری، محدودیت ها قدرت خرید پایین و ناتوانی های ناشی از آن در زمره زمان هایی بوده که نوجوانان احساس ناسالم بودن

می کرده اند: "وقت هایی که خانواده ام پول ندارند یا نمی تونند بهم پول باشگاه رفتن بدهند احساس می کنم خیلی از نظر جسمی و روحی ناسالمم." پسر ۱۷ ساله اشتغال مفرط والدین، به دلیل عدم موازنه در هزینه و درآمد خانواده ها و به دنبال آن درگیری و خستگی مفرط والدین و در نهایت، بی توجهی به شرایط نوجوانان به ویژه عدم تأمین نیازهای عاطفی و تفریحی نوجوانان در خانواده خواهد شد. گاه نوجوانان به گونه اغراق آمیزی از اشتغال مفرط والدین و بی توجهی به تغییرات و نیازهای نوجوانان سخن می گفتند: "پدر و مادرها همه اش کار می کنند تا به لقمه نون در بیارند. بعد هم هیچ کس نمی دونه بچه اش چیکار می کند، حتی پدر و مادرها گاهی خبر ندارند که بچه شون چه شکلی شده است." پسر ۱۷ ساله

۴- منابع و حمایت های اجتماعی، با دو طبقه فرعی، کمبود امکانات اجتماعی، و لزوم مشارکت اجتماعی نوجوانان، چهارمین طبقه استخراجی بوده است. کمبود امکانات اجتماعی، به گفته بعضی از مشارکت کنندگان اساس مشکلات نوجوانان و مانع سلامت آنان است. برنامه ریزی های ناکافی و نامناسب برای کار، تفریح، تحصیل، و چگونگی گذران اوقات فراغت، می تواند مانع سلامت نوجوانان بوده و حتی ناهنجاری ها و مشکلات اجتماعی نوجوانان را ایجاد و تشدید کند. یکی از مشارکت کنندگان در این باره گفته است:

"اصلاً برای ما هیچ فکری نمی کنند، ... دقیقاً همین باعث مشکلات ما نوجوون هاست. ببینید نه پارک درستی برای تفریح داریم، نه باشگاهی برای ورزش، اصلاً برای هیچی فکری نکرده اند هنر، صنعت، کار، تحصیل، همه اش مشکله، بعد هم میگن چرا این قدر

کاهش رضایت از مدرسه با احساس بیماری، بی‌اشتهایی و مشکلات بیشتر با والدین همراه بوده است.^(۲۲) مشارکت کنندگان گفته‌اند، هنگام مورد تبعیض قرار گرفتن و داشتن معلمین بی‌انگیزه، احساس سلامت نمی‌کرده‌اند. در طرح گسترده سازمان ملی جوانان نیز نگرش مثبت به عملکرد مدارس وجود نداشته و با ارتقاء پایه تحصیلی نیز نگرش منفی تری نسبت به عملکرد مدارس گزارش شده است.^(۱۲)

رضایت از مدرسه نقش جامع و مؤثری بر سلامت نوجوانان داشته است. افزایش رضایت از مدرسه با افزایش رضایت از زندگی، داشتن نگرش مثبت به زندگی، نداشتن افسردگی، شادی و لذت بردن از زندگی، و افزایش عزت نفس همراه بوده است.^(۲۳) با توجه به این نکته و با توجه به اهمیت تشکیل هویت در نوجوانی و فرصت‌های منحصر به فردی که در مدارس برای نیل به این مهم وجود دارد، بازنگری در نظام تعلیم و تربیت، اقدامات فراگیر برای ایجاد انگیزه در معلمین و افزایش امکانات مدارس، به گونه‌ای که مغل روند تکاملی نوجوانان نباشد، ضروری به نظر می‌رسد.

۲- نقش باورهای غنی مذهبی در سلامت نوجوانان دومین طبقه‌ی استخراج شده است.

