

## تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجان

دکتر سرور پرویزی<sup>۱</sup> - خدیجه امینی‌زاده<sup>۲</sup> - دکتر اکرم ثناگو<sup>۳</sup> - فریبا سپهوند<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** رشد و تکامل نوجوانان از اهداف والای جوامع است. نوجوانی دوره اوج سلامتی است اما نوجوانان به فراخور سن و ویژگی‌های تکاملی خود با عوامل خطرزا روبه‌رو هستند که بعضی از این عوامل خطرزا مبتنی بر شرایط خانواده است. این تغییرات تکاملی در دوره نوجوانی شرایط خانواده‌ها را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که عملکرد متفاوتی داشته باشند. شناخت دیدگاه نوجوانان و کارکرد خانواده در ارتباط با نوجوانان، رسالت پرستاران است. این پژوهش با هدف تبیین دیدگاه‌های نوجوانان زنجان پیرامون خانواده سالم انجام شده است.

**روش:** این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام شده است. بیست و هفت نوجوان زنجان ۱۰ تا ۱۹ ساله با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بررسی شدند و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تا رسیدن به اشباع اطلاعات، گردآوری شده است.

**یافته‌ها:** نقش خانواده در محورهای «ارتباط در خانواده، خانواده سالم، محدودیت، امکانات و باور مذهبی» مورد تأکید نوجوانان بوده است. نوجوانان، براهمیت درک شدن توسط والدین و ضرورت ارتباط صمیمی بین والدین - فرزندان، تحمل خطای فرزندان، باورهای مذهبی و محدود نبودن در خانواده به عنوان ویژگی‌های خانواده سالم اشاره کرده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** خانواده سالم در سلامت نوجوانان نقش اساسی دارد و عامل زیربنایی در سلامت آینده و نیازمند راه‌کارهایی برای اصلاحات اجتماعی و فرهنگی است. پرستاری یک دانش بین رشته‌ای است و پرستاران نقش گسترده‌ای در سلامت نوجوانان و همچنین خانواده‌ها دارند. سیاست‌گذاران اجتماعی با درک کردن دیدگاه‌های نوجوانان می‌توانند برنامه‌های واقعی برای تسهیل عوامل خانوادگی بهداشتی و تأمین سلامت آن‌ها داشته باشند.

**واژه‌های کلیدی:** خانواده، نوجوان، سلامتی، پژوهش کیفی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۱۷

۱ - استادیار عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: s\_parvizi@yahoo.com

۲ - کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳ - استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۴ - کارشناس پرستاری، سازمان تأمین اجتماعی خرم آباد

## مقدمه

نوجوانان ذخایر گران بهای جوامع بشری هستند و به فراخور سن و ویژگی‌های تکاملی خود با عوامل خطرزا روبه‌رو هستند. مهم‌ترین عوامل خطر دوره نوجوانی اعتیاد، رفتارهای جنسی غیر سالم، حوادث نقلیه و خودکشی هستند (۱). عوامل خطر دوره نوجوانی، گاه تا سال‌های بزرگسالی باقی می‌مانند و برای خود آنان و سایرین زیان‌بار خواهند بود (۲). خانواده مفهومی اساسی و عامل زیربنایی در تربیت عاطفی، تأمین اقتصادی و کسب هویت و احساس تعلق در نوجوانی است (۳).

پرستاران در حفظ و ارتقای سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع نقش دارند و نوجوانان به منزله یکی از گروه‌های خاص نیازمند اقدامات پرستاری بهداشت هستند. پرستاران با آموزش‌ها و اقدامات خود می‌توانند ظرفیت نوجوانان و خانواده‌ها را برای دستیابی به سطح سلامت بالاتر افزایش دهند و در این راه از دانش، مهارت، فناوری و ساز و کار مناسب استفاده کنند (۴). مراقبت‌های بهداشتی از خانواده‌ها، علم و هنر پرستاران است و به آنان کمک می‌کند تا برای خانواده‌ها و با آنان بیاندیشند تا بتوانند در حفظ و ارتقای سلامت خانواده‌ها به منزله یک واحد اساسی در سلامت اجتماع تأثیرگذار باشند (۵).

پژوهش‌های زیادی در مورد نوجوانان انجام شده که نتایج بعضی از آن‌ها در این جا مورد اشاره قرار می‌گیرند و البته بیشتر آن‌ها به روش کمی انجام شده‌اند. از جمله تحقیق لایسنز<sup>۱</sup> که در زمینه ارتقای سلامت نوجوانان انجام شده و نشان داده است که با توجه به افزایش مرگ و میر ناشی از حوادث، افزایش آزادی‌های جنسی و ضعف ساختار خانواده، برای حفظ و ارتقای سلامت نوجوانان باید از راه‌کارهایی چون مداخلاتی برای افزایش حفاظت در رفت و آمدهای جاده‌ای، افزایش میزان استفاده از وسایل ایمنی، و برنامه‌های سلامت روان در مدرسه و افزایش حمایت والدین استفاده کرد (۶). همچنین مانلاو<sup>۲</sup> و همکاران تأثیر میزان مذهبی بودن خانواده‌ها را در کاهش فعالیت‌های جنسی نوجوانان که زمینه رفتارهای خطرناک در نوجوانی است را نشان داده‌اند (۷). بررسی مقطعی نوجوانان در شیله تأثیر رفتارهای حفاظتی والدین

و کارکرد مؤثر خانواده را در پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر نشان داده است (۸). در پژوهش دیگری وضعیت سلامت نامناسب، مشکلات زناشویی بین والدین، الگوهای نامناسب پرورش فرزندان با میزان سوء استفاده روحی از نوجوانان چینی ارتباط داشته است (۹). یک بررسی کیفی که به روش نظریه پایه بر نوجوانان ایرانی انجام شد، نشان داد که خانواده، دوستان، آموزش مناسب، محدودیت نداشتن، طبقه‌های اصلی و نقش خانواده در گستره‌ای از مراقبت کردن از فرزند نوجوان، تا فراهم کردن زمینه استقلال او، متفاوت بوده است (۱۰).

از سوی دیگر بسیاری از تجارب، ادراکات و عقاید نوجوانان به منزله گروهی در معرض خطر به دشواری قابل کمی کردن هستند. از این رو پژوهش‌های کیفی از این دست، می‌توانند دیدگاه‌های عمیق و غنی را در مورد پدیده‌های انسانی که معانی گسترده و سیالی دارند، روشن کنند. هدف این پژوهش تبیین دیدگاه‌های نوجوانان زنجانی پیرامون خانواده سالم بوده است.

## روش مطالعه

### فرآیند نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع تحلیل محتوایی<sup>۳</sup> است. تحلیل محتوا جایگاه ارزشمندی در گستره تحقیقات و ابزار خوبی برای پژوهشگران کیفی است (۱۱) که محتوای نوشتارها برای استخراج دورن مایه‌های اصلی و الگوهایی که در بین داده‌ها وجود دارند مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند (۱۲). در این روش متن مصاحبه‌ها چندین بار مرور می‌شود تا به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده و معنادار (تم یا درونمایه) شکسته شوند. فهرستی از تم‌ها تهیه می‌شود، سپس این کلمات مرور می‌شوند تا شباهت در معنا و مفهوم آن‌ها روشن شود، و باز مرور می‌شوند تا بر اساس محوریتی که بین تم‌ها یافته می‌شود، در یک زیر طبقه قرار بگیرند و بعد در ادامه همان جریان کاهشی و استقرایی زیرطبقه‌های مربوط به هم در یک طبقه قرار بگیرند. این مرورها، لغزیدن طبقات بر روی یکدیگر و ادغام‌ها در بین نوشته‌های اولیه و طبقه‌های نهایی، آن‌قدر تکرار می‌شود تا در نهایت پژوهشگران به

1 - Licence  
2 - Manlove

3 - Content Analysis

ثبات قابل قبول در بین داده‌ها و احساس رضایت درباره طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها برسند.

نوجوانان زنجانی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (متناسب با پژوهش کیفی) انتخاب و مورد مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته قرار گرفتند تا دیدگاه نوجوانانی با قومیت ترک نیز شناخته شود. 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. تعدادی از سؤال‌هایی که به منزله راهنمای مصاحبه مورد پرسیده شده‌اند عبارتند از: وقتی به عنوان یک نوجوان برای اولین بار به خانواده سالم فکر می‌کنید، چه چیزی در ذهن شما تداعی می‌شود؟ کمترین شرایط و امکانات لازم برای داشتن خانواده سالم برای نوجوانان چیست؟ داستان شرایطی را بگویید که احساس کرده‌اید که خانواده شما در اوج سلامت و یا نا سلامتی بوده است؟

تمام مکالمه‌ها بر روی نوار صوتی ضبط، و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جریان فرآیند پژوهش، از گردآوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها مواردی چون: رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، مفاد تعهدات اخلاقی رعایت شده است.

اطلاعات فردی چون سن، جنس، پایه تحصیلی و شغل نیز علاوه بر سؤالات پیرامون خانواده سالم مطرح شد، مصاحبه‌ها بسته به تمایل نوجوانان به زبان ترکی و یا فارسی، و همچنین در جلسات فردی یا گروهی انجام شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح، اشباع اطلاعاتی<sup>۱</sup> که دیگر تم یا درونمایه جدیدی به داده‌ها اضافه نشود، ادامه یافت است. بر همین اساس ۲۷ نوجوان زنجانی ۱۰-۱۹ ساله تا رسیدن به داده‌های تکراری مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. نوجوان، زنجانی و سالم بودن (فقدان بیماری مهم و مزمن در زمان انجام پژوهش به علت تفاوت کارکرد خانواده در شرایط بیماری فرزند) و تمایل و توانایی در انتقال تجارب غنی و احساسات عمیق

خود پیرامون سلامت نوجوانان و خانواده معیار ورود نمونه‌ها بوده است.

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

روایی و پایایی داده‌ها با معیارها و واژه‌های پژوهش کیفی که مقبولیت و تعین خواننده می‌شوند شرح داده خواهد شد. مقبولیت، به معنی قابل پذیرش بودن داده‌ها و آن نیز در گرو جمع‌آوری داده‌های حقیقی است. جهت افزایش مقبولیت داده‌ها از انواع روش‌های زیر استفاده شده است:

- استفاده از تلفیق در تحقیق<sup>۲</sup> (تلفیق زمانی<sup>۳</sup>): از تلفیق زمانی نیز با بررسی در زمان‌های مداوم (افزایش دفعات مصاحبه‌ها) و امکان بازخورد به داده‌ها برای تأمین داده‌هایی با اعتبار بیشتر استفاده شده است.

- بازنگری ناظرین<sup>۴</sup>: با استفاده از نظرات تکمیلی همکاران<sup>۵</sup>، مرور دست نوشته‌ها توسط<sup>۶</sup> مشارکت‌کنندگان، اصلاحات و نکات پیشنهادی، لحاظ شده است.

- جست و جو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی<sup>۷</sup>: در جمع نوجوانان به ویژه در مدارس به دلیل سهولت بیشتر، از آنان خواسته می‌شد که سایر نوجوانانی را که نظرات متضادی داشته و از نظر دیدگاه‌های اجتماعی و شرایط فردی در نقطه مقابل هم قرار دارند را نیز معرفی نمایند (۱۳).

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

همچنین از تجزیه و تحلیل دست نوشته‌ها پیرامون نظرات نوجوانان در مورد خانواده و سلامت نوجوان تم‌های

- 2 - Triangulation
- 3 - Time Triangulation
- 4 - Peer Check
- 5 - Peer Debriefing
- 6 - Member Check
- 7 - Search for Opposite Evidences & Negative Case Analysis

- 1 - Data Saturation

زیر به دست آمد که زیر طبقه‌های آن در زیر و شرح تفصیلی آن در بحث خواهد آمد. جدول شماره دو مجموعه طبقه‌ها و زیرطبقه‌های استخراج شده را نشان می‌دهد:

با توجه به جدول فوق نوجوانان ویژگی‌های خانواده سالم و نقش خانواده در سلامت نوجوانان را در محورهای زیر برشمرده‌اند:

۱- ارتباط در خانواده، یکی از زمینه‌های مؤثری بوده است که والدین بر سلامت فرزندان نوجوان، نقش داشته‌اند. لزوم برقراری رابطه صمیمی با فرزندان، مورد علاقه والدین بودن را عامل و درک نشدن توسط خانواده را مانع سلامت خود دانسته‌اند.

یکی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، پیامدهای ارتباط نامناسب والدین- نوجوان را ذکر می‌کند و می‌گوید:

«اگر خانواده نوجوان رو درک کند، نوجوان‌ها هم با پدر و مادر حرف می‌زنند، اما اگر بچه، خانواده رو امین خودش ندونه با دوستای ناباب می‌گرده و بعد هم سیگاری و معتاد میشه.» (دختر، ۱۸ ساله)

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، گفته‌اند که از سوی والدین درک نمی‌شوند از سوی دیگر بین نحوه ارتباط والدین و سلامت فرزندان ارتباط تنگاتنگی هست، گاه نگرانی‌های والدین، برای نوجوانان بازخواست جلوه می‌کند و در تقابل با استقلال طلبی نوجوانی بوده و از این رو آزارنده است.

«توی خانواده‌ها اصلاً به ما اعتماد ندارند، همه‌اش می‌پرسند کجا بودی؟ با کی بودی؟ چی کار می‌کردی؟ اصلاً به ما اعتماد ندارند.» (پسر، ۱۷ ساله)

در صورتی که فقدان ارتباط مؤثر با فرزندان نوجوان می‌تواند موجب ترغیب پنهان کاری آنان و افزایش فاصله بین والدین- فرزندان شود، که پیامدهای جدی به دنبال خواهد داشت:

«ما اتفاقاتی رو که برامون می‌افتد کمتر به پدر و مادر هامون می‌گیم، چون شاید دیگه به ما اجازه ندهند بریم بیرون و توی دردرس بیفتیم.» (دختر، ۱۷ ساله)

۲- دومین طبقه اصلی، خانواده سالم، با زیر گروه‌های: والدین سالم (غیر سیگاری و غیر الکلی...)، پیش شرط سلامت نوجوان، اختلافات خانوادگی مانع سلامت نوجوان، تحمل خطای فرزندان، لزوم آگاهی والدین از تکامل و سلامت نوجوان بوده است.

نقش خانواده در تأمین سلامت نوجوانان نقشی چند بعدی و گسترده و حتی والدین سالم، پیش شرط سلامت نوجوانان ذکر شده‌اند. نوجوانان سیگار کشیدن را به ویژه وقتی با اعتبار و اقتدار پدران همراه باشد آسان‌تر می‌پذیرند و الگوبرداری می‌کنند. همچنین نوجوانان گفته‌اند تماشای فیلم و سی دی و ماهواره را از خانه و با خانواده شروع کرده‌اند. این تماشا را ابتدا با لذت شروع کرده‌اند اما به دنبال آن مشکلات زیادی برایشان ایجاد شده است.

همچنین درگیری بین والدین، پیامدهای جدی و آثار نامطلوبی بر سلامت نوجوانان داشته است. فرار از منزل و مصرف سیگار و الکل بعضی پیامدهای نامطلوب اختلافات و درگیری‌های خانوادگی ذکر شده است: «علت سیگاری شدن من خانواده است، پدرم خیلی باهام دعوا می‌کرد، یکی از بچه‌ها گفت سیگار بکش حالت خوب می‌شه، سیگار کشیدم، اول واسه ی تفریح بود بعد هم عادت شد، حالا حتی مشروب هم می‌خورم.» (پسر، ۱۸ ساله)

بعضی از نوجوانان تجارب ناخوشایندی از برخوردهای خشن والدین نقل می‌کردند. این گونه رفتارها می‌تواند نسل بعدی را نیز متأثر سازد، چنانکه این نوجوان می‌گوید: «پدرمون ما رو کتک می‌زند، ولی بچه با زدن خیلی بدتر میشه، تازه اون هم یاد می‌گیره که با بچه‌اش همین طوری رفتار کند.» (پسر، ۱۵ ساله)

این مشارکت‌کننده نیز فرار از منزل را پیامد اختلافات خانوادگی و رفتار ناشایست والدین با فرزندان خود دانسته است. این فرار را بخوانید: «توی خانواده یه مشکلاتی هست مثلاً مامان و بابامون با همدیگر یا با ما دعوا می‌کنند این هم زده می‌شه، دلشکسته می‌شه و می‌زنه می‌ره بیرون، احتمالش هم هست که از خونه فرار کند.» (پسر، ۱۷ ساله)

مشارکت‌کنندگان، همچنین بر نقش آگاهی‌های والدین از تغییرات و تکامل دوره نوجوانی تأکید نموده، و گفته‌اند، ناآگاهی‌های والدین در این زمینه موجب دشواری‌های زیادی می‌شود.

۳- سومین طبقه اصلی، محدودیت، شامل زیرطبقه‌های نظارت و کنترل بر دوستی‌های فرزندان، آزادی کنترل شده و تحت نظارت والدین بوده است.

مشارکت‌کنندگان گفته‌اند یکی از مهم‌ترین نقش‌ها و مسؤولیت‌های والدین که بر سلامت نوجوانان تأثیر

به‌سزایی دارد نظارت‌های دورادور و نامحسوس بر دوستی‌های فرزندان نوجوان است. نوجوانان مشارکت‌کننده بر این مهم تأکید زیادی داشتند. یکی از نوجوانان گفته است:

«من اگر پدر بودم به پسرم آزادی می‌دادم، آزادی می‌دادم که پیشرفت کند، البته ره‌ایش که نمی‌کردم که توی خیابون‌ها بگرده، سعی می‌کردم راهش رو باز بگذارم که چیزهایی رو که باید امتحان کند تا بعد ها به راه خلاف نیفتد.» (پسر، ۱۷ ساله)

نوجوانان هر دو محدودیت و آزادی را لازمه سلامت و تکامل نوجوانان و انواع کنترل نشده هر دو را در تضاد با سلامت نوجوانان دانسته‌اند. این نوجوان کنترل‌های زیاد والدین را عامل مشکلات بیشتر بعدی می‌داند:

«کنترل زیاد در خانواده باعث می‌شه آدم به راه‌های خلاف کشیده بشه، می‌گن آدم از هر چی که منع بشه به اون حریص‌تر می‌شه، من اگر پدر بودم تا حدودی به آزادی کنترل شده به بچه‌هام می‌دادم تا بفهمند توی جامعه چه خبره.» (پسر، ۱۶ ساله)

۴- چهارمین طبقه اصلی، تأمین تسهیلات رفاهی ورزشی، امکانات آموزشی (کلاس‌های درسی و فوق برنامه) از سوی والدین بوده، و تحت عنوان امکانات بیان شده‌اند. نوجوانان گفته‌اند ناتوانی والدین، در تأمین این گونه تسهیلات می‌تواند علاوه بر ایجاد تنش‌ها و

درگیری‌های بیشتر در خانواده، موجب روی آوردن بیشتر نوجوانان به سمت دوستان شود. نوجوانان مورد بررسی، بر اهمیت امکانات آموزشی و فرهنگی در سلامت نوجوانان تأکید نموده‌اند. بسیاری از نوجوانان تأمین هزینه‌های ورزش و تفریحات از سوی والدین را در سلامت خود بسیار مؤثر دانسته‌اند. این گونه تفریحات علاوه بر این که خود به تنهایی سودمند است می‌تواند مانع از ارتباطات و تفریحات ناسالم رایج بین نوجوانان شود. یکی از نوجوانان در این باره گفته است: «من اگر امکانات داشتم مثلاً به سرگرمی داشتم، نمی‌رفتم این طوری بشم، اما الان رفتم با دوستای ناباب گشتم سیگاری شدم، الکلی شدم، هر چی که بگی شده‌ام.» (پسر، ۱۸ ساله)

۵- آخرین طبقه اصلی، باورهای مذهبی بوده است. نوجوانان، باور مذهبی با تأکید بر تقویت باور مذهبی و انجام آیین‌های عبادی راه، از نقش‌های مهم والدین ذکر کرده‌اند. نوجوانان گفته‌اند، یکی از رسالت‌هایی که خانواده برای تأمین سلامت نوجوان خود دارند رشد باورهای مذهبی به آنان است. یکی از نوجوانان در این باره گفته است:

«من اگر مادر بودم به بچه‌ام یاد می‌دادم که چطور به خدا ایمان داشته باشد، فکر می‌کنم هر کس به خدا ایمان داشته باشد از نظر سلامتی خیلی برایش خوبه، چون می‌دونه هر جایی که هست و هر کاری که می‌کند خدا همراهشه، پشتیبانشه.» (دختر، ۱۸ ساله)

## جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی نوجوانان مورد بررسی

نام متغیر	تعداد	درصد
جنس	دختر	۳۷
	پسر	۶۳
پایه تحصیلی	راهنمایی	۷/۴
	متوسطه	۷۴
	سایر	۱۸/۶
جمع	۲۷	۱۰۰

## جدول ۲: طبقه‌ها و زیرطبقه‌های استخراج شده در مورد خانواده و سلامت نوجوان

طبقه‌ها	زیرطبقه‌ها
ارتباط در خانواده	لزوم برقراری رابطه‌ی صمیمی با فرزندان، مورد علاقه والدین بودن، درک نشدن توسط خانواده مانع سلامت والدین سالم (غیر سیگاری و غیر الکلی...)
خانواده سالم	پیش شرط سلامت نوجوان، اختلافات خانوادگی مانع سلامت نوجوان، تحمل خطای فرزندان، لزوم آموزش والدین در زمینه‌ی تکامل و سلامت نوجوان
محدودیت	نظارت و کنترل بر دوستی‌های فرزندان، آزادی کنترل شده و تحت نظارت والدین
امکانات	تسهیلات رفاهی ورزشی، امکانات آموزشی
باور مذهبی	تقویت باور مذهبی و انجام آیین‌های عبادی

## بحث

بحث در سه قسمت بحث پیرامون یافته‌های پژوهش، محدودیت‌های پژوهش و پژوهش‌های بعدی تنظیم شده است.

### ۱- بحث پیرامون یافته‌های پژوهش

۱-۱: ارتباط در خانواده، یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت نوجوان بوده که در بیشتر مصاحبه‌ها مورد تأکید نوجوانان قرار گرفته است. تعداد زیادی از نوجوانان، بر وجود رابطه صمیمی بین والدین- فرزندان تأکید، و از درک نشدن توسط والدین گلایه کرده‌اند. این ممکن است به دلیل تغییرات تکاملی دوران نوجوانی باشد که، انتظارات دیگری را برای نوجوانان- والدین، به همراه دارد و الگوی ارتباط در خانواده را که پیشتر تحت اداره والدین بود به سمت الگوی ارتباطی که فرزندان نیز نقش بیشتری در خانواده دارند تغییر می‌دهد.

در نوجوانی روابط والدین و نوجوانان به گونه‌ای تغییر می‌کند که والدین منبع حمایت، آرامش، پند و اندرز و کمک باشند. بیشتر نوجوانان، والدین خود را آنچنان که دلخواه آنان باشد نمی‌یابند و این برای والدین هم خوشایند نیست. نوجوانان نیز بین استقلال، و تحت حمایت والدین بودن سرگردانند. این احساس استقلال طلبی، گاه به تعارض در خانواده می‌انجامد (۱۴).

بر اساس یافته‌های پژوهش، یکی از چالش‌انگیزترین مسایل برای هر دو والدین و نوجوان ارتباطات بوده است. این در حالی است که هر قدر ارتباط بین والدین و فرزندان نوجوان قوی‌تر باشد، نوجوانان کمتر با گروه همسالان ارتباط خواهند داشت و بنابراین از آسیب‌های آن نیز بیشتر مصون می‌مانند (۱۵). همچنین ارتباط با خانواده و مذهب از رفتارهای حمایت‌کننده سلامت روان در نوجوانی هستند و با میزان روی آوردن به سیگار، الکل و مخدرها نسبت عکس دارد (۱۶). حتی تحقیقات نشان داده‌اند که دوستان و والدین بیش از سایرین در ترک سیگار نوجوانان مؤثر بوده‌اند (۱۷).

۲-۱: دومین طبقه استخراج شده در بررسی حاضر خانواده سالم است. نوجوانان والدین را الگوی خود ذکر کرده‌اند. مشارکت‌کنندگان گفته‌اند، تنش‌های خانوادگی، پیامدهای نامطلوبی بر سلامت نوجوانان داشته است. یافته‌های دیگر نیز مؤید این مطلب است، به طوری که

نوجوانان سوییسی که خانواده‌های گسسته داشته و والدینشان مبتلا به بیماری روانی بوده‌اند، وضعیت سلامت پایین و افسردگی داشته‌اند (۱۸).

همچنان که مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌های خود گفته‌اند، مشاجرات و درگیری‌های خانوادگی در بسیاری از جوامع امروزی یک مشکل بزرگ اجتماعی به شمار می‌رود. شجاعتی زاده و همکاران نیز یافته‌اند که، اختلافات والدین، آثار سویی بر وضعیت نوجوانان دارد و موجب اختلالات اضطرابی در آنان می‌گردد. تنش‌های خانوادگی، همچنین می‌تواند موجب دشواری‌های تحصیلی و اختلال در نقش‌های اجتماعی شود. این نویسندگان هم بستگی زیادی بین چگونگی رفتارهای مادرانه، با میزان رضایت از زندگی و سلامت روانی نوجوانان را یافته‌اند (۱۵). به علاوه فضای منفی خانواده در کنار فشار گروه همسالان، مشکلات مدرسه و مشکلات روانشناختی از عوامل خطر ساز افزایش مصرف مواد مخدر هستند. افسردگی نوجوانان با عملکرد ضعیف خانواده و افسردگی والدین، افزایش بعد خانوار در ارتباط بوده است. در حالی که افزایش حمایت خانواده با کاهش عوامل خطر در نوجوانی همراه بوده است (۱۹).

رشد روانی - رفتاری نوجوانان با روابط در خانواده و بین والدین ارتباط دارد. سهل‌انگاری، توجه زیاد، غیبت طولانی هر یک از والدین، جو نامساعد در خانواده، پرخاشگری پدر و یا مادر یا هر دو، تبعیض و بی‌عدالتی، تحقیر و احساس ناامنی نوجوان، سخت‌گیری و دخالت بیش از حد در کار وی و رفتار تهدیدآمیز از علل روانی - اجتماعی پرخاشگری نوجوانان است. خودکشی و بیماری‌های روانی در نوجوانان دارای مشکلات خانوادگی بیشتر است. خانواده‌هایی که در هدایت و نظارت مناسب بر فرزندان نوجوان خود ناتوانند موجب افزایش اختلالات روانی در او می‌شوند (۲۰). همچنین، پرویزی و همکاران، در پژوهش کیفی خود خانواده و به ویژه والدین را منشاء حرکت تکاملی نوجوان در طیفی که از وابستگی شروع می‌شود و به استقلال می‌رسد ذکر کرده‌اند. به طوری که نوجوان سالم به استقلال امن و توأم با آرامش خاطر رسیده در حالی که نوجوان سالم به خانواده وابسته است (۱۰).

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، ضمن گلایه از والدینی که شیوه خشونت و تنبیه را به گفت و گو با فرزندان نوجوان خود ترجیح داده‌اند، تأکید کرده‌اند که

۱-۳: محدودیت، طبقه بعدی است که دو زیرطبقه دوستی‌ها و آزادی‌های کنترل شده را در بر می‌گیرد. تعادل در دامنه آزادی- محدودیت یکی از چالش‌انگیزترین و البته مهم‌ترین موضوعات نوجوانی بوده است. نوجوانی را دوره جدایی از خانواده و اتصال به گروه همسالان نامیده‌اند. والدین می‌توانند ضمن حفظ استقلال و روند تکامل نوجوان خود بستر سالمی برای دوستی‌های او فراهم کنند. یکی از آسیب‌پذیری‌های اساسی نوجوانان دوستی‌های آن‌هاست. هدایت نکردن دوستی‌ها به سمت دوستی‌های سالم و عدم نظارت والدین می‌تواند پیامدهای غیرقابل جبرانی داشته باشد. نوجوانی را دوره کسب استقلال خوانده‌اند. تجربه استقلال می‌تواند با رشد اجتماعی چشمگیر در این دوره همراه باشد. تمرین و تجربه استقلال در صورتی که با آمادگی قبلی و یا نظارت نامحسوس والدین همراه نباشد نه تنها سودمند نیست بلکه می‌تواند آسیب‌زا نیز باشد.

۱-۴: چهارمین طبقه اصلی، تأمین امکانات و تسهیلات رفاهی- آموزشی، و آن نیز از مقدمات سلامت و انتظارات فرزندان از والدین بوده است. نقش تفریحات و ورزش در تأمین سلامت نوجوانان در تحقیقات دیگر نیز مورد تأکید بوده است. نوجوانان تهرانی فقر را از موانع سلامت هر دو خانواده و نوجوان ذکر کرده‌اند (۱۵). نوجوانان فنلاندی که ورزش می‌کرده‌اند، احساس سلامت بیشتری داشته‌اند، همچنین افزایش فعالیت جسمانی با رضایت از مدرسه و احساس شادی نسبت مستقیم داشته است (۲۴).

۱-۵: باورهای مذهبی، آخرین طبقه استخراج شده از عوامل خانوادگی که نوجوانان نقش آن در سلامت خود را مورد تأکید قرار داده‌اند بوده است. نقش باورهای مذهبی در سلامت نوجوان و مسؤولیت خانواده در بنای این باورها آنقدر روشن است که نیازی به تأکید ندارد. آیین‌ها و باورهای مذهبی نقش چشمگیری در تأمین سلامت به ویژه در بعد سلامت روان دارد. این اعتقادات دروغای جهانی شدن و فروریختن مرزهای ارتباطی و اطلاعاتی که بیش از پیش انسان‌ها تنها و در معرض انواع تهاجم‌های فرهنگی هستند ضروری به نظر می‌رسد. مذهب و سلامتی در چرخه‌ای به دنبال هم هستند که هر یک علت و معلول دیگری است. گاه سلامت به جای اینکه علت باور مذهبی باشد معلول آن است. رفتارهای بهداشتی و یا غیربهداشتی کاملاً تحت تأثیر باورها و ارزش‌های مذهبی هستند مثلاً در

خسونت‌های خانوادگی موجب تحقیر نوجوانان خواهد شد. نوجوانان همچنین گفته‌اند، خطا و اشتباه، اقتضات طبیعی دوره نوجوانی هستند. والدین، باید تحمل خطای نوجوانان را داشته باشند و واکنش‌هایی مناسب نشان دهند. رفتارهای خشن، نامهربانی، تبعیض و سخت‌گیری‌های بیش از حد والدین، می‌تواند در گرایش نوجوانان به رفتارهای ناشایسته نقش مؤثری داشته باشد. سخت‌گیری والدین، تبعیض در خانواده، مورد تنبیه بدنی والدین قرار گرفتن، داشتن ناپدری و نامادری، و ضعف تحصیلی از عوامل مؤثر بر فرار نوجوانان ذکر شده‌اند. همچنین افزایش حمایت خانواده با کاهش عوامل خطر در نوجوانی همراه بوده است (۲۱).

مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها گفته‌اند که والدین باید درباره رفتار با نوجوانان آموزش ببینند. والدین و نوجوانان هر دو نیازمند آموزش هستند. نگرانی‌های والدین و استقلال طلبی نوجوانان که معمولاً والدین آن را سرکشی تعبیر می‌کنند با آگاهی از تغییرات طبیعی نوجوانی کاسته می‌شود.

بیشتر والدین از ابراز مسؤولیت مهم خود در مورد نوجوانان احساس ناتوانی می‌کنند. والدین آموزش‌های ویژه‌ای نیاز دارند تا بتوانند این نقش را ایفا کنند. آگاهی والدین از عوامل خطر نوجوانی و چگونگی مهارت‌های ارتباطی با آنان به سلامت فرزندان نوجوان منتهی شده و در مقابل سطح کم آگاهی خانواده‌ها بر سلامت فرزندان تأثیر منفی گذاشته است (۲۲).

تبیین مجدد مرزها بین والدین و نوجوانان در خانواده‌هایی که فرزند نوجوان دارند ضروری است. مرزها باید بازتر شوند، بدون اینکه کاملاً از بین بروند. استقلال طلبی و لذت‌جویی نوجوانان موجبات نگرانی بسیاری از والدین را فراهم می‌کنند و گاه حتی یکپارچگی خانواده را نیز به مخاطره می‌اندازند. تغییرات جسمی به ویژه اگر غیر منتظره باشند نیز مزید بر علتند (۱۴) تجدید نظر در روابط والدین - نوجوانان به سوی یک رابطه محترمانه و معقول، مشاوره و زمینه سازی برای قبول زندگی جمعی در نوجوانان لازم است. دیدگاه‌های نوجوانان و والدین در زمینه سلامت و نیازهای آنان کاملاً متفاوت هستند. والدین در کاهش رفتارهای خطر ساز و ارتقای سلامت نوجوانان مؤثرند. توجه والدین و احترام به خانواده حتی می‌تواند انگیزه ترک سیگار در نوجوانان شود (۲۳).

- پژوهش‌هایی برای برنامه‌ریزی بهترین شیوه‌های ارتباطی بین خانه و مدرسه.

### نتیجه‌گیری

خانواده سالم از دیدگاه مشارکت‌کنندگان خانواده‌ای بوده است که در آن رابطه مناسبی بین والدین- فرزندان برقرار باشد. فرزندان نوجوان مورد علاقه، اعتماد، حمایت و راهنمایی والدین باشند و این علاقه به آن‌ها نشان داده شود تا احساس محدودیت نکنند. هر گاه کمکی از آن‌ها می‌خواهند دریغ نشود. والدین سخن نوجوان را بشنوند و آن طور که هست درک و با آنان مثل افراد رشد یافته رفتار کنند. مرز و محدوده منطقی برای نوجوانان و ارتباطات دوستانه آنان به گونه‌ای که تکامل فردی- اجتماعی آنان را تأمین کند با نظارتی دوردور همراه باشد برای نوجوانان قرار دهند، امکانات رفاهی لازم برای نوجوانان را فراهم کنند و به آن‌ها شیوه زندگی در سایه باور مذهبی را بیاموزند.

شناخت نقش خانواده، تغییرات تکاملی نوجوانی و آسیب‌پذیری‌های آنان و استفاده از پژوهش‌های کیفی برای درک دنیای پیچیده نوجوانی از دیدگاه خود آنان و تأمین داده‌های مستند و گسترش دانش پیرامون عوامل و موانع سلامت نوجوان ضروریست. آموزش ارتباطات و برقراری الگوهای ارتباط مؤثر در خانواده‌ها بر اساس شناخت رشد و تکامل نوجوانی می‌تواند سلامت نوجوانان را تضمین کند. آموزش خانواده‌ها و نوجوانان به گونه‌ای که در ویژگی‌های نوجوانی را بشناسند و در تأمین سلامت آنان مشارکت فعالانه داشته باشند نیز زیر ساخت سلامت فرداست.

کمک به خانواده‌ها و آموزش اولیا با توجه به این که نوجوانان خانواده‌ها را الگوی خود در مصرف سیگار و نیز تماشای فیلم‌های نامناسب ذکر کرده‌اند نیز در تأمین سلامت نوجوانان لازم است. آگاه‌سازی خانواده‌ها نسبت به نقش خطیر الگو بودن برای فرزند نوجوان خود می‌تواند در تعالی هر دو نسل مؤثر باشد. با توجه به تأکید نوجوانان بر برخورداری از تسهیلات آموزشی و تفریحی و انتظاراتی که در این زمینه از خانواده‌ها داشته‌اند، می‌توان اهمیت عوامل اقتصادی اجتماعی را در ارتقای سطح سلامت را مورد تأکید قرارداد. تقویت مبانی مذهبی و بازنگری در نقش مهمی که خانواده در آموزش باورهای

نتایج تحقیق بر ۲۲۹ نوجوان آمریکایی، داشتن قیود مذهبی، و تعلق به اقلیت مسلمانان مانع نوشیدن الکل ذکر شده‌اند (۲۵). ارتباط با خانواده و مذهب از رفتارهای حمایت‌کننده سلامت روان در نوجوانی هستند و با میزان روی آوردن به سیگار، الکل و مخدرها نسبت عکس دارد (۱۶).

پرستاران با رسالت و نقش‌های بزرگی که در حفظ و ارتقای سلامت افراد به ویژه نوجوانان به منزله یکی از گروه‌های در معرض خطر دارند می‌توانند هر دو نوجوانان و خانواده‌های آنان را به منزله گروه هدف در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی - اجتماعی مورد توجه قرار دهند. پرستاران بهداشت مدارس نیز در آموزش مهارت‌های زندگی و سالم زیستن به نوجوانان می‌توانند بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و درک شرایط اجتماعی و خانوادگی تأکید کنند. در همین راستا تلاش بین رشته‌ای و ارتباط هماهنگ بخش‌های صنعت و اقتصاد، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، صدا و سیما برای تأمین سلامت نوجوانان، بهبود وضعیت اقتصادی، افزایش آگاهی عمومی و تقویت بنیان مقدس خانواده و آموزش اولیاء از تغییرات طبیعی و آسیب‌پذیری‌های نوجوانی در تأمین سلامت نوجوانان کاملاً مؤثر است.

### ۲- محدودیت‌های پژوهش

مشابه سایر تحقیقات کیفی، یافته‌های این پژوهش تعمیم‌پذیری کمی دارد. همچنین از ویژگی‌های نوجوانان معدودی که از مصاحبه خودداری کرده و یا نوار و متن مصاحبه‌های خود را باز پس گرفتند در دست نیست. گر چه با راه‌کارهایی که برای تأمین مقبولیت و عینیت‌پذیری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته، به نظر می‌رسد، یافته‌ها قابل اعتماد و دارای اعتبار کافی باشند.

### ۳- پژوهش‌های بعدی

پژوهش‌های بعدی می‌توانند در این زمینه‌ها باشند:  
- طراحی راه‌هایی برای آموزش حفظ و ارتقاء سلامت خانواده‌ها.

- طراحی و اجرای تحقیقات عملکردی برای آموزش والدین، ارتباط بیشتر بین خانه و مدرسه، آموزش اولیاء در زمینه ویژگی‌های نوجوانی و عوامل خطرزای آن، چگونگی رفتار با نوجوانان و نظارت غیر مستقیم بر نوجوانان، آگاه‌سازی خانواده‌ها از نقش مهم تنش‌های محیط خانواده بر سلامت نوجوان و نقش حفاظتی باورهای مذهبی.



## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات کلیه نوجوانان عزیزی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌شود. همچنین از حمایت مالی کانون اندیشه‌های پویا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای این طرح پژوهشی قدردانی می‌شود.

مذهبی و تأمین سلامت نوجوانان دارد و طراحی الگوهایی برای درونی کردن باورهای مستدل منطقی لازم است. تأمین سلامت و نیرومندی اندیشه و ایمان نوجوانان کشور، پیش شرط سلامت آینده است. از این رو همه برای تأمین خانواده‌های سالم برای پرورش فردایی با نوجوانان سالم‌تر مسؤولیم.

## منابع

- 1 - World health Organization. Challenge of Adolescent Sexual Develop. Geneva: WHO pub; 2002. P. 10-19.
- 2 - Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, et al. Youth Risk Behavior Surveillance. Surveillance Summaries, www.cdc.gov/mmwr. 2001; 51(1): 1-64.
- 3 - Bomar PJ. Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice, 3<sup>rd</sup> edd, Elsevier Science company; 2004. P. 96.
- 4 - Diem E, Moyer A. Community Health Nursing Projects. Philadelphia: LWW Company; 2005. P. 239-240.
- 5 - Harmon Hanson SM, Gedaly-Duff V, Rowe Kaakinen J. Family Health Care Nursing, 3rd Edition, Philadelphia: FA. Davis; 2005. P. 258.
- 6 - Licence. K. Promoting and protecting the health of children and young people. Child: Care, Health and Development The multidisciplinary journal - incorporating Ambulatory Child Health, 2004;30(6): 623-635.
- 7 - Manlove J, Logan C, Moore KA, Ikramullah E. Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. Perspect Sex Reprod Health. 2008; 40(2): 105-17.
- 8 - Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Borquez PM. Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents. Article in Spanish. Revista médica de Chile. 2008; 136(3): 317-24.
- 9 - Qin LZ, Sun YY, Xia W, Chen SF, Zhang HY. Risk factors for emotional abuse in 844 adolescents, Article in Chinese, Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2008; 10(2): 228-30.
- 10 - Parvizy S, Ahmadim F, Nikbakht A. An identity based-model for adolescents health: A qualitative study, Eastern Mediterranean Health Journal. 2008; 14(4): 869-879.
- 11 - Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004. P. 162-180.
- 12 - Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing Research. 6th Edn. Philadelphia: Lippincott; 2006. P. 332-336.
- 13 - Parvizy S, Nikbakht A, Pournaghash S, Sharokhi S. Adolescents' Perspectives on addiction: Qualitative study. Nursing and Health Sciences. 2005; 7: 192-198.
- 14 - Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Pub; 2002. P. 332-337.
- 15 - Shojaee zadeh D, Noori M, Mehryar A. Evaluation the relationship between the family characteristics and the health status of the Adolescent daughters studying in high school at Tehran. Teb va tavanbakhshi Journal. 2000; 1: 41-50.
- 16 - Tucker JS, Ellickson PL, Collins RL, Klein DJ. Are Drug Experimenters Better Adjusted Than Abstainers and Users? Journal of Adolescent Health. 2006; 39(4): 488-94.
- 17 - Russell MV, Haines MM, Head JA. Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. Journal of Adolescent Health. 2006; 38: 15-23.

- 18 - Patten CA, Lopez K, Thomas JL, Offord KP, Decker PA. Reported willingness among adolescent nonsmokers to help parents, peers, and others to stop smoking. *Preventive Medicine*. 2004; 39: 1099-1106.
- 19 - Saxena S, Jane-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*. 2006; 5(1): 5-14.
- 20 - Rumpold G, Klingseis M, Dornauer K, Kopp M, Doering S, Hofer S, Mumelter B, Schussler G. Psychotropic Substance Abuse Among Adolescents: A Structural Equation Model on Risk and Protective Factors. *Substance Use & Misuse*, 2006; 41: 1155-1169.
- 21 - Golchin M. Interest in Aggression in adolescent and the role of the family. *Journal of Qazvin university of medical sciences*. 2002; 21: 35-40.
- 22 - Abiodun O, Adewuya M.B.Ch.B, Yemisi A, Ologun. Factors Associated with Depressive Symptoms in Nigerian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39: 105-110.
- 23 - Mei-Yen C, Lian-Hua H, Edward KW, Ne-Jan C, Ching-Yun H, Li-Ling H and Yea-Jwu S. The Effectiveness of Health Promotion Counseling for Overweight Adolescent Nursing Students in Taiwan. *Public Health Nursing*. 2001; 18(5): 350-360.
- 24 - Katja R, Paivi K, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction. *Journal of School Health*. 2002; 72: 242-49.
- 25 - Parker H, Aldridge J, Measham, F. Illegal leisure: The normalization of adolescents recreational drug use/understanding and responding to drug use: The role of qualitative research. *Contemporary drug problems*. 2001; 28: 179-192.

Archive of SID

## Exploring the concept of healthy family from adolescents' perspectives in Zanjan

Parvizi<sup>1</sup> S (Ph.D) - Aminizade<sup>2</sup> Kh (B.Sc) - Sanagu<sup>3</sup> A (Ph.D) - Sepahvand<sup>4</sup> F (B.Sc).

**Introduction:** Adolescents' development is one of the excellent goals of societies. Adolescence is peak of health, however there are risk factors address adolescents and developmental characteristics at this age which some are based on family's condition. These developmental changes impose new situations for the families which can result different functions. Identifying adolescents' perspectives and families' functions in that regard is nurses' responsibilities. The study aimed at exploring adolescents' perspectives on healthy family in Zanjan.

**Method:** Using qualitative method (content analysis), semi-structured interviews were conducted with a purposeful sample of 27 adolescents, range in age from 10 to 27 to reach the data saturation level.

**Results:** Adolescents emphasized on family role in categories of communications within the family, healthy family, limitations, facilities and religious beliefs. The adolescents point out the importance of being understood by parents, the necessity of close relationships with them, having tolerance for their children mistakes, religious beliefs, not being limited as characteristics of a healthy family.

**Conclusion:** Healthy family is crucial for adolescents' health. It is a fundamental issue in prospective health which require strategies for social and cultural reforms. Nursing is an interdisciplinary science and nurses have an extensive role in both adolescents' and families' health. Policymakers can provide realistic plans to facilitate family health issues by understanding adolescents' perspectives.

**Key Words:** Family, Adolescent, Health, Qualitative Research

1 - Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**e-mail:** s\_parvizy@yahoo.com

2 - Zangan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

3 - Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran.

4 - Khoram Abad Social Securing Organization.