مقاله پژوهشی

نیازهای جسمانی نوجوانان؛ دریچه‌ای برای پاسخگویی به نیازهای روانی و اجتماعی

نضال آژ[۱]، فاطمه ناهیدی[۲*]، گیتی ازگلی[۳]، گلایل اردلان[۴]

۱- استادیار عضو هیات علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران۲- استادیار عضو هیات علمی دپارتمان مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران. ایران۳- استادیار عضو هیات علمی دپارتمان مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ایران
۴- متخصص کودکان، اداره جوانان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

***نویسنده مسئول:** دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشیار مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی آموزشی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن : ۹۱۲۱۰۰۹۱۹۱-۹۸+
پست الکترونیک: nahidi@sbmu.ac.ir

دریافت: ۹۷/۳/۱ پذیرش: ۹۷/۷/۷

چکیده

مقدمه: *خدمات رسانی به نوجوانان در سیستم مراقبت‌های اولیه کشور ما تمرکز بر بعد جسمانی است و کمتر به نگرانی‌های روانی-اجتماعی و پیشگیری از بروز رفتارهای خطرناک توجه دارد. مطالعه حاضر به‌منظور تبیین نیازهای سلامت نوجوانان و منابع دریافت خدمات از دیدگاه ایشان و مراقبین انجام شد.*

متدولوژی: *مطالعه در دست، تحقیقی کیفی بوده و جامعه پژوهش آن را دانش‌آموزان و نوجوانان رده سنی ۱۹-۱٤ سال، به علاوه‌ی والدین، معلمین، مسئولین و کارشناسان آموزش و پرورش و وزارت بهداشت تشکیل دادند. بر همین اساس ۹ مصاحبه گروهی و ۳۰ مصاحبه فردی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق بدون ساختار بود. نمونه‌گیری تا حد اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه‌وتحلیل با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و همزمان با نمونه‌گیری صورت گرفت. برای سنجش اعتبار و کیفیت از ٤ معیار لینکلن- گوبا استفاده شد.*

یافته‌ها: *دو درونمایه‌ی «دغدغه‌های سلامت» و «منابع اطلاعاتی» استخراج شد. درونمایه دغدغه‌های سلامت از سه طبقه دغدغه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی تشکیل شد. مهمترین علت مراجعه به مراکز سلامت، بیماری‌های جسمانی بود. نیاز به ارتباط با جنس مخالف و ترس از افشای اسرار موجب بروز نگرانی روانی در نوجوانان بود. درونمایه منابع اطلاعاتی شامل دو طبقه منابع مقبول و معمول بود. ارائه‌دهندگان خدمات منبعی مقبول در بعد جسمانی و اینترنت روشی معمول در رفع بی‌دردسر دغدغه‌های روانی و اجتماعی شناسایی شد.*

نتیجه‌گیری: *دریافت خدمات مرتبط با سلامت جسمانی از طریق ارائه دهندگان خدمات، کانالی مردم‌پسند برای بررسی عمیق‌تر مشکلات روانی-اجتماعی و تامین سلامت در نوجوانان بوده و از ترویج منابع مجازی منحرف‌کننده پیشگیری می‌کند.*

کلمات کلیدی: *نوجوانان، دغدغه‌های سلامتی جنسی، روانی، جسمانی، منابع اطلاعاتی*

مقدمه

از جمعیت ۷/۳ میلیارد نفری جهان در سال ۲۰۱۵، حدود ۱/۲ میلیارد به جوانان ۲۴-۱۵ سال اختصاص داشته که رقمی بالغ بر یک ششم جمعیت جهان است(۱). در ایران، جمعیت ۲۴-۱۵ سال حدود ۱۲/۵۱۱ میلیون نفر و بیش از یک ششم جمعیت کشور را شامل می‌شود(۲). علی‌رغم این‌که نوجوانی دوران سلامت جسمانی محسوب می‌شود، نوجوانان با دغدغه‌های اجتماعی، روانی و جسمانی فراوانی روبرو هستند که آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد. حدود ۱/۲ میلیون مرگ قابل پیشگیری در سال ۲۰۱۵ به گروه جوانان ۲۴-۱۵ ساله تعلق داشته؛ یعنی روزانه بیش از ۳۰۰۰ مرگ در این گروه سنی اتفاق افتاده است. شایع‌ترین علل مرگ و میر در سال ۲۰۱۵ حوادث جاده‌ای، عفونت اچ ای وی، خودکشی، عفونت‌های تنفسی و خشونت بوده است. بیش از نیمی از بیماری‌های روانی دوران بزرگسالی، از سن ۱۴ سالگی آغاز می شود؛ اوج گرفتاری در برخی مشکلات مانند سوء مصرف مواد در فاصله سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است (۳). همچنین،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

رونـد رو بـه رشـد مصـرف الـکل در نوجوانـان می‌توانـد همـراه بـا خطـر رفتارهـای غیرقانونـی ماننـد روابـط جنسـی محافظـت نشـده، تصادفـات، خشـونت و صدمـه بـه خـود یـا دیگـران باشـد(۴-۵). مطالعـه ملـی نظـام مراقبتـی کاسـپین و نظـام مراقبـت از بیماری‌هـای غیرواگیـر در جمهـوری اسـلامی ایـران نیـز حکایـت از شـیوع بـالای رفتارهـای خطرنـاک ماننـد مصـرف سـیگار و قلیـان، سـوء مصـرف مـواد، خشـونت و رفتارهـای پرخطـر جنسـی در نوجوانـان دارد(۶-۸).

اغلـب جوامـع بـرای مقابلـه بـا مشـکلات نامبـرده راهکارهایـی مبتـی بـر شـواهد یـا، بـه درخواسـت سـازمان جهانـی بهداشـت، خدماتـی ارائـه داده‌انـد؛ ازجملـه ارتقـای سـلامت روان در اسـترالیا و انگلیـس(۹)، اسـتفاده از پزشـک خانـوده در کانـادا(۱۰)، مشـارکت خانـواده و مـدارس در پیش‌گیـری از رفتارهـای پرخطـر در مالـزی(۱۱)، ایجـاد مراکـز دوسـتدار نوجوانـان بـه توصیـه سـازمان جهانـی بهداشـت (۱۲)، برنامـه مـدارس مـروج سـلامت در ایـران(۱۳) و اخیـرا برنامـه مشـارکت زودهنـگام نوجـوان در سـلامت[1](۱۴) و ارزیابـی تاثیـر ایـن برنامه‌هـا حکایـت از عـدم اسـتقبال نوجوانـان از ایـن خدمـات یـا بی‌اهمیـت شـمردن آن‌هـا دارد(۱۵-۱۷). از دلایـل ایـن امـر می‌تـوان بـه نامتناسـب بـودن خدمـات بـا نیازهـا اشـاره کـرد (۱۷).