نوجوانان مشارکت‌کننده در پژوهش بر نقش مؤثر باورهای مذهبی در سلامت نوجوانان تأکید کرده‌اند. در پژوهشی کیفی که برای تبیین ماهیت سلامت زنان دانشجوی عربستان سعودی انجام شده است، زندگی متعادل، معنویت، و تطابق نیز جزو طبقه‌های استخراج شده بوده است.^(۲۴) پژوهش‌ها رابطه متقابلی را بین باورهای مذهبی و سلامت روان فرد نشان داده‌اند. براساس نتایج تحقیق سازمان ملی جوانان که بر روی نوجوانان سراسر کشور انجام شد، بین اعتقادات مذهبی

نوجوانان به طرف کارهای خلاف می‌روند، چرا؟!..... برای این‌که هیچ‌کس به فکر ما نیست. دختر ۱۹ ساله مشارکت اجتماعی نوجوانان، پیش شرط سلامت نوجوانان و سلامت جامعه ذکر شده است. طراحی و تدبیر امور مربوط به نوجوانان به دست خود آنان محاسن زیادی خواهد داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفته است: بعضی نیز مشارکت نوجوانان در امور مربوط به خود را در تدبیر و بسامانی برنامه‌های موجود مؤثر ذکر کرده و گفته‌اند: "من اگر یک کارهای بودم می‌گذاشتم انجمن‌های بچه‌ها برای بچه‌های شهر برنامه ریزی کند. چون بچه‌ها استعدادها و مشکلات خودشان رو بهتر می‌دونند و بهتر می‌دونند که به چی احتیاج دارند. این جواری پارتی بازی و این چیزها هم کمتر می‌شد." دختر ۱۷ ساله

بحث و نتیجه‌گیری

۱- تجربه مشکلات آموزشی که یکی از موانع سلامت نوجوانان بوده، اولین طبقه استخراج شده است. آموزش و مسائل مربوط به آن، مشابه یافته‌های این پژوهش، از موضوعات مهم و مؤثر در سلامت و رفتارهای بهداشتی نوجوانان در پژوهش Spear و Kulbok بوده است.^(۲۱) با توجه به تأکید بیشتر مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد مشکلات آموزشی در بین نوجوانان خرم‌آباد بیشتر و یا جایگاه آموزش اهمیت بیشتری در سلامت داشته است. تجربه‌های منفی چون خشونت، اضطراب امتحان، نارضایتی از مدرسه که نوجوانان ذکر کرده‌اند می‌تواند از عوامل اضطراب، افزایش شکست‌های تحصیلی، تنفر نسبت به مدرسه و حتی روی آوردن به رفتارهای خطرناکی چون اعتیاد در نوجوانی باشد.

ره آورد مدرنیته است که نوجوانان غربی نیز با آن روبرو هستند.^(۲۵)

کمال گرایی و حساسیت های اجتماعی در نوجوانی می تواند، پیامدهای مشکلات اقتصادی را بیش از سایر سنین به همراه داشته باشد. افزایش رفتارهای خطرناک در بین نوجوانان بعضی از پیامدهای این مشکلات اقتصادی است. همان گونه که Honig می نویسد: رفتارهای خطر زا در نوجوانان دارای تجارب محدودتر، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تر، خود محوری بیشتر، و آنهایی که بیشتر تحت تأثیر گروه همسالان هستند بیشتر است.^(۱۵) فقر در کنار نابسامانی های خانوادگی و ترک تحصیل عوامل خطر ساز سلامت روان نوجوانان می باشند.^(۲۶)

۸- منابع و حمایت های اجتماعی، آخرین طبقه استخراجی بوده است. مشارکت کنندگان از کمبود امکانات اجتماعی و رفاهی ناراضی بوده و بنابراین احساس سلامت نمی کرده اند. برخورداری از رفاه اجتماعی یکی از ابعاد سلامت، از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت است.^(۲۷، ۲۸) در مطالعات مشابه، بسیاری از نوجوانان از رفاه، تفریح و مسافرت به عنوان نقطه ی عطف سلامت خود یاد کرده اند.^(۲۹) نتایج تحقیق ملی سازمان ملی جوانان نیز مؤید یافته ها ی این پژوهش است. براساس نتایج طرح ملی این سازمان، رضایت از نحوه گذران اوقات فراغت در ۳۸ درصد نمونه ها، کفایت امکانات در ۲۸ درصد و کفایت برنامه های ملی توسط ۸۰ درصد نمونه ها ابراز شده است.^(۱۲) پسران آمریکایی نیز بر اهمیت امکانات آموزشی و فرهنگی در سلامت نوجوانان تأکید نموده اند.^(۳۰) به علاوه آینده در سلامت نوجوانان نقش مهمی دارد. وقتی محیط اجتماعی حمایت کننده باشد، آینده هم روشن به نظر می رسد چون قابل پیش بینی است و از این رو

با سلامت روان رابطه مستقیمی وجود داشته است. هر قدر فرد از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشد اعتقادات دینی محکم تری نیز دارد. در نتیجه اگر می خواهیم معتقدات دینی استوار باشد باید موانع موجود در راه سلامت روان را برداریم.^(۱۲) صرف نظر از اهمیت ارزش های مذهبی بر سلامت، دوره نوجوانی زمان افزایش حساسیت های متافیزیکی و تغییرات ارزشی است. Lewis با توجه به تغییرات تکاملی دوره ی نوجوانی می نویسد: آگاهی بیشتر نسبت به مرگ، اشراف بر زمان، شناخت جهان خارج، احساس عمیق تر نسبت به اخلاق و مذهب، تمایل به سیاست و جهان بینی در این دوره از سایر ابعاد تکامل شناختی است.^(۲۵) از این رو در جامعه ای با بنیادهای عمیق مذهبی و فرهنگی، تقویت و درونی کردن باورهای مذهبی می تواند در تأمین سلامت نوجوانان مؤثر باشد.

۳- تجربه مشکلات اقتصادی و عدم سلامت سومین طبقه بوده است. مشارکت کنندگان، از مشکلات اقتصادی و پیامدهایی چون فقر، بیکاری، رابطه مداری، قاچاق کالا و مواد مخدر، دزدی و تأثیر سوء آن بر سلامت خود سخن گفته اند. با توجه به محرومیت استان، این نگرانی ها قابل انتظار است. محدودیت فرصت های شغلی و البته ناکافی بودن تلاش های موجود سبب شده است تا نوجوانان خرم آباد ضمن نگرانی برای اشتغال خود در آینده، با مشکلات والدین چند شغله ی خود و درآمدهای ناکافی آنان نیز دست به گریبان باشند و از این رو احساس سلامت نداشته باشند. سایر پژوهش ها نیز وضعیت اقتصادی و اجتماعی را از معیارهای سلامت و دغدغه نوجوانان دانسته اند.^(۲۲، ۱) به علاوه این که تضادهای پیچیده ی اجتماعی و رویارویی فقر و ثروت از پیچیدگی های

در سلامت نوجوانان می توان مهارت های زندگی را به نوجوانان آموزش داد. به علاوه با ترویج ورزش و رقابت های قهرمانی، دوستی های سالم و آشناسازی نوجوانان با عوامل خطر نوجوانی و چگونگی مصون ماندن در برابر آنها با استفاده از رسانه های عمومی، مدارس و مشارکت نوجوانان می توان برای گذاری امن تر از نوجوانی تلاش کرد.

دیگر این که تغییرات تکاملی دوره ی نوجوانی با توجه به زیست بوم های متفاوت و آسیب پذیری های آنان را باید شناخت. انجام پژوهش های کیفی برای درک دنیای پیچیده نوجوانی از دیدگاه خود آنان و تأمین داده های مستند و گسترش دانش پیرامون عوامل و موانع سلامت نوجوانان ضروری می باشد.

سخن آخر این که سلامت نوجوانان یک هدف نیست، یک راه طولانی است که در امتداد زندگی و پا به پای تکامل انسان ادامه دارد پس برای تأمین سلامت نوجوانان و دستیابی به آینده ای درخشان، تلاش همه ما لازم است.

قابل تعمیم نبودن و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط (به ویژه زمان) از محدودیت های این مطالعه به شمار می رود، در حالی که خود می تواند، از دیدگاهی دیگر با توجه به لحاظ شدن متغیرهای محیطی و فرهنگی در پژوهش کیفی و عمق آن نسبت به پژوهش های کمی، توانمندی محسوب گردد، این محدودیت (ویژگی) ها پژوهش کیفی را یگانه و منحصر به فرد می سازند و این قابلیت پژوهش کیفی است.

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه یکایک نوجوانانی که این پژوهش بدون همکاری های آنان میسر نبود قدردانی می گردد.

نوجوانان احساس سلامتی می کنند.^(۳۱) از این رو تأمین خدمات بهداشتی عادلانه و بدون توجه به پیشینه اجتماعی - اقتصادی، سن، جنس، مذهب و موقعیت جغرافیایی از حقوق نوجوانان شمرده شده است.^(۳۲) مشارکت کنندگان همچنین بر اهمیت مشارکت اجتماعی نوجوانان و بازتاب این مشارکت بر سلامت خود تأکید کرده اند. با توجه به این که نوجوانان حجم گسترده ای از هرم جمعیتی کشور را تشکیل می دهند و شرایط، نیازهای متفاوت، قابلیت و انرژی زیادی دارند، طراحی زیر ساخت های اجتماعی با در نظر گرفتن مشارکت نوجوانان سودمندی های زیادی خواهد داشت. همان گونه که نوجوانان در این پژوهش گفته و متون علمی نیز نوشته اند، مشارکت نوجوانان نقش مهمی در اجرای موفق برنامه های بهداشت نوجوانان دارد. مشارکت نوجوانان در کشورهای آفریقا و آمریکای لاتین، با مداخلات بهداشتی در جهت خدمات مناسب بهداشتی پیشگیری، ارتقاء سلامت، و خدمات بهداشتی دوران بلوغ مورد استفاده قرار گرفته است.^(۳۳)

بنابر این با توجه یافته های پژوهش و اهمیت شرایط آموزشی بر سلامت نوجوانان، تلاش برای تغییرات روزآمد در نظام آموزش و پرورش و داشتن جایگاهی در خور برای معلمان، می تواند به سلامت نوجوانان کمک کند. همچنین با توجه به تأکید مشارکت کنندگان بر نقش عوامل اجتماعی-مذهبی بر سلامت می توان با تأمین جامعه سالم، برای داشتن نوجوانان سالم تلاش کرد. آموزش مهارت های حل مسئله، تمرین تفکر خلاق و آموزش راه های مقابله با بحران، ایجاد، گسترش و تثبیت باورهای عمیق مذهبی- اخلاقی در نوجوانان نیز می تواند در تأمین سلامت نوجوانان مؤثر باشد. همچنین با توجه به پررنگ بودن عوامل خطر اجتماعی

اندیشه های پویا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای این پژوهش ستودنی است.

از خداوند متعال سلامت و توفیق روز افزون یکایک آنان را خواستاریم. حمایت های قانونی و مالی کانون

فهرست منابع

- 1- Rask K, Astedt-Kurki P, Laippala P. Adolescent subjective well being and realized values. JAN; 2002.38:245-263.
- 2- Swallen K.C, Reither E.N, Haas SA. Meier AM. Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. Pediatrics; 2005.115:340-347.
- 3- Tsai YF, Wong TT. Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. JAN; 2003.41:351-357.
- 4- Rock EM, Ireland M, Resnick MD, McNeely CA. A Rose by any other name? Objective Knowledge, Percieved Knowledge, and Adolescent Male Condom Use Pediatrics; 2005.115:667-671.
- 5- Parvizy S, Ahmadi F, Nikbakht A. Mosallas e Talae e Khanevadeh, salamat Va Nojavan. In Persian. Majaleh Ravan shenasi; 2006.10(2):156-168.
- 6- Ahmadi J, Hasani M. Prevalence of Substance use among Iranian high school students. Addictive Behavior; 2003.28:375-379.
- 7- Iran Statistics Organization. Amarnameh. In Persian, Tehran: Iran Statistics Organization Publication. Iran Statistics Organization; 1998.P.51.
- 8- Parvizy S, Ahmadi F, Nikbakht A. An identity-based model for adolescent health in the Islamic Republic of Iran: a qualitative study. Eastern Mediterranean Health Journal; 2008.14(4):869-879.
- 9- Mahboobian F. Arzyabi e Niazhaye Behdashti Barvari Nojavanan 9-12 saleh Tehran. PhD Dissertation, Epidemiology, Tehran University of Medical sciences; 1999.P.3.
- 10- Hosseini Dehshiri A. Negareshi be Tarbiat e Akhlaqi Nojavan az didgah e Eslam, PhD Dissertation, Tarbiat Modarres University; 1990.P.3.
- 11- Parvizy S, Nikbakht A, Tehrani S, Shahrokhi S. Adolescents' perspectives on addiction: Qualitative study Nsg and Health Sciences; 2005.7:192-198.
- 12- Iranian Youth Organization. Vazieat v Negaresh Masaele Javanan Iran. in Persian, Tehran: Roonas; 2000.
- 13- Schuster M, Eastman K, Fielding J, et al. Promoting Adolescent Health: Worksite-Based Interventions with parents of Adolescents. J Pub Health Man Practice; 2001.7:41-52.
- 14- Hunt R. Community-Based Nursing .Philadelphia: Lippincott; 2001.7:192-198.
- 15- Honig J. Perceived Health Status in Urban Minority Young Adolescents. Am J Mat/Child Nsg; 2002.27:233-7.
- 16- 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. J of Adol Health; 1999.25:371-738.
- 17- Polit DF, Hungler BP. Nursing Research. 5th ed, Philadelphia: Lippincott; 2001.P.30-50.
- 18- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.P.15-85.
- 19- Wood GL, Haber J. Nursing Research, 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.P.120-200.
- 20- Morgan DL. Qualitative Content Analysis: A Guide to Path Not Taken. Qual Health Res; 1993.3(1):112-121.
- 21- Spear H, Kulbok P. Adolescent Health Behaviors and Related Factors. Pub Health Nsg; 2001.18:82-93.
- 22- Parvizy S, Ahmadi F, Nikbakht A. Avamel e Moasser bar Salamat e Nojavanan. In Persin. Payesh; 2002.2(4):245-252.

- 23- Katja R, Paivis K, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction. *J of Sch Health*; 2002.72:242-49.
- 24- Ballas E. Health meaning of Saudi women. *J of Adv Nsg*; 1995.21:853-7.
- 25- Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2002.
- 26- Reiff M. Health compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *J of Dev and Behavior Ped*; 2001.22:148-9.
- 27- Rosenbaum J, Carty L. The subculture of adolescence: belief about care, health and individuation within Leninger's Theory. *J Adv Nsg*; 1996.23(4):741-746.
- 28- Harrington RC, Kerfoot M, Verdyn C. Developing needs led to child & adolescents mental health: issues & prospects. *Euro Child and Adol Psych*; 1999.8(1):1-10.
- 29- Parvizi S. *Tabeein e theoric Salamat Nojavaan*. Phd thesis, Tehran University of Medical Sciences; 2005.
- 30- Henker B, Whalen C, Jammer L, Delphino R. Anxiety Affect and Activity in Teenagers: Monitoring Daily Life With Electronic Diaries. *Child and Adol Psych*; 2002.4:660-70.
- 31- Yarcheski A, Mahon N, Yarcheski T. Alternate Models of Positive Health Practices in Adolescents. *Nsg Res*; 1997.46(2):85-92.
- 32- Reiss J, Gibson R. Health Care Transition: Destinations Unknown. *Pediatrics*; 2002.110:1307-1314.
- 33- World health Organization. *Challenge of Adolescent Sexual Development*. Geneva: WHO Pub, 2002.

Adolescents' Health: A qualitative study on Adolescents in Khorramabad

*Sorrer Parvizi¹ PhD Fariba Sepahvand² MSc Akram Sanagu³ PhD
Naghmeh Razzaghi⁴ MSc

Abstract

Background and Aim: There are some reasons for doing qualitative researches: the importance of the health as a fundamental concept, the adolescence as an important period, lots of age-related special risk factors, and the uniqueness of adolescents in their perspectives to the society are some examples. The aim of this content analysis study was exploration of perspectives on health among adolescents of Lore ethnicity as an important Iranian ethnic minority.

Materials and Methods: Twenty-five adolescents have been interviewed deeply and openly considering to ethical issues until data saturation. A Qualitative Content Analysis has been carried out for data analysis.

Results: Content analysis on explanation of adolescents showed four categories: experiencing educational difficulties, the role of internalized religious beliefs in adolescents' health, economical problems, and social resources and supports. Adolescents pointed out on educational and socio-economical factors as well as the crucial role of religious behaviors and social participations. Some related factors for the sense of not being healthy were: the experience of discrimination, lack of educational facilities, motiveless teachers, exam stress, economical problems, exhausted busy parents, and lack of social facilities. Adolescents' health promotions are among priorities of national development program. Therefore, social facilities like job opportunities, cleaning society of cigarette, alcohol and addictive materials play a crucial role in adolescents' health from their points of view.

Conclusion: Providing adolescents' health is the milestone of national development. Promotion of social services, especially job opportunities, controlling alcohol consumption and cigarette smoking and providing teaching can promote adolescents' health.

Keywords: Adolescent- Health- Qualitative approach.

Received: 13 Mar, 2007

Accepted: 30 Jun, 2008

¹ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing & Midwifery, University of Medical Sciences Valiasr Ave, Rashid-yasami St, Iran, Tehran, Iran (*Corresponding Author)

Email: s_parvizy@yahoo.com

² MS in Nursing, Khorram Abad Social welfare organization, Lorestan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran

⁴ Senior Lecturer in Pediatric Nursing, School of Medical, Sabzevar University of Medical Sciences, Khorasan, Iran