

مثلث طلایی خانواده، سلامت و نوجوان

دکتر سرور پرویزی*، دکتر فضل‌اله احمدی**
دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی***

چکیده

هدف این پژوهش تبیین دیدگاه‌های نوجوانان در مورد عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت بوده است. این تحقیق، کیفی (تجزیه و تحلیل محتوایی) بوده و با استفاده از مصاحبه‌های باز نیمه ساختاریافته با نوجوانان تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شده است. مکالمات ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج به دست آمده که بیانگر نظرات نوجوانان در چهار محور «افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان» (نا آگاهی از ویژگی‌ها و عوامل خطر نوجوانی، رابطه غیردوستانه و تحقیرآمیز با فرزندان)، «نقش مؤثر والدین در تأمین سلامت نوجوانان»، «کارکرد والدین» (اختلافات خانوادگی، لزوم آماده‌سازی نوجوانان برای زندگی اجتماعی در دنیای واقعی، مهارت و قضاوت غیر منطقی توسط والدین) و «اقتصاد خانواده و سلامت نوجوان» است و طبقات اصلی و فرعی ارائه شده است. با توجه به این نتایج، می‌توان گفت خانواده‌ها نقش سرنوشت‌سازی در تأمین سلامت نوجوانان خود دارند. امروزه عوامل اجتماعی توانسته است سلامت نوجوان و تأثیر خانواده بر آن را دستخوش تغییرات ناخواسته‌ای کند. به نظر می‌رسد والدین نیازمند آموزش‌هایی در زمینه تغییرات و ویژگی‌های دوره نوجوانی هستند تا فرزندان، گذار سالمی از این دوره داشته باشند و نگرانی‌های والدین کمتر، و کارکرد خانواده مؤثرتر باشد. آشنایی والدین با مسئولیتی که در آماده‌سازی فرزندان برای زندگی

واقعی دارند و جلب مشارکت فرزندان در اداره خانواده می‌تواند آینده روشن‌تری را رقم زند.

کلید واژه‌ها: خانواده، نوجوان، سلامتی، پژوهش کیفی



● مقدمه

«خانواده» نهادی آسمانی است که در فرهنگ ملی و باورهای مذهبی ما ریشه‌ای عمیق و جایگاهی رفیع دارد. «سلامت» نیز مفهومی گسترده است که تمام ابعاد وجودی انسان را دربرمی‌گیرد. خانواده و سلامت با ابعاد متنوع جسمی، روحی، روانی و اجتماعی تعاملی گسترده دارند. میزان تأثیر «سلامت» و «خانواده» بر یکدیگر در دوره‌های مختلف زندگی، شرایط متفاوت جسمی و روحی و تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی - فرهنگی متفاوت است. «نوجوانی» یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی، نوجوانان یکی از مهم‌ترین گروه‌های اجتماعی و سلامت آنان از اساسی‌ترین مفاهیم در توسعه پایدار ملی است. خانواده بر سلامت نوجوانان نقشی اساسی دارد. گرچه در دوره نوجوانی به دلیل برخی ویژگی‌های تکاملی نوجوانان، از جمله ارتباطات بیشتر با گروه همسالان، استقلال‌خواهی و آرمانگرایی ارتباط نوجوان با خانواده کمتر می‌شود اما حتی همین روند تکاملی نیز در سایه خانواده و بستری که خانواده برای پرورش و تکامل نوجوان فراهم می‌کند صورت می‌گیرد.

ملت‌ها و انسان‌ها، ثروت اصلی و زیربنای توسعه‌اند (نراقی، ۱۳۷۵) توسعه، بدون توجه به نیروی انسانی ناممکن است و پرداختن به نیروی انسانی در جامعه‌ای با ترکیب جمعیتی جوان و نوجوان همچون ایران نیز بدون در نظر گرفتن خود نوجوانان، امکان‌پذیر به نظر نمی‌رسد. براساس برآورد «سازمان جهانی بهداشت»، علت ۷۰ درصد مرگ‌ها، رفتارهایست که در نوجوانی ایجاد شده و قابل اصلاح هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). بیش از یک پنجم جمعیت ایران نوجوانند (سازمان آمار ایران، ۱۳۷۸). آمار مربوط به افسردگی نوجوانان ایران اصلاً رضایت‌بخش نمی‌باشد (ضرغام، ۱۳۷۵؛ خان‌محمدی، ۱۳۷۹). با توجه به مشکلات ویژگی‌ها و آسیب‌پذیری‌های نوجوانی و جمعیت جوان ایران، در این پژوهش به نوجوانان پرداخته شده است.

تغییرات فرهنگی عصر ارتباطات و طوفان اطلاعات بر خانواده نیز مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد برای اینکه از این طوفان سری سلامت به منزل بریم، باید برای نوجوانان و

سلامت آنان که فردای روشن یا تاریک همه ما هستند بیشتر و بهتر بیاندیشیم. در این گذار خانواده می‌تواند برای تأمین سلامت نوجوانان نقشی اساسی داشته باشد. توجه به دیدگاه‌های نوجوانان و بررسی موشکافانه سلامت در سایه خانواده می‌تواند بسیار مهم، حیاتی و زیربنایی باشد.

امروزه تغییرات زیستی، فناوری، اجتماعی، اقتصادی در زندگی نوجوانان روی داده است که فاصله آنان با بزرگترها را می‌توان به شکاف زیستی - اجتماعی تعبیر کرد و از آنجایی که تغییرات نوجوانی در گستره شرایط اجتماعی تفاوت می‌کند (سندروویتز، ۱۹۹۵). تاکنون پژوهش و بررسی‌های زیادی در زمینه ابعاد مختلف سلامت نوجوانان، عوامل خطر ساز سلامت، مسائل و مشکلات نوجوانان با دیدگاه و روش‌های کمی انجام شده است، از این رو انجام پژوهش‌های کیفی در زمینه گسترده سلامت نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. گلندینگ، هندری و چاک در این باره می‌نویسند:

با توجه به اهمیت نوجوانان و از آنجائیکه معمولاً مشکلات بهداشتی نوجوانان با قلم و نگاه بزرگان و از دیدگاه آنان نگاشته شده است، لذا پژوهش‌های کیفی می‌توانند به تعدیل این دیدگاه کمک کنند (گلندینگ و همکاران، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های کیفی، مجموعه روش‌های متمرکز و چندگانه‌ایست که دیدگاه تفسیری و واقعی در مورد موضوعات دارند (ماسی و همکاران، ۱۹۹۸)، و در صدد هستند تا شرایط را همان‌گونه که انسان‌ها می‌بینند درک کنند و معانی و تفاسیر رفتار انسان‌ها را با نگاهی جامع و قابل انعطاف بشناسند (تسیانکاس و لیامپوتونگ، ۲۰۰۲).

این پژوهش بخشی از یک تحقیق بزرگ نظریه‌پردازی در مورد سلامت نوجوانان است. «خانواده» یکی از مفاهیم مورد تأکید نوجوانان بوده و داده‌های مربوط به خانواده و سلامتی جداگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

● روش

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع «تحلیل محتوایی»^۱ است. در این روش متن مصاحبه‌ها چندین بار مرور می‌شود تا به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل دهنده و معنی‌دار (تم یا درونمایه)^۲ شکسته شوند. سپس این کلمات مرور می‌شوند تا مرکزیتی در بین آنها یافته و بر همین اساس طبقه‌بندی گردند. حرکات قیاسی و استقرایی بین متون اولیه و طبقات نهایی چندین بار تکرار می‌شود، تا در نهایت به ثبات قابل قبول و احساس رضایت مشترک بین محققین و

پژوهشگران درباره معنای داده‌ها پرسند. نوجوانان با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (متناسب با پژوهش کیفی) انتخاب و مورد مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. به این ترتیب که ابتدا با طرح سؤالات کلی و عمومی مصاحبه آغاز و سپس به تدریج با جلب اطمینان نوجوانان به زمینه‌های خصوصی و عمیق‌تر پرداخته شده است. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف داشتن و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است. 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، حق‌کناره‌گیری در زمان دلخواه و تعهدات اخلاقی رعایت شده است.

اطلاعات فردی چون «سن»، «جنس»، «پایه تحصیلی» و «شغل» نیز علاوه بر سؤالات پیرامون عوامل و موانع خانوادگی سلامت پرسیده شد، مدت مصاحبه‌ها از نیم تا سه ساعت و از جلسات فردی تا گروهی (۳-۵ نفر) متغیر بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح «اشباع داده‌ها»^۳ ادامه یافت است که بر همین اساس ۴۱ نوجوان تهرانی ۱۱ تا ۱۹ ساله تا رسیدن به داده‌های تکراری مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. «نوجوان»، «تهرانی» و «سالم بودن» (فقدان بیماری در زمان انجام پژوهش) و تمایل و توانایی فرد در انتقال تجارب غنی و احساسات عمیق خود پیرامون سلامت نوجوانان و خانواده، معیار انتخاب نمونه‌ها بوده است.

محیط پژوهش، متناسب با پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه‌ها 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. تلاش برای استفاده از فرهنگ ارتباطی خاص نوجوانان و نیز تدارک خوراکی مختصر برای تسهیل ارتباط غیر رسمی به غنای مصاحبه‌ها کمک کرده است.

جهت «عینیت‌پذیری»^۴ داده‌ها (مشابه اعتبار و روایی در پژوهش‌های کمی) از روشهای زیر استفاده شده است:

«مقبولیت پژوهشگر»^۵، «بررسی و مشاهده مداوم»^۶، تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط، استفاده از «تلفیق»^۷ در تحقیق، تلفیق زمانی (بررسی در زمانهای مداوم و امکان بازخورد به داده‌ها)، «بازنگری ناظرین»^۸، استفاده از نظرات «تکمیلی همکاران»^۹، «مرور دست‌نوشته‌ها»^{۱۰} توسط مشارکت‌کنندگان، «جست و جو برای شواهد مغایر»^{۱۱} و تحلیل موارد منفی (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۳).

○ یافته‌ها: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی نوجوانان مورد بررسی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۱۹
	پسر	۲۲
سن	۱۱-۱۳	۶
	۱۴-۱۶	۱۱
	۱۷-۱۹	۲۴
محل اقامت	راهنمایی	۱۴
	دیرستان	۱۸
	دانشگاه	۵
	سایر موارد	۴
کل	۴۱	۱۰۰

همچنین از تجزیه و تحلیل متن پیاده شده نوارها پیرامون نظرات نوجوانان در مورد «سلامت نوجوان» و «خانواده» طبقه‌های اصلی و فرعی زیر به دست آمد که شرح تفصیلی آن در پی خواهد آمد. جدول ۲ مجموعه موضوعهای اصلی و فرعی استخراج شده را نشان می‌دهد.

جدول ۲- موضوعهای اصلی و فرعی استخراج شده در مورد نقش خانواده در سلامت نوجوانان

۱. افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان - ناآگاهی از ویژگی‌ها و عوامل خطر نوجوانی - رابطه غیردوستانه و تحقیرآمیز با فرزندان - والدین مستی
۲. والدین، مسئول سلامت نوجوانان
۳. کارکرد غیرمؤثر والدین - مهار و قضاوت غیر منطقی - اختلافات خانوادگی منشا ترک تحصیل - تظاهر به عدم مصرف الکل و سیگار در مقابل والدین - لزوم آماده‌سازی نوجوانان برای زندگی اجتماعی در دنیای واقعی
۴. اقتصاد خانواده و سلامت نوجوان - بیکاری والدین - اشتغال زیاد والدین

۱. افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان

نوجوانان مشارکت‌کننده نقش عوامل خانوادگی را بر سلامت مؤثر دانسته‌اند. یکی از زمینه‌های مورد تأکید نوجوانان، مسایل و مشکلات ارتباطی بین آنان و والدین بوده است. نوجوانان بارها بر افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان اشاره داشته‌اند و این فاصله را منشا چالش‌های جاری در روابط و درک متقابل فرزندان والدین که برآیند آن از چندین جهت بر سلامت نوجوانان مؤثر بوده است، ذکر کرده‌اند.

○ «ناآگاهی» از ویژگی‌ها و عوامل خطر نوجوانی به نظر مشارکت‌کنندگان موجب افزایش فاصله نسلی شده و از سوی دیگر نیز پیامد افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان است. بر همین اساس، والدین نیازمند آموزش‌هایی هستند تا ارتباطات مناسب‌تری با فرزندان خود داشته باشند. دو نمونه از صحبت‌های فراوان مشارکت‌کنندگان در این باره، اینگونه است:

«نسل ما با نسل پدر و مادران ما خیلی تفاوت دارد. شکاف عظیمی بین ماست. توی دوره قبل از ما دخترها نمونه مادرها بودند و پسرها نمونه پدرها، اما الان ما اصلاً نمی‌توانیم با هم حرف بزنیم. بچه‌ها حرف پدر و مادرها را نمی‌فهمند. اون‌ها هم حرف ما را نمی‌فهمند. اصلاً همدیگر را قبول ندارند. پدر و مادرها باید تغییر را بفهمند. بفهمند که آخه زمونه عوض شده، ما نباید عین شما باشیم و هر کاری که شما می‌کردید بکنیم».

دختر، ۱۹ ساله

«... پدر و مادرها باید سعی کنند بچه‌ها را بفهمند. خودشون را به جای بچه‌ها بگذارند... پدر و مادرها باید با زمان پیش بروند. باید آموزش ببینند. اگر پدر و مادرها آگاه باشند، بچه‌ها معتاد نمی‌شن».

دختر، ۱۹ ساله

○ «رابطه غیردوستانه» و تحقیرآمیز با فرزندان در سخنان مشارکت‌کنندگان حکایت از تأثیر به‌سزای ارتباط مناسب بین «والد-نوجوان» بر سلامت نوجوان دارد. نوجوانان نمودهای متعددی از ارتباطات غیردوستانه و تحقیرآمیز خود با والدین را به عنوان تجارب منفی و خاطرات ناخوشایند ذکر نموده‌اند:

«وقتی پدر و مادر مرا تنبیه می‌کنند، یا سرم داد می‌زنند، فکر می‌کنم اصلاً سالم نیستم».

پسر، ۱۵ ساله

«من اگر پدر بودم، پسر را راهنمایی می‌کردم که با چه کسی بگرده، کجا بره، کاری می‌کردم که فکر کند خونه جای خیلی خوبیه، دوست داشته باشد بیاد خونه، درکش می‌کردم، الان اکثر بچه‌ها خونه‌را دوست ندارند چون پدر و مادر درکشون نمی‌کنند».

پسر، ۱۶ ساله

○ «والدین سستی»، والدینی که در برقراری ارتباط با نوجوانان ناموفقند، تأثیر منفی بر سلامت آنان خواهند داشت، حتی ارتباطات مؤثر والد - فرزندی معیار سلامت نوجوان ذکر شده است:

«نوجوان سالم کسی است که بتواند راحت باشد، با خانواده‌اش راحت حرف بزند».

دختر، ۱۹ ساله

نوجوانان مشارکت‌کننده گفته‌اند، والدین باید صبور باشند، تغییرات و دگرگونی‌های نوجوانی را بپذیرند، رازدار باشند، به نوجوانان احترام بگذارند، تفاوت نوجوان خود با سایر نوجوان‌ها را بپذیرند و آن‌ها را منحصر به فرد بدانند. به نظر می‌رسد هم نوجوانان و هم والدین برای گذاری امن از طوفان نوجوانی باید بیش از این آماده و آگاه باشند.

□ ۲. والدین مسئول سلامت نوجوانان

نوجوانان مشارکت‌کننده معتقدند والدین در حفظ و ارتقاء سلامت آنان نقش‌های متعددی دارند. ارتباطات مطلوب، آموزش مهارت‌های زندگی، پرورش هویت و اعتماد به نفس و تأمین آرامش فرزندان، بخشی از این رسالت عظیم هستند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

«من اگر بچه داشتم بهش دیکته نمی‌کردم که چکار کند، سعی می‌کردم که بهش یاد بدم خودش فکر کند و تصمیم درست بگیرد. نصیحتش نمی‌کنم که از من دورتر بشه، باهاش رفاقت می‌کنم. ازش می‌خواستم تا بهم کمک کند برام تصمیم بگیرد، اونوقت بهش یاد می‌دادم که چه کاری درسته و چه کاری درست نیست. سعی می‌کردم آزادش بگذارم تا اشتباه کند، شاید این طوری می‌خواهد خودش را نشون بده. می‌ذارم حرفاشو بزند، بریزد بیرون، خودش را نشون بده، تا بعداً مشکلی براش پیش نیاد»

دختر، ۱۶ ساله

همچنین نقش والدین در سلامت نوجوانان با تأمین امنیت و آرامش در خانه بیشتر می‌شود:

«پدر و مادر باید محیط خانواده را طوری بسازند که وقتی فرزندان از مدرسه می‌آیند احساس کنند که در محیطی امن و سالم قدم گذاشته‌اند»

پسر، ۱۹ ساله

□ ۳. کارکرد غیر مؤثر والدین

○ مهار و قضاوت‌های غیر منطقی با امر و نهی‌های مکرر والدین و ناتوانی آنان در شرح

مستدل انتظارشان از فرزندان خود، برای اغلب نوجوانان با تجارب نامطلوبی همراه بوده است. گاه نوجوانان توصیه‌های والدین را تهدیدی بر روند تکامل خود ذکر کرده‌اند: «ما از بس بهمون گفتند حالا درس داری، حالا درس داری، حالا کنکور داری، حالا این کار را داری، ما اصلاً بازی نکردیم، کارتون ندیدیم، اصلاً برامون عقده شده است».

دختر، ۱۹ ساله

○ تفاوت دیدگاه‌های نوجوانان و خانواده‌ها در زمینه مسائل اساسی نیز به چشم می‌خورد و می‌تواند قدرت انتخاب نوجوانان را محدود کند: «استرس‌های زیادی به ما وارد میشه. چون پدر و مادرها خیلی حساسیت دارند و فکر می‌کنند تمام آینده‌ات درست است و اگر درست افت کند آینده‌ات کُن فیکون میشه».

دختر، ۱۸ ساله

○ درگیری‌ها و اختلافات خانوادگی از مهم‌ترین موانع سلامت نوجوانان ذکر شده است. گاه نوجوانان مشکلات زیادی را در روند این تنش‌ها تجربه می‌کنند و تاوان مضاعف پیامدهای این اختلافات را نیز می‌پردازند: «پدر و مادرم به من محبت نمی‌کنند. من یک سال مردود شدم حالا هر کاری که بخوام بکنم این را به رُخم می‌کشند. در حالی که من به خاطر مشکلات اون‌ها مردود شدم. از بس که با هم اختلاف داشتند و جزّ و بیحس می‌کردند من نمی‌توانستم درس بخوانم. مشکل خودشون را نمی‌بینند فقط مشکل ما را می‌بینند».

پسر، ۱۴ ساله

○ مشارکت‌کنندگان بارها بر «تظاهر به سلامت» در کنار خانواده تأکید نموده‌اند. حضور در کنار خانواده و محدودیت‌هایی که احترام به جایگاه خانواده به همراه دارد از عوامل مؤثر بر سلامتی ذکر شده‌اند. مسافرت‌ها و تفریحات خانوادگی از تجربه‌های لذتبخشی ذکر شده که نوجوانان به عدم مصرف سیگار و الکل در آن شرایط تظاهر کرده‌اند: «یک بار که رفته بودیم مسافرت خیلی سالم بودم چون خانواده باهام بودند نمی‌توانستم سیگار بکشم نمی‌توانستم جایی برم همه‌اش با اون‌ها بودم. نه سیگار نه ... سالم بودم دیگه».

پسر، ۱۸ ساله

○ نوجوانان برای زندگی اجتماعی در دنیای واقعی به «آمادگی» نیاز دارند و نقش والدین در این بین غیر قابل انکار است. والدین در بعضی موارد به توجه به امور پیش پا افتاده و غفلت از نکات مهم و سرنوشت‌ساز در زندگی نوجوانان متهم شده‌اند: «باید از بچگی زندگی را برای بچه‌ها معنی کنند نه اینکه صبح بلند بشه بگه بیا به مدرسه

برسونمت، بیا این کار را برات بکنم، بیا اون کار را بکنم، این کلاس برو اون کلاس برو. آخرش هم آدم نمی‌دونه بعداً باید چطوری زندگی کند، چون هیچی یاد نگرفته»
دختر، ۱۸ ساله

□ ۴. اقتصاد خانواده و سلامت نوجوان

○ عوامل اقتصادی بر سلامت خانواده و نوجوان هم مؤثرند. اظهارات مشارکت‌کنندگان در این زمینه نیز قابل توجه بوده است. «بیکاری و الدین» در کنار «اشتغال زیاد» آنان هر دو مانع سلامت نوجوانان شمرده شده است:

«... به نظر من فقر هم روی این مشکلات تأثیر دارد، الان پدر و مادر من مجبورند هر دو کار کنند تا خرجشون بگذرد بعد هم هیشکی نیست دو کلمه با فرزندشون حرف بزنند، اصلاً فرصت نمی‌کنند برای بچه شون وقت بگذارند».

پسر، ۱۶ ساله

● بحث

یافته‌های پژوهش حاضر مهم‌ترین عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت نوجوانان از دیدگاه ایشان را در چهار طبقه اصلی، «افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان»، «نقش والدین در تأمین سلامت نوجوانان»، «کارکرد غیرمؤثر والدین» و «اقتصاد خانواده» نشان داده است. بحث راجع به هر یک از این عوامل در پی می‌آید.

○ ۱. افزایش فاصله نسلی بین والدین و نوجوانان

یکی از چالش‌های سلامت نوجوانان شکاف بین دو نسل بوده است. دیدگاه‌های نوجوانان و والدین با هم متفاوتند و این دیدگاه‌های متفاوت، گاه موجب تضاد نیز می‌شود. صاحب نظران در این باره می‌نویسند: نیاز به استقلال و هویت فردی در نوجوانی موجب می‌شود که نوجوان در مقابل بزرگترها و سایرین خود مستقلی را با جبهه‌گیری نشان دهد. والدین و نوجوانان در زمینه‌های مسکن، قوانین و مقررات، زمان خواب و تغذیه، روابط با دوستان هم‌جنس و غیر هم‌جنس با هم اختلاف دارند (گلچین، ۱۳۸۰ و لوئیز، ۲۰۰۲).

مشابه پژوهش ما سایرین نیز چالش‌هایی در روابط والدین - فرزندان نوجوان را نشان داده‌اند. شریفی (۱۳۷۱)، در بررسی میزان ارضاء نیازهای جسمی روانی اجتماعی نوجوانان دختر دبیرستان‌های تهران توسط والدین آنها، نشان داده است که نیازهای روانی ۴۰٪ در حد زیاد، ۲۹٪ در حد متوسط و ۴٪ در حد اندکی برآورده می‌گردد. نیازهای جسمی به ترتیب به

میزان ۵۳٪، ۳۲٪، ۱٪ تأمین می‌گردند. گرچه آمار و ارقام پژوهش‌های سالیان بعد، تحت تأثیر گذار و مدرنیته شکاف و به دنبال آن نارضایتی‌های بیشتری را از جانب فرزندان نشان می‌دهد اما حتی نتایج همین پژوهش نیز با نظرات مشارکت‌کنندگان - در مورد اینکه والدین بیشتر دیدگاه‌های جسمی نسبت به مراقبت از فرزندان دارند در حالی که انتظارات نوجوانان معمولاً روانی هستند - تأیید می‌گردد. به نظر می‌رسد بعضی نهادهای اجتماعی چون مدرسه و رسانه‌ها با آگاه‌سازی والدین از ویژگی‌های نوجوانی و کمک به فرزندان برای درک شرایط و دشواری‌های والدین، می‌توانند در کاهش این شکاف مؤثر باشند.

۲. والدین مسئول سلامت نوجوانان

گرچه به نظر می‌رسد روند توسعه و ارتباطات فاصله بین والدین و فرزندان را از یکدیگر افزایش و نیازمندی‌های آنان را به یکدیگر کاهش می‌دهد، اما در شرایط اجتماعی ما به عنوان جامعه‌ای در گذار به سوی توسعه، هنوز والدین، الگوی فرزندان خود بوده و بیش از این نیز نقش قابل توجهی در سلامت فرزندان خود داشته‌اند. همان‌گونه که نوجوانان مشارکت‌کننده بیان کرده و پژوهش‌های دیگری نیز آن را تأیید نموده‌اند، نقش فعال والدین در سلامت نوجوان و خانواده غیر قابل انکار است. مک‌فیلی (۲۰۰۱)، در این باره می‌نویسد: حضور والدین در منزل و صرف زمان مشترک برای شام در فضای خانواده، در دسترس بودن و داشتن ارتباط مناسب بین والدین نوجوان نیز از عوامل محافظت‌کننده اعتیاد نوجوانان هستند. ملاحسنی (۱۳۸۱)، در نتیجه تحقیقی که برای بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و نوع دینداری در بین دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان انجام داده، نتیجه گرفته است که نوجوانان نیازمند حضور فعال والدین در منزل هستند و وقتی این حضور موجود نباشد فرزندان به دنبال حمایت‌های دیگری به خارج از خانه می‌روند.

۳. کارکرد غیرمؤثر والدین

نوجوانان مورد بررسی روابط مناسب بین والدین را از جمله عوامل مؤثر بر سلامت روان نوجوانان ذکر کرده‌اند. درگیری بین والدین پیامدهای سوئی چون «افت تحصیلی»، حتی «مردود شدن»، «تنش» و «آرامش نداشتن» برای نوجوانان داشته است. همان‌گونه که نوجوانان گفته‌اند این اختلافات می‌تواند با نا آگاهی از تغییرات تکاملی بلوغ، فقدان مهارت‌های ارتباطی و دشواری‌های اقتصادی تشدید گردد و نتایج غیر قابل جبرانی برای نوجوانان داشته باشد. اختلافات و مشاجرات خانوادگی آثار سوئی بر سلامت کودکان و نوجوانان دارد به گونه‌ای

که به اختلالات روانی و اضطرابی، اختلال در ایفای نقش‌های اجتماعی کاهش تمرکز حواس و کاهش موفقیت تحصیلی آنان می‌انجامد (شجاعی زاده، ۱۳۷۹)، و در نقطه مقابل، حمایت خانواده در نتایج یک بررسی طولی سه ساله از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت نوجوانان اسکاتلندی ذکر شده است (گلندینگ و همکاران، ۱۹۹۵).

۴.۰ اقتصاد خانواده و سلامت نوجوان

نقش اقتصاد خانواده بر سلامت نوجوان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش مورد تأکید قرار گرفته است. مشارکت‌کنندگان گفته‌اند که والدین برای گذران زندگی مجبورند وقت زیادی صرف کنند و فرصت و حوصله کمتری برای رسیدگی و حتی صحبت کردن با فرزند نوجوان خود داشته باشند. نوجوانان همچنین برخورداری از امکانات متعارف و معمول را معادل سلامتی ذکر کرده‌اند.

مشابه یافته‌های این پژوهش نقش عوامل اقتصادی بر جنبه‌های گوناگون سلامت نوجوان و خانواده نشان داده شده است. هشتاد دختر نوجوان در بررسی رابطه ویژگی‌های خانواده با سلامت روانی نوجوان مطالعه شدند. نوجوانان اغلب بیشترین میزان (۵۵ درصد) مشکلات خود را مسائل اقتصادی ذکر کرده‌اند (شجاعی زاده، ۱۳۷۹). یکی از معیارهای سلامت نوجوانان وضعیت اقتصادی اجتماعی است. شیوع افسردگی در نوجوانی با طبقه پایین‌تر اقتصادی اجتماعی بیشتر است (ریف، ۲۰۰۱). همچنین نوجوانانی که احساس می‌کنند شرایط نامطلوب‌تری از نظر اقتصاد اجتماعی دارند در آینده از سلامت روان کمتری برخوردار خواهند بود، حتی اگر شاخص‌های عینی سطح اقتصاد اجتماعی برتری برای آنان نشان دهد. پیکو در بررسی نقش عوامل اقتصادی - اجتماعی بر ۱۰۳۹ نوجوان بلغاری دریافت که چگونگی ارزیابی نوجوانان از وضعیت اقتصادی - اجتماعی خود پیش‌بینی‌کننده معتبری برای وضعیت سلامت روان آنان است (پیکو، ۲۰۰۱).

● نتیجه‌گیری

«خانواده» نقش مهمی در «سلامت نوجوانان» دارد. مشارکت‌کنندگان سلامت نوجوان را در ابعادی چون فاصله نسلی با والدین، مسئولیت‌های والدین در سلامت فرزندان، پرورش برای زندگی واقعی و عوامل اقتصادی با کارکردهای خانواده در ارتباط دانسته‌اند. گذار از عصر ارتباطات و اطلاعات و بحران جهانی شدن خانواده را نیز تحت تأثیر قرار داده است. به نظر

می‌رسد فاصله نسلی و پیامدهای آن به شکل ارتباطات نامناسب بین والدین - فرزندان نوجوان و نیز احساس عدم درک شرایط فرزندان از سوی والدین و سایر مشکلاتی که نوجوانان مشارکت‌کننده در این پژوهش گفته‌اند، نمونه‌هایی از این تأثیرپذیری هستند. بنابراین هم والدین و هم نوجوانان برای تأمین سلامت خانواده و نوجوانان برای تأمین سلامت خود و نیز برای داشتن سلامتی و نقش‌های مؤثرتر در اجتماع کنونی به آمادگی‌هایی نیاز دارند که مبتنی بر واقعیت‌های اجتماعی و تغییرات تکاملی دوران نوجوانی باشد. از این رو آگاهی از تغییرات و تکامل نوجوانی برای والدین و فرزندان لازم است. افزایش رفاه عمومی و توجه به عوامل اجتماعی می‌تواند خانواده‌های سالم‌تر و نوجوانانی امیدوارتر و فرداهایی روشن‌تر برای همه ما به ارمغان آورد.

○ **سیاسگزاری:** بدین وسیله از زحمات کلیه نوجوانان عزیزی، که این پژوهش، بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌گردد. از خداوند متعال سلامت و توفیق روزافزون یکایک آنان را خواستاریم.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- 1- Content analysis
- 2- Thems
- 3- Data saturation
- 4- Confirmability
- 5- Researcher credibility
- 6- Prolonged engagement & persistent observation
- 7- Triangulation
- 8- External check
- 9- Peer debriefing
- 10- Member check
- 11- Searching for disconfirming evidences

○ ○ ○

منابع

- پرویزی، سرور؛ احمدی، فضل‌اله؛ نیکبخت، علیرضا. (۱۳۸۳). اعتیاد از نگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی. اندیشه و رفتار، ۱۰ (۳)، ۲۵۰-۲۵۷.
- خان‌محمدی، فرهاد. (۱۳۷۹). بررسی شیوع افسردگی بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران. طرح تحقیقاتی مرکز آموزش عالی فرهنگیان، تهران: انتشارات پژوهشکده تعلیم و تربیت.
- سازمان آمار ایران (۱۳۷۸). آمارنامه، تهران: انتشارات سازمان آمار ایران.
- شجاعی‌زاده، داود؛ نوری، مهشید؛ مهربار، امیر هوشنگ. (۱۳۷۹). بررسی رابطه ویژگی‌های خانواده با سلامت روانی دانش‌آموزان دختر سال سوم تجربی تهران. طب و توانبخشی، شماره ۱۱، ص ۴۱-۵۰.
- شریفی، خدیجه. (۱۳۷۱). بررسی میزان ارضا نیازهای جسمی روانی اجتماعی نوجوان دختر دبیرستان‌های تهران توسط والدین آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانپرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران.

- ضرغام، علیرضا. (۱۳۷۵). بررسی وضعیت تعلق والدینی و ارتباط آن با افسردگی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- گلچین، مهری. (۱۳۸۰). ارتباط عملکرد خانواده با برخی ویژگی های نوجوانان. پژوهش در علوم پزشکی، سال ششم شماره چهارم.
- نراقی، یوسف. (۱۳۷۵). توسعه و کشورهای توسعه نیافته. چاپ سوم، تهران: انتشار.
- ملاحسنی، حسین. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و نوع دینداری در بین دانش آموزان سال سوم دبیرستان در استان گلستان. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

Cirgin, E.; & Beal Sang, M. (2002). Introduction to qualitative research, *Qualitative Health Research*, 1(25), 10-14.

Glendinning, A.; Hendry, L.; & Shuck Smith, J. (1995). Lifestyle, health and social class in adolescence. *Social Science Medicine*, 41, 235-48.

Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry*, 3rd Ed, Philadelphia: Lippincott Pub.

Massey, S.; Cameron, A.; Quелlette, S.; & Fine, M. (1998). Qualitative approaches to the study of thriving: What can be learned. *Journal of Social Iss*, 52,(2), 373-91.

McFeely, S. (2001). Youth people's pathway to smoking cessation. *Nursing Standard*, 16, 39-42.

Piko, B. (2001). Smoking in adolescence does attitude matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201-217.

Reiff, M. (2001). Health compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 148-9.

Senderowitz, J. (1995). *Adolescent health*. Washington: World Bank Pub.

Tsianakas, V.; & Liamputtong, P. (2002). What women from an Islamic background in Australia say about care in pregnancy and prenatal testing, *Midwifery*, 18, 25-34.

World health Organisation. (1998). *World health report* - Geneva: WHO Pub.