هرچنـد مطالعـات متعـددی در زمینـه بررسـی نیازهـای سـلامت جوانـان و نوجوانـان در ایـران انجـام شـده و نتایـج آنهـا حکایـت از بی‌توجهـی بـه نیازهـای متعـدد روانـی و اجتماعـی دارد (۱۸-۱۹)؛ بـا ایـن حـال، تمرکـز برنامه‌هـای نظـام سـلامت کنونـی در سـطوح اولیـه بـر محـور غربالگـری بـرای بیماری‌هـای جسـمانی ماننـد وزن‌گیـری، آنمـی، مشـکلات بینایـی، دیابـت و فشـارخون اسـت (۱۳،۲۰). البتـه در سـال‌های اخیـر برنامه‌هـای غربالگـری سـلامت روان در مراکـز سـلامت شـروع شـده،اما به‌دلیـل بـار منفـی ناشـی از برچسـب بیمـاری روانـی در همـه جوامـع، ایـن بیماری‌هـا کمتـر تشـخیص داده‌شـده و درمـان می‌شـوند(۲۱). همچنیـن، نیازهـای سـلامت جنسـی و بـاروری نوجوانـان و جوانـان از جملـه مـواردی هسـتند کـه به‌دلایـل عرفـی و اخلاقـی توسـط خانـواده و جامعـه نادیـده انگاشـته می‌شـود و اغلـب به‌عنـوان نیازهـای بیـان نشـده، مخاطراتـی را بـه جوانـان تحمیـل می‌کنـد(۲۲) و می‌توانـد از دلایـل عدم‌جذابیـت مراکـز سـلامت بـرای دریافـت خدمـات باشـد.

در جامعـه کنونـی، تحقیـق و پژوهـش در زمینـه نیازهـای سـلامت نوجوانـان، خدمـات برطـرف کننـده و عوامـل موثـر بـر اسـتفاده ایشـان از خدمـات موجـود بـه سـه دلیـل عمـده ضـروری اسـت: اول این‌کـه، نیازهـای نوجوانـان در جوامـع مختلـف و بـا گـذر زمـان تغییـر می‌کنـد، به‌خصـوص در ایـن برهـه زمانـی خـاص کـه ارتباطـات گسـترده اینترنتـی (۲۳) به‌عنـوان منبعـی بـرای دریافـت اطلاعـات درسـت و نادرسـت دوره بلـوغ محسـوب می‌شـود؛ دوم، نیازسـنجی‌های انجـام شـده نتوانسـته‌اند در حـل مشـکلات مرتبـط بـا سـلامت روانـی یـا در جهـت ارتقـای سـلامت بـاروری و جنسـی ایـن گـروه سـنی بـه نحـوی موثـر، به‌عنـوان صـدای نوجـوان، مطـرح گردنـد(۱۴) و سـوم، خدمـات ارائـه شـده در عمـل بـا اسـتقبال نوجوانـان روبـرو نشده‌اسـت. توجـه بـه ایـن نکتـه حائـز اهمیـت کـه طبـق نظـر سـازمان جهانـی بهداشـت، بـه منظـور پیش‌گیـری از مخاطـرات تهدیدکننـده سـلامت نوجوانـان و حمایـت از ایشـان، کـه از برنامه‌هـای ده‌گانـه تحـول در بخـش سـلامت و شـاخصی از عدالـت اعـلام شـده، سـرمایه گـذاری روی تحقیقـات در حـوزه نوجوانـان یـک اولویـت محسـوب می‌شـود(۲۴)؛ لـذا، ایـن تحقیـق، بـا هـدف تعییـن و تفسـیر نیازهـای سـلامت نوجوانـان و عوامـل موثـر بـر اسـتفاده آنـان از خدمـات موجـود در شـهر تهـران، به‌صـورت کیفـی و بـا ایـن امیـد انجـام شـد کـه نیازهـای واقعـی نوجوانـان در ایـن برهـه زمانـی شناسـایی و خدمـات نوجوان‌پسـند از دیـدگاه آنـان معرفـی گـردد تـا مسـئولین و کارشناسـان سـطوح مختلـف سیاسـتگذاری از آن بـه عنـوان صـدای نوجـوان در برنامه‌ریـزی اسـتفاده نماینـد.

متدولوژی

رویکرد (Approach)

نـوع مطالعـه: مطالعـه حاضـر از نـوع کیفـی بـوده، جهـت دسـتیابی بـه اهـداف پژوهـش از رویکـرد تحلیـل محتـوای قـراردادی اسـتفاده شـد. ایـن رویکـرد در مـواردی کـه اطلاعـات اولیـه در ایـن زمینـه موجـود باشـد، روشـی ارجـح بـه شـمار مـی رود(۲۵). انتخـاب ایـن رویکـرد بـا توجـه بـه سـوالات اصلـی تحقیـق (نیازهـای مرتبـط بـا نظـام سـلامت در نوجوانـان در جامعـه کنونـی کـدام هسـتند و چـه عواملـی بـر اسـتفاده از خدمـات موجـود توسـط نوجوانـان تاثیـر گـذار اسـت؟) مفیـد بـود؛ زیـرا ایـن رویکـرد می‌توانسـت بـه شفاف‌سـازی و بیـان نیازهـای آنـان و کشـف عوامـل غیرآشـکار در ارائـه خدمـات بـه ایـن قشـر کمـک کنـد.

مشـارکت‌کنندگان: در ایـن مطالعـه، دانش‌آمـوزان مـدارس دخترانـه، پسـرانه، دانش‌جویـان سـال اول دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی تهـران و ایـران، نوجوانـان در سـرای محلـه و پـارک لالـه، والدیـن، معلمیـن و کارشناسـان مراکـز نظـام سـلامت مشـارکت کردنـد کـه مشـخصات آن‌هـا در جـدول شـماره ۱ آورده شده‌اسـت.

محیـط پژوهـش: مـدارس متوسـطه دخترانـه در مناطـق ۱،۶و۱۲، ورزشـگاه‌های پسـرانه مناطـق ۲ و ۱ و سـرای محلـه

[1] Accelerated action for health of adolescents(AA-HA!)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

مناطق ۶، ۱۲و ۲، پارک لاله، مراکز سلامت در شمال شرق تهران، وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود.

از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در این مطالعه استفاده شد؛ ضمن این‌که نمونه‌گیری با حداکثر تنوع انجام گرفت. افراد از همه پایه‌ها و همه رشته‌ها، هم چنین از مناطق مختلف شهر تهران، از نظر اقتصادی و اجتماعی، دعوت به مصاحبه شدند.

جمع‌آوری داده‌ها (Collection Data)

پس از مراجعه و کسب مجوز از مسئولین محیط‌های پژوهشی فوق، جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق بدون ساختار بود. مصاحبه در دفتر سایت مدرسه یا محل کار مشارکت کنندگان با هماهنگی قبلی انجام شد. مدت مصاحبه‌ها حدود ۲۰ دقیقه برای مصاحبه‌های فردی و تا ۱۲۰ دقیقه برای بحث‌های متمرکز گروهی بود. در بحث‌های گروهی، تعداد اعضا ۸-۱۲ نفر بودند. تمرکز مصاحبه بر دو سوال اصلی پژوهش و در جهت ارتقای خدمات سلامت بود. بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان سوالات باز بیشتری مطرح شد(مثلا، شما در چه مواردی به مراکز سلامت مراجعه می‌کنید؟ فکر می‌کنید علل دیگری می‌تواند وجود داشته باشد که شما به‌خاطر آن به مراکز مراجعه کنید؟ دوست دارید آن‌جایی که می‌روید چطور باشد؟). سوالات از مسئولین و والدین نیز در جهت شفاف‌سازی سخنان نوجوانان بود؛ برای مثال در یکی از مصاحبه ها نوجوانان از شلوغی و بی توجهی پرسنل مرکز گله‌کردند؛ به سراغ مرکز رفته و جریان را جویا شدیم، آنان نیز از نبود برنامه و حجم زیاد کار شاکی بودند. کلیه مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و نهایتا آنالیز شد. چهار مشارکت‌کننده اجازه ضبط صدا ندادند. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

ملاحظات اخلاقی(Ethical considerations)

پروتکل تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تأیید گردید. قبل از مصاحبه، رضایت آگاهانه از تمام مشارکت‌کنندگان یا مسئولین آنان در مدرسه اخذ گردید. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده‌شد که در هر مقطع زمانی می‌توانند از مصاحبه کناره‌گیری نمایند. کلیه فایل‌های صوتی بدون نام و با تخصیص کد ذخیره گردید.

تحلیل داده‌ها (Data analysis)

در این تحقیق، برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی(گرانهیم) استفاده شد(۲۶-۲۵).

بدین منظور، در تحقیق کنونی هم‌زمان با گردآوری داده‌ها، متن از روی نوار پیاده‌شد و تحلیل واحد معنای (متن مصاحبه‌ها) به‌صورت چندین بار روخوانی متن و خط‌کشیدن زیر نکات مهم صورت گرفت. به هر کدام از واحدها برچسب مفهومی داده‌شد و کدهای اولیه شکل‌گرفت؛ سپس کدهای مشابه گروهبندی و خلاصه شدند و کدهای اصلی(مفاهیم) ایجادگردید. در نهایت، ۱۴ زیرطبقه، ۵ طبقه و ۲ درون‌مایه استخراج شد. برای صحت و دقت پژوهش از استاندارد طلایی ۴ معیاری لینکلن-گوبا استفاده شد که شامل قابلیت اعتبار[2]، قابلیت وابستگی[3]، قابلیت تصدیق[4] و قابلیت انتقال[5] است.(۲۷) نوار مصاحبه‌ها در اولین فرصت پیاده‌سازی و مکتوب شد. مشارکت طولانی مدت و صرف‌وقت و زمان کافی به جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داده‌شد. مصاحبه‌های کدبندی‌شده به مشارکت‌کنندگان داده‌شد تا مورد بازنگری قرارگیرد. داده‌ها توسط ناظر خارجی مورد بررسی قرارگرفت. برای قابلیت تصدیق، تا آنجا که امکان داشت پیش‌فرض‌های موجود در تجزیه‌وتحلیل دخالت داده نشد. در نهایت، برای قابلیت انتقال پذیری، یافته ها در اختیار دو تن از اساتید صاحب نظر دانشکده و سه تن از کارشناسان اداره نوجوانان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پرورش و دو تن از نوجوانان خارج از تحقیق قرار داده‌شد و نظرات آنان جویا و موافقت ایشان کسب گردید.

یافته‌ها

در تبیین نیازهای سلامت نوجوانان مرتبط با نظام سلامت، دو درون‌مایه دغدغه‌های سلامت و منابع اطلاعاتی برای رفع این دغدغه‌ها حاصل شد. این نتایج از مصاحبه با رده سنی ۲۴-۱۵ سال، والدین و ارائه‌دهندگان خدمت در نظام سلامت و آموزش و پرورش به‌دست آمد(جدول ۱). نوجوانان دارای دغدغه‌هایی در ارتباط با سلامت خود بودند، این دغدغه‌ها گاهی بیماری بودند که سبب مراجعه به پزشک شده و گاهی تغییرات رایج بلوغ بود. بلوغ جنسی و بلوغ روانی از جمله این تغییرات بودند که تمایل به عدم ابراز آن، اصل رازداری برای نوجوان را نمایش داد. جستجو برای یافتن علل این تغییرات، درون‌مایه منابع اطلاعاتی را ایجاد نمود. این منابع گاهی جامعه‌پسند و گاهی در تنهایی به‌دلیل دسترسی آسان مورد توجه قرار داشت.

[2] Credibility
[3] Dependability
[4] Conformability
[5] Transferability

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان مطالعه

ردیف	مشارکت‌کنندگان	تعداد	نوع مصاحبه	تحصیلات	جنسیت
۱	نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله	۶۵	۹ بحث گروهی/ ۲ مصاحبه فردی	محصل دبیرستانی	مونث/ مذکر
۲	جوانان ۱۹-۲۴	۹	فردی	دانش‌جو/ فارغ التحصیل	مونث/ مذکر
۳	والدین	۲	فردی	لیسانس	مونث/ مذکر
۴	مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۶	فردی	پزشک متخصص- لیسانس	مونث/ مذکر
۵	مسئولین وزارت آموزش و پرورش	۹	فردی	دکترا- لیسانس	مونث/ مذکر
۶	کارشناسان سرای محله	۲	فردی	فوق لیسانس-لیسانس	مونث/ مذکر
جمع		۹۲	۹ مصاحبه گروهی و ۳۰ مصاحبه فردی		

جدول شماره۲: ترسیم درون مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات محور دغدغه‌های سلامتی نوجوانان

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه
کم توجهی به مشکلات	دغدغه‌های جسمی	دغدغه‌های سلامتی
بیماری		
تغییرات جسمانی بلوغ		
تمایل به جنس مخالف	دغدغه‌های اجتماعی	
نگرانی از ارتباط با جنس مخالف		
تمایل به گروه همسالان		
تغییرات روانشناختی	دغدغه‌های روانی	
ترس از افشای اسرار		
خانواده و اقوام	منابع مقبول در جامعه	منابع اطلاعاتی
ارائه‌دهندگان خدمات		
مدرسه		
روش‌های مجازی	منابع معمول در جامعه	
منابع کاغذی		
دوستان		

۱- دغدغه‌های سلامت

درون‌مایه دغدغه‌های سلامت نوجوانان به سه طبقه نگرانی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی تقسیم‌بندی شد(جدول ۲). نگرانی در مورد تغییرات بلوغ سبب به‌هم ریختگی جسم و روح نوجوان شده، او را به‌سوی مراکز درمانی و بهداشتی و یا خودکاوی هدایت می‌کند که گاهی مشکلات سلامتی نیز به‌همراه دارد. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که در جامعه کنونی بر بعد جسمانی و درمان بلوغ بیشتر تاکید شده و در خصوص بعد روانی و آموزش‌های اجتماعی، اقدامات موثر کمتری صورت گرفته‌است. لازم به ذکر است که نیازهای اجتماعی مانند نیاز به شادی و تفریح، که مشارکت‌کنندگان دختر به‌صورت علاقه به کلاس‌های رقص و موسیقی و داشتن شهری رنگی و شاد و مشارکت‌کنندگان پسر از آن در قالب ورزش یادکردند، در این مقاله آورده نشده‌است؛ زیرا محور اصلی این مطالعه نیازهایی بود که پاسخ‌گویی به آن‌ها به‌عهده نظام سلامت است.

۱-۱- دغدغه‌های جسمانی

دغدغه‌های جسمانی که نوجوان را به مراکز درمانی و بهداشتی می‌کشاند، مشکلات واقعی و یا احساسی بود؛ مانند بیماری یا ترس از بیماری، یا حساسیت به تغییرات این دوران. سه زیرمقوله‌ای این طبقه عبارتند از بیماری، تغییرات رایج جسمانی و کم‌توجهی به مشکلات جسمانی نوجوان است. کم‌توجهی به مشکلات جسمی زمینه‌ساز خطرات و بیماری‌های جدی است و از طرفی، مراجعه به پزشک برای موارد کم‌اهمیت‌تر در این دوران بیشتر جلب توجه می‌کند که می‌تواند برای ارائه‌دهندگان خدمات، دروازه ورود به دنیای اسرارآمیز نوجوانان باشد.

الف- بیماری

علل عمومی رجوع به مرکز درمانی-بهداشتی، طیفی متشکل از بررسی‌های دوره‌ای برای تکمیل پرونده بهداشتی و پیشگیری تا بیماری شدید غیرقابل تحمل بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بیماری‌های عمومی طیفی از سرماخوردگی و مشکلات گوارشی تا بیماری‌های جدی کبدی و کلیوی را دربر داشت. یکی از دلایل دیگر مراجعه به مراکز درمانی و بهداشتی، بیماری‌های شدید و حوادث مدرسه‌ای بود که ناچار آنان را به بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی می‌کشاند. این‌طور به نظر می‌رسد که این عوامل از دیدگاه نوجوانان چندان مهم نبوده، بلکه بیشتر دغدغه والدین بوده‌است.

در مورد بیماری‌های عمومی اغلب مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نظری داشتند:

– اگر مریض بشیم، پدر و مادرم نگران میشن، منو می برن دکتر. من با اون‌ها دکتر میرم.(دختر ۱۵ ساله، بحث گروهی ۳)

در مورد بیماری‌های جدی مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کردند:

– من چهار سال پیش یه سردرد شدید داشتم؛ طوری که هر ۲ ساعت یکبار می‌افتادم؛ به خاطر آن با مادرم دکتر رفتم. (دختری ۱۸ ساله، بحث گروهی ۳)

در مورد بیماری‌های مزمن و نیازمند مراجعه مکرر، چنین اظهار نظر کردند:

– من دچار بیماری اگزما هستم و تحت نظر پزشک پوست هستم.(دختر ۱۶ ساله بحث گروهی ۲)

– من دچار تنبلی چشم بودم و هر ۶ ماه یکبار باید(با پدر یا مادرم) به چشم‌پزشک مراجعه کنم.(دختر ۱۵ ساله بحث گروهی ۳)

ب- کم‌توجهی به مشکلات جسمانی

مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌های نوجوانان شامل کم‌اهمیت شمردن مشکلات جسمی، عدم‌پیگیری بیماری و بی‌اعتنایی به توصیه‌های ارائه دهنده خدمت است. بنابراین، نوجوانان نیازمند توجه خاص در این زمینه‌ها هستند.

این‌طور به نظر می‌رسد که نوجوانان خود را سالم تصور می‌کنند و برای مشکلات جسمی اهمیت کمی قائل هستند.

– ما مگر چقدر بیمار می‌شویم، من خودم که خیلی کم مریض می‌شوم.(دختر ۱۸ ساله، بحث گروهی۷)

– ما زیاد مریض نمی‌شیم؛ فقط وقتی مشرف به موت بشیم دیگه آن‌وقت دکتر می‌ریم.(پسر ۱۵ ساله)

نوجوانان به توصیه‌های ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بی‌توجه هستند و خودسرانه اقدام می‌کنند؛ لذا ضرورت دارد که ارائه‌دهندگان خدمت با توجه به این نکته، خدمات خود را ارائه دهند.

– وقتی مریض می‌شم و سرم درد می‌کنه، خودم استامینوفن و مسکن می‌خورم.(دختر ۱۵ بحث گروهی ۲)

– ترکیبی از قرص و آرام‌بخش برای خوابم داد که الان چندتا بیشتر نخوردم؛ مادرم هم گفت نخور برات بده. (دختر ۱۷ ساله بحث گروهی ۸)

ج- نگرانی از تغییرات جسمانی رایج دوران بلوغ

مفاهیمی مانند مبهم‌بودن و سریع‌بودن تغییرات بلوغ و توجه به ظاهر از جمله کدهای استخراج‌شده در این بخش است که به‌صورت ناتوانی در درک بلوغ و نگرانی کلی متظاهر بود.

در مورد سریع‌بودن تغییرات، مشارکت کننده‌ای چنین اظهارداشت:

– قد کشیدم یه هویی؛ نزدیک یه متر قد کشیدم(پسر ۱۵ ساله مصاحبه ۱)

در مورد مبهم‌بودن تغییرات بلوغ و ایجاد نگرانی در نوجوان نیز چنین اظهار نظر شد:

– ... مثلا نگاه کنید؛ الان من در وهله اول قاطی کردم، یه دفعه قدم بلند شد و بعد یه احساس‌هایی داشتم، احساس می‌کردم دیگه بزرگ شدم، تمام شد، ریش و سبیل درآوردم.....(پسر ۱۵ ساله، مصاحبه ۱)

تغییرات عادت ماهیانه و نگرانی از نازایی در آینده سبب مراجعه دختران نوجوان به پزشک بود:

– من به‌دلیل مشکلات قاعدگی چند بار است که دکتر زنان میرم، ولی درست نمیشه؛ آخه می‌ترسم بعدا دچار نازایی بشم... توی فیلم نشون دادند.(دختر ۱۶ ساله بحث گروهی ۲)

در مورد اهمیت ویژگی‌های ظاهری، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

– اندام بچه‌ها به‌طور ناموزونی رشد می‌کنه، دست‌هاشون و پاهاشون و قدشون و برای دخترها خیلی مهم میشه، صورت پرجوش؛ چند سال بعد که توی خیابون این دخترها را که می‌بینی تعجب می‌کنی این‌قدر خوشگل می‌شن، باورت نمی‌شه(معاون مدرسه، مصاحبه ۱۱)

– من برای جوش‌های صورتم تحت نظر هستم و کلی دارو و شامپو و لوسیون و کرم بهم داده. (پسر ۱۵ ساله، مصاحبه ۱)

– من دوست دارم بینی‌ام را عمل کنم.... (دختر ۲۰ ساله، مصاحبه ۱۹)

۱-۲- دغدغه‌های سلامت روان

نوجوانان در بعد روان مشکلات فراوانی را متحمل می‌شوند. مشارکت‌کنندگان هرچند بر مهم بودن این جنبه تاکید داشتند، ولی کمتر برای درمان آن مراجعه کرده بودند و این موضوع را به نامناسب بودن روند مشاوره نسبت دادند.

این طبقه از تحلیل دو زیرطبقه مشکلات روان‌شناختی و اهمیت حفظ اسرار شکل گرفت:

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

الف- تغییرات روان‌شناختی

مشکلات در بعد روانی توسط نوجوانان مورد تاکید قرارگرفت و توسط والدین و معاونین و مشاورین به بحث گذارده شد. در این زیرطبقه برای مفاهیمی چون تغییرات خلقی، تغییرات روحی و عاطفی، علاقه به بیان احساسات، اهمیت بعد روان و بی‌توجهی جامعه به مشکلات روانی نوجوان کدهایی تعریف شد.

در مورد اهمیت موضوعات روان، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- خودم مشکل استرس دارم، وحشتناک! یعنی حاضرم برم لب دار، ولی اون استرسه پیش نیاد واسه‌ام.(دختر ۱۶ ساله، مصاحبه ۵)

درمورد تغییرات خلق و خو و بحران‌های روانی، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- همه مون از این بحران‌ها داشتیم..... طرف یک روز خوشحال و خندون میاد تو و بعد نیم ساعت می‌بینیم یه گوشه نشسته داره گریه می‌کنه، ۴۵ دقیقه بعد اخم کرده، دوباره می‌خنده، معلوم نیست چشه، می‌پرسین فازت چیه، جواب نمی‌ده. (پسر ۱۵ ساله، مصاحبه ۱)

در مورد اهمیت موضوعات روحی و عاطفی، مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

- اگر از نظر عاطفی کامل بشن، آن‌وقت از نظر جسمی هم کامل می‌شن.(دختر ۱۵ ساله، مصاحبه شماره ۲)

در مورد بی‌توجهی جامعه به موضوعات روان، مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

- اگر من مریض بشم، فورا منو می‌برن دکتر، ولی اگر بگم من از نظر روحی مشکل دارم، می‌گن خودشو لوس کرده درست میشه. (دختر ۱۶ ساله بحث گروهی ۲)

در مورد خیال‌بافی در نوجوانی، مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

- خیال می‌کنی در آینده هستی و دوست داری با کسی باشی که دوستش داری؛ دوست داری در آینده این اتفاق بیفته، ولی می‌بینی هیچ اتفاقی نیفتاد؛ همه‌اش خیال بوده. (دختر ۱۵ ساله، بحث گروهی ۲)

در مورد بیان احساسات و نگرانی والدین، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- دو ساعت بیشتر با دوست‌شان پشت تلفن حرف می‌زنند؛ غذا سرد می‌شه، ولی حرف اون‌ها تمام نمی‌شه.(مادر ۴۳، مصاحبه ۲۳)

ب- ترس از افشای اسرار

دانش‌آموزان ازافشای اسرار خود، به‌خصوص موضوعات بلوغ جنسی، در مدرسه واهمه داشتند. مشاورین موضوع بازگو کردن را انکار کردند و آن را به گردن مراقبین بهداشت در ابتدایی یا راهنمایی انداختند. در این زیرمقوله، مفاهیم بدگمانی به مشاورین، بدگمانی به دوستان و ترس از والدین کدگذاری شد.

در مورد بدگمانی به دوستان و افشای اسرار نزد والدین، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

- بعضی حرف‌هامون که به دوستانمون می‌گیم، می‌برن می‌ذارن کف دست مادرمون.(دختر ۱۵ ساله بحث گروهی ۲)

- بعد یه کاری می‌خواهی بکنی میگن "به مامانت می‌گوییم". نباید این‌طور باشه. به نظرم دوست تو هم باید رازدار باشه.(دختر ۱۵ ساله بحث گروهی ۱)

در مورد بدگمانی به مشاورین مدرسه و افشای اسرار به والدین، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

- مشاورهای امروزی نه در مدرسه و نه بیرون مدرسه قابل اعتماد نیستند و همه را کف دست پدر و مادرها می‌گذارند. (دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی دوم)

- مشاورها قابل اعتماد نیستند و متاسفانه نمی‌شه باهاشون در این‌جور موارد(مسائل عاطفی و روحی)حرف زد. (پسر ۱۸ ساله مصاحبه ۱۰)

۱-۳- نیازهای اجتماعی بلوغ

نیاز به ارتباط بیشتر با هم‌جنسان و مجوز والدین برای شروع ارتباط با جنس مخالف در این مقوله جای گرفت. معمولا رفتار نوجوانان در این زمینه توسط خانواده‌ها مورد نکوهش قرار می‌گیرد. این طبقه شامل زیر مقوله‌های تمایل به گروه هم‌سالان، تمایل به ارتباط با جنس مخالف و نگرانی در ارتباطات با جنس مخالف بود.

الف- تمایل به گروه هم‌سالان: مفاهیمی مانند ارتباط با دوستان، آزادی بیشتر در ارتباط با هم‌جنسان، تمایل به دختران با ظاهر پسرانه، عدم احساس امنیت در روابط با پسران این زیرمقوله را شکل دادند.

مشارکت‌کنندگان در مورد ارتباط بیشتر با هم‌جنسان چنین گفتند:

- من دوست دارم بیشتر با دوستام صحبت کنم تا خانواده‌ام؛ با اون‌ها راحت‌ترم.(بحث گروهی ۱، ۲، ۴، ۵)

- بچه‌ها بیشتر وقتشون تا دیر وقت با دوستاشون هستند یا تلفنی تماس می‌گیرند؛ دوست ندارند ما وارد جمع آن‌ها بشیم، می‌خواهند با آن‌ها تنها باشند.(مادر ۵۱ ساله، مصاحبه ۲۴)

در مورد آزادی بیشتر در ارتباط با هم‌جنسان، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نظر کردند:

- خانواده‌ها دوست ندارند آدم از جنس مخالف دوست داشته باشه؛ اجازه نمی‌دهند. پس ما مجبوریم بیشتر با دخترها ارتباط داشته باشیم.(دختر ۱۶، بحث گروهی ۵)

در مورد تمایل به هم‌جنسان با ظاهر جنس مخالف، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- من موهام را که کوتاه‌کردم، بچه‌ها یک جور دیگه بهم نگاه می‌کردند.(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۵)

-به خاطر عدم احساس امنیت در ارتباطات دخترها

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

با پسرها، دخترها سعی می‌کنند به دخترهای با ظاهر پسرانه نزدیک‌تر بشن که محبت بیشتری بهشون بشه. (دختر ۱۷ ساله، بحث گروهی ۶)

ب- تمایل به جنس مخالف: نیاز به ارتباط با جنس مخالف در هر دو جنس دیده شد و نوجوانان نه تنها آن را یک امر غیرطبیعی ندانستند، بلکه به مخالفت خانواده‌ها با این امر اعتراض داشتند. مفاهیمی مانند آشنایی با جنس مخالف، علاقه به ارتباط با جنس مخالف و حس غریزی در تولید این زیرمقوله نقش داشتند.

در مورد آشنایی با جنس مخالف، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

- خوب دوست دارم راجع بهش بیشتر بدونم؛ احساسات و افکارش را بشناسم.(دختر ۱۵ ساله، بحث گروهی ۳)

در مورد علاقه به ارتباط با جنس مخالف، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- من دوست دارم با پسرها بیشتر ارتباط داشته باشم، فقط به‌خاطر دوستی...(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۱)

در مورد غریزی بودن نیاز به ارتباط با جنس مخالف، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- ارتباط با جنس مخالف به‌صورت یک امر عادی و غریزی است؛ در حالی‌که والدین ما آن را منع می‌کنند، ما در فکر این هستیم که آن را به‌عنوان یک عرف بپذیریم.(پسر ۱۹ ساله، مصاحبه ۴)

ج- نگرانی در ارتباط با جنس مخالف: ارتباط با جنس مخالف برای پسران و دختران استرس‌زا بود. این زیرطبقه حاصل مفاهیم بی‌توجهی از جنس مخالف، ایجاد استرس، رفتار نکوهیده و تقاضای رابطه جنسی است.

مشارکت‌کنندگان در مورد بی‌توجهی از جنس مخالف چنین گفتند:

- من اونو خیلی دوست داشتم، ولی شاید اون اهمیتی که من می‌خواستم به من نمی‌داد و من خیلی ناراحت می‌شدم. (دختر ۱۶ ساله مصاحبه ۲)

در مورد استرس‌زا بودن ارتباط با جنس مخالف، به‌دلیل نگاه جامعه و خانواده، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

- خیلی از دخترا وقتی میان دبیرستان، همیشه یه بخشی از استرس‌های زندگی‌شون به‌خاطر همین رابطه‌هاست(رابطه با دوست پسر).(دختر ۱۷ ساله، بحث گروهی ۶)

- والدین ما به این ارتباطات نظر مساعدی ندارند و از نظر آنان این رفتار ها نکوهیده می‌باشد.(پسر ۱۹ ساله، مصاحبه ۴)

در مورد تقاضای رابطه جنسی، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

- وقتی پسری با تو دوست می‌شه، خوب معلومه برای این کاراست؛ رابطه جنسی دیگه!(دختر ۱۷ ساله، بحث گروهی ۶)

- اگر خانواده‌ها اجازه بدن با دوست دخترت بیرون بری و آزاد باشی، مجبور نیستی بپایی، وقتی کسی خونه نیست اونو بیاری خونه و اون اتفاقات (رابطه جنسی)بیفته. (پسر ۲۱ ساله مصاحبه ۳)

آنچه از این مقوله حاصل شد، روابط با جنس مخالف نیازی است که باید توسط والدین و جامعه مورد بازبینی و تجدید نظر قرارگیرد تا از وضعیت مخفیانه، کورکورانه و توام با استرس و خطر خارج شود.

۲- منابع اطلاعاتی

منابع کسب اطلاعات برای نوجوانان، طیفی گسترده از خانواده (که ارتباط نزدیکی با نوجوان دارند) تا منابع مجازی (که ارائه‌دهنده اطلاعات کاملا ناآشنا هستند) را شامل شد. این درون‌مایه شامل دو طبقه منابع مقبول و منابع معمول است(جدول ۲).

۲-۱- منابع مقبول

این منابع در عرف جامعه پذیرفته شده‌اند؛ بنابراین نوجوانان راحت‌تر به آن‌ها استناد کردند. زیرطبقات تشکیل دهنده شامل خانواده و بستگان، ارائه‌دهندگان خدمات و معلمین است. دریافت اطلاعات از این طریق، در موارد بیماری‌ها و تغییرات جسمی بلوغ، امکان‌پذیر می‌شود.

الف- خانواده

این زیرطبقه از مفاهیمی مانند نقش والدین و نقش اقوام تشکیل شده‌است.

در مورد نقش والدین در ارائه اطلاعات، مشارکت‌کننده‌ای چنین اظهار داشت:

- مادرم بهم گفت اگر سوال داری اول از خودم بپرس، اگر بلد نبودم سراغ دیگران می‌ریم.(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۵)

- پدرم در مورد این موضوعات کمتر به من اطلاعات می‌ده.(پسر ۱۵ ساله، مصاحبه گروهی ۶)

- ولی اغلب بچه‌ها با خانواده خود راحت نیستند و نمیشه همه سوالات را از آن‌ها بپرسند.(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۵)

گاهی حضور برخی از اشخاص آگاه در فامیل می‌تواند مفید باشد:

- عمه من روان‌شناسه؛ من از اون سوالاتم را می پرسم. (دختر ۱۴ ساله، مصاحبه گروهی ۲)

ب- ارائه‌دهندگان خدمات

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، پزشکان، ماماها و کارکنان مراکز سلامت هستند که نوجوانان در جریان مراقبت یا درمان به آنان مراجعه می‌کنند. سخنان این

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

افراد در ذهن و روح نوجوانان حک شده، روی آن حساب باز می‌کنند، به‌طوریکه پس از گذشت چند سال، آن را به روشنی بازگو می‌کنند و بر نگرش آنان در مورد ایشان نیز تاثیر گذار است. در مورد نقش پزشکان به‌عنوان منبع اطلاعات سلامتی، مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

– تو مرکز بهداشت، خانم دکتر فقط گفت تو تالاسمی داری، باید قرص آهن بخوری تا کم خونی نگیری.(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۶)

– دکتر پوست رفتم، اطلاعات کاملی در مورد اگزما داد و گفت حتما مراجعه کن نامه‌ای داد که اگر پول نداشتم بتونم با اون مراجعه کنم.(دختر ۱۵ ساله، مصاحبه گروهی ۳)

در مورد مراکز سلامت، مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

– توی درمانگاه که رفتم، هیچکی به هیچکی بود؛ شلوغ! مادرها بچه‌ها را برای واکسن آورده بودند.(دختر ۱۵ ساله، بحث گروهی ۲)

متاسفانه علی‌رغم این‌که این گروه، خط مقدم ارتباط با نوجوان هستند، اطلاعات و فرصت آن‌ها در زمینه رفتار با موضوعات بلوغ روانی و اجتماعی نوجوانان اندک است و دوره‌های آموزشی لازم در این زمینه را نیز ندیده‌اند.

– ما این‌قدر سرمان شلوغ می‌شود که واقعا نمی‌توانیم آن‌طور که باید و شاید خدمات ارائه دهیم. (کارشناس بهداشت، مصاحبه ۲۱)

ج- معلمین

نقش معلمین دروس مختلف، معاونین آموزشی و پرورشی و مشاورین در دادن اطلاعات مقبول حائز اهمیت است. نوجوانان برای معلمین کلیه دروس ارزش قائل بوده، بر نقش آنان در دادن اطلاعات تاکید کردند.

در مورد نقش معلمین در دادن اطلاعات، مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

– توی مدرسه، معلمین از ترس مدیر و این‌که حرف‌شون بازگو میشه در این موارد حرف نمی‌زنند. (دختر ۱۶ ساله بحث گروهی ۶)

– من خوب یادمه که یک معلم علوم داشتیم، آن‌قدر قشنگ موضوعات بلوغ جنسی را توضیح می‌داد که هنوز یادمه.(کارشناس سلامت، مصاحبه ۱۶)

– معلم بهتر از هرکسی می‌تونه راجع این مسائل صحبت کنه؛ ما هرچه معلم را مسخره کنیم، باز ته دل‌مون اونو قبول داریم.(دختر ۱۸ ساله، بحث گروهی ۸)

در مورد نقش هشداردهنده معاونین پرورشی، که در ذهن نوجوان حائز اهمیت بود، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین گفت:

– معلم پرورشی می‌گفت گاهی برخی پسران می‌خواهند با شما کاری بکنند؛ مراقب باشید!(پسر ۱۴ ساله، مصاحبه ۹)

۲-۲- منابع معمول

این منابع که به‌صورت رایج توسط نوجوانان استفاده می شود، طیفی از منابع مجازی تا دوستان را دربر دارد. منشاء این اطلاعات اغلب ناشناخته و صحت و سقم آن‌ها توسط نوجوان مورد سوال است، اما از آنجا که راهی برای دریافت اطلاعات بلوغ جنسی و روانی است و انگی به‌دنبال ندارد، به آن دل می‌بندند. نوجوانان به‌خوبی از منابع مجازی و کانال‌های مرتبط با بلوغ اطلاع دارند و حتی آنها را ناکافی و تحریک کننده نیز معرفی کردند. زیرطبقات منابع معمول، منابع مجازی، دوستان و منابع کاغذی بودند.

الف- منابع مجازی

یکی از مهمترین منابع کسب اطلاعات در مورد بلوغ جنسی و جسمی، منابع مجازی است که از طریق تلفن، موبایل، اینترنت، اینستاگرام و تلگرام در دسترس است. در مورد استفاده از تلفن، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد:

– بهزیستی مشاوره ارزان قیمت را به‌صورت تلفنی که هزینه اش روی تلفن می‌آد داره، حدود ۵۰۰ تومان بیشتر نیست! (دختر ۱۶ ساله مصاحبه گروهی ۳)

در مورد استفاده از اینترنت و سایر منابع وابسته به‌آن مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کردند:

– الان عصر اینترنته؛ وقت کمتر می‌گیره و هم راحته! (پسر۱۴ساله، مصاحبه ۹)

– بچه‌ها براساس آن‌چه که در نت (اینستاگرام و تلگرام) می‌خوانند، عمل و رفتار می‌کنند و حتی ارتباط جنسی برقرار می‌کنند.(دختر۲۴ ساله، مصاحبه ۲۹)

– اطلاعاتی که منابع اینترنتی می‌ده، چندان دقیق و صحیح نیست؛ ولی باز خوبه!(دختر ۱۶ ساله، مصاحبه گروهی ۲)

ب- منابع کاغذی

استفاده از منابع کاغذی مانند کتاب و مجلات و روزنامه اهمیت کمتری دارد، ولی از منابع در دسترس می‌باشد.

در مورد کتاب یکی از مشارکت‌کنندگان چنین مطرح کرد:

– من رفتم کتاب‌خانه، کتاب برداشتم؛ دائره المعارف بود. دیدم چند صفحه وسطش که مربوط به دستگاه تناسلی بود، کنده شده. (مشاور مدرسه، مصاحبه ۱۵).

– ...، عکس را از دست یکی گرفتم؛ آن‌قدر مشغول بودند که حتی متوجه ورود و حضور من در کلاس نشدند. (معاون مدرسه، مصاحبه ۱۹)

ج- هم‌سالان

از منابع مهم کسب اطلاعات، هم‌سالان معرفی شدند که طیفی از دوستان ناآگاه تا هم‌کلاسان با تجربه، که بلوغ را پشت سرگذاشته بودند، را شامل بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

در مورد دوستان ناآگاه چنین اظهار شد:

– زنگ‌های تفریح دور هم جمع می‌شدیم و راجع این مسائل(بلوغ جنسی) با هم صحبت می‌کردیم؛ حالا که فکرش را می‌کنم می‌بینم هیچ‌کدام اطلاعات درست و حسابی نداشتیم!(دختر ۲۳، مصاحبه ۲)

در مورد هم‌کلاسان با تجربه، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نظر کرد:

– من می‌تونم اطلاعاتی به دوستام بدم و خوب اون‌ها هم تجاربی در این زمینه دارند.(دختر ۱۶ ساله، بحث گروهی ۱)

بحث

این مطالعه با هدف تبیین نیازهای سلامت نوجوانان و تعیین عوامل موثر بر دست‌یابی ایشان به خدمات موجود انجام شد. در ارتباط با هدف اول به دغدغه‌های سلامت نوجوانان دست یافتیم که شامل تغییرات جسمانی، اجتماعی، روان‌شناختی و دگرگونی‌های شخصیتی بود. نوجوانان از عدم درک این تغییرات و مواجهه ناگهانی با آن تحت عنوان تغییرات هضم نشده یاد کردند. این عامل، به‌عنوان محرک اصلی، آغازگر جستجو برای درک بهتر این مرحله از زندگی ایشان محسوب شد. تغییرات اعضای جنسی مانند بزرگ‌شدن آلت تناسلی و ریش و سبیل در آوردن، کلفت شدن صدا به‌صورت ناگهانی، نعوظ شبانه برای نوجوان پسر غیرقابل هضم و در عین حال، لذت‌بخش بود. موضوع عادت ماهیانه و بزرگ شدن سینه‌ها، تغییرات ظاهری بدن، به‌خصوص از جنبه زیبایی، برای نوجوان دختر اهمیت ویژه داشت. برای نوجوان جثه، وزن، صورت و پوست و مو، دندان‌ها به ناگاه بسیار مهم شده و به‌دنبال تغییراتی در جهت زیباسازی آن‌ها می‌باشد. آگاهی از جنبه‌های مختلف این تغییرات، از جمله نیازها و بحران‌های نوجوانان محسوب شده و حتی مراجعات مکرر ایشان به نظام سلامت، برای چیره‌شدن بر این نگرانی‌ها بود. در تحقیق پرویزی که به منظور بررسی عوامل موثر بر سلامت نوجوانان انجام شده، این موضوع مشاهده شد(۱۸). مطالعات نشان داده که بین ویژگی‌های بدنی با شخصیت نوجوان ارتباط وجود دارد، بدین معنا که طول قامت، کیفیت ظاهری و سرعت یا کندی تغییرات به تمامی در تشکیل شخصیت و نقشی که نوجوان در دنیای فردا بازی می‌کند، تاثیرگذار است(۲۸)؛ هرچند برخی از محققین، اهمیت ویژگی‌های جسمی را کم‌رنگ‌تر از سایر ابعاد مطرح کرده‌اند(۲۹).

مشارکت‌کنندگان نوجوان از تجربه کردن متناوب تغییرات خلقی، مانند افسردگی تا سرخوشی و اضطراب سخن گفتند؛ موضوعات روان در کنار تمایل به جنس مخالف، علاقه به گفتگو و بیان احساسات و گذراندن وقت بیشتر با گروه همسالان، دیر به خانه آمدن، نیاز به استقلال بیشتر و ترس از افشای اسرار(که گاه باعث نگرانی والدین نیز می‌شد)، موضوعات اجتماعی بلوغ را با بعد روان در هم آمیخته و از نگاه نوجوانان بسیار مهم تلقی گردید. ایشان عنوان کردند که خانواده و جامعه (مدارس) کمتر به این جنبه توجه کرده‌اند. این مفاهیم در کتب مرجع روان‌شناسی و توسط روان‌شناسان مورد تاکید قرار گرفته و نشان داده شده که نگرش انسان در این دوران تغییر کرده و به‌دنبال کشف "من" به‌عنوان موجودی مستقل است و از این‌رو است که برخی روان‌شناسان بحران نوجوانی را مطرح کرده‌اند.(۲۹)

مشارکت‌کنندگان علاقه به جنس مخالف را یک نیاز طبیعی دانسته، می‌خواستند این موضوع را به‌صورت یک راز برای خود یا دوستان‌شان نگه‌دارند و از فاش شدن آن نزد خانواده و معلمان و مشاورین بیم‌ناک بودند. روان‌شناسان معتقدند بلوغ جنسی به معنای ظهور نوعی ناامنی در عرصه احساسی و تجربه بدنی است(۲۹). مطالعات نشان می‌دهد طولانی شدن دوران انتقالی و پذیرفته‌شدن به‌عنوان یک بزرگ‌سال، گروه‌های هم‌سالان را تقویت، تعارض با خانواده را بیشتر می‌کند و موضوع رازداری در این دوره اهمیت بیشتری پیدا می‌یابد. (۲۹-۳۰)

در این مطالعه، در ارتباط با هدف دوم، که عوامل تاثیرگذار بر دست‌یابی به خدمات بود، منابع رفع نگرانی‌های نوجوانان به‌دست آمد. این منابع که به‌صورت رایج و مقبول دسته‌بندی شدند، از این جهت مهم بودند که نوجوانان به‌منظور کسب اطلاعات در مورد ابهامات، استفاده از منابع اینترنتی و رایج را سهل‌الوصول و بی دردسر می‌یافتند که نتایج مشابه در دیگر مطالعات نیز تایید شده است(۲۳). آمارها نیز حکایت از استفاده‌ی روزافزون نوجوانان از سایت‌ها دارد(۳۱-۳۲). در مطالعه حاضر، نوجوانان منابع مقبول را مورد توجه والدین خود به‌حساب آوردند. مشارکت‌کنندگان نوجوان اذعان داشتند که در بسیاری از موارد، منابع مجازی حاوی اطلاعات نامناسب و تحریک‌کننده بوده و به‌دلیل عدم کنترل صحیح توسط افراد آگاه، می‌تواند منشاء انحرافات باشد. با این حال، مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمت، به‌عنوان "منابع مقبول و والدین‌پسند" را تنها زمانی ارزشمند شمردند که شرایط ویژه‌ای (بیماری، مشکل جسمی، غربالگری های اجباری) برقرار باشد یا مزایایی بیش از منابع رایج عاید آنان کند. مشارکت‌کنندگان منابع مقبول را در بسیاری از موارد، به‌دلایل متعدد، منبعی ناتوان برای دریافت خدمات موردنیاز قلمداد کردند.

از آنجا که مراجعه برای غربالگری‌های رایج در رده‌های سنی مختلف نوجوانی و در حضور حداقل یکی از والدین در مراکز سلامت موکدا توصیه می‌شود؛ هم‌چنین درمان موارد غیرطبیعی و بیماری‌ها توسط نظام سلامت و ارائه‌دهندگان مراقبت در سطوح مختلف انجام می‌شود،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بنابراین توجه به برقراری سلامت در بعد جسمانی، که کانالی مردم‌پسند است، می‌تواند یک فرصت طلایی برای ارائه‌دهندگان خدمات در نظام سلامت باشد تا با آموزش صحیح نوجوانان و والدین آنها متناسب با نیازهای ذکر شده، گامی موثر در کاهش دغدغه های آنان و پیشگیری از مخاطرات برداشته شود. این مهم با توجه به اصل رازداری، حفظ حریم خصوصی و استفاده از ارائه‌دهندگان باتجربه در مطالعات مورد تاکید قرار گرفته است.(۱۹،۳۰)

مشارکت‌کنندگان عنوان کردند ارائه‌دهندگان خدمات، به‌عنوان منابع مقبول در شرایط فعلی، به‌دلیل حجم زیاد کار، تنوع خدماتی که باید ارائه دهند، کمبود اطلاعات در زمینه‌های مشاوره بلوغ روانی و اجتماعی و توجه بیش از اندازه مسئولین به کمیت و آمارها، قادر به جذب نوجوانان در شرایط کنونی نیستند که در مطالعات متعدد به برخی از موارد فوق اشاره شده است(۳۳-۳۴) و نیازمند اصلاح برنامه‌ها در سطوح بالاتر سیاست‌گذاری می‌باشد.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

با توجه به منابع مختلف، دغدغه‌های نوجوانان ما موضوعی تازه نیست. این موضوع به زمان و مکان محدود نمی‌شود و علی‌رغم تکراری بودن، ارائه خدمات متعدد، پیشرفت تکنولوژی و ارتباطات جهانی، هم‌چنان به‌عنوان یک چالش مطرح بوده و در مرکز توجه همگان قرار دارد. در حال حاضر، مراکز سلامت، خدمات به نوجوانان را به‌صورت ادغام‌یافته، مطابق پروتکل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه می‌دهند. علی‌رغم توجه این بسته به ابعاد مختلف سلامت، آن‌چه نتیجه این تحقیق نشان داد، تمرکز بیشتر ارائه‌دهندگان بر بعد جسمانی است. هم‌چنین نتایج این تحقیق نشان داد که برای نوجوانان صحبت کردن در مورد موضوعات چالش‌برانگیز روانی و اجتماعی بلوغ، به‌صورت مستقیم و فوری راحت نیست؛ لذا آنان منابع مجازی را ترجیح می‌دهند.

مراجعه برای مشکلات جسمانی که می‌تواند با بلوغ و نگرانی‌های آنان در این زمینه نیز مرتبط باشد، برای والدین و نوجوانان یک امر بدیهی و مردم‌پسند است. بنابراین اگر ارائه خدمات به نوجوانان به‌صورت تخصصی و هوشمندانه، توسط افرادی خاص که در این زمینه آموزش دیده‌اند، انجام شود، موضوعات جسمانی بلوغ می‌تواند برای شناسایی مشکلات روان و پاسخ‌گویی مناسب به آن‌ها مدنظر قرار گیرد. بدین ترتیب بار مخاطرات روانی و اجتماعی را کاهش می‌یابد. هرچند این تحقیق به‌صورت کیفی و بر روی حجم کمی از نوجوانان در مدارس و ارائه‌دهندگان خدمات شهر تهران صورت گرفت، ولی نتایج آن پیشنهاد می‌کند که مسئولین در اداره نوجوانان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارائه خدمات به این قشر را از حالت ادغام یافته و عام خارج کرده، به‌دست افرادی حرفه‌ای که آموزش‌های تخصصی در این زمینه دریافت کرده‌اند، بسپارند. این امر می‌تواند بر مشارکت والدین که همراه نوجوان به مرکز سلامت مراجعه می کند نیز تاثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

خدمات مرتبط با سلامت جسمانی، که به‌دلیل شلوغی مراکز، تمرکز اصلی ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز سلامت است، می‌تواند کانالی مردم‌پسند برای بررسی عمیق‌تر مشکلات روانی و اجتماعی و تامین سلامت نوجوانان در این ابعاد باشد تا از ترویج منابع مجازی منحرف‌کننده پیشگیری شود. لذا، مراکز سلامت، بهترین فرصت برای آموزش موضوعات بلوغ و سبک زندگی سالم به نوجوان و والدین را در اختیار دارند. این امر با تخصصی نمودن مراقبت از نوجوانان و آموزش دست‌اندرکاران در مورد بحران‌های روحی و روانی نوجوانان میسر می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دکترا در رشته بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.1395.177 می‌باشد. از کلیه دانش‌آموزان، معلمین، مشاورین و مسئولین مناطق ۱، ۸، و ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران که در مصاحبه‌ها شرکت کرده، امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، بی‌نهایت سپاس‌گزاریم.

Refrences

1- United nation , Departement of econimic and social affairs. World population prospective, the 2017 revision. [cited 2017 june 21].availabie from: www.un.org/development/desa/publications/world
2- Azar A. Population and Housing Census: Census Results .Statistical center of iran.[cited 2012 Oct 1]. Available from: https://www.amar.org.ir
3- who. Adolescents: health risks and solutions. [Cited 2014 may 14]. Available from: http://www.searo.who.int/thailand/factsheets/fs0027/en
4- Cheever A, Weiss J. Alcohol use among adolescents. California Journal of Health Promotion. 2009;7(1):86-98.
5- Al-ghzawi H, Mohammed ALBashtawy R, Azzeghaiby SN, Alzoghaibi IN. Alcohol use among adolescents. International Journal of Humanities and Social Science. 2014;4(10):167-75.
6- Increased prevalence of WATERPIPE (GHALYAN) use

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

among women. international Journal of Adolescent Medicine and Health 2015;27(3):291-298
7- Kelishadi R, Ardalan G, Qorbani M, Ataie-Jafari A, Bahreynian M, Taslimi M, et al. Methodology and early findings of the fourth survey of Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-communicable Disease in Iran: The CASPIAN IV study. International journal of preventive medicine. 2013;4(12):1451-60.
8- Asgari F, Aghajani H, Haghazali M, Heidarian H. Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance in Iran. Iranian J Publ Health 2009; 38(1):119-122.
9- McGorry P, Bates T, Birchwood M, Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. The British journal of psychiatry. 2013; 202(54):30-35
10- Anderson JE, Lowen, CA. Developing youth-friendly family practice. Canadian Family Physician, 2010;56(8):737-738.
11- Fook CY, Choo LP, Sidhu GK, Hoe WE. Teachers perspectve on challenges of substance abuse preventtion among malaysian secondry school students, Jurnal Pendidikan Malaysia . 2015; 40(1), 21-27
12- Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach. J Adolescent Health. 2015; 57(3):288-98. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.05.011
13- Motlagh E,Chinian M, Dashti M, Aghili MM, Aminaee T, Ardalan G, et al, . HPS (school promoting), Qom, khademreza, 2010: 5. [in persian]
14- Engaging young people for health and sustainable development strategic opportunities for the world health oranization and partners, geneva, 2018, licence CCB-NC-SA30IGO
15- Ziv A, Boulet JR, Slap GB, Utilization of Physician Offices by Adolescents in the United States, Pediatrics, 1999; 104(1) :35-42
16- Reshadat S, Saedi S, Zangeneh A, Amooie M R, Karbasi A. Equity in Access to Health Care Using Geographic Information System: a Kermanshah Case Study. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24 (115):134-14.[in persian]
17- Booth M L, Bernard D, Quine S. . Kang MSL, . Usherwood T,MP, Alperstein G, Bennett DL,. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their socio demographic distribution. Journal of Adolescent Health, January 2004, 34(1); 97-103
18- Parvizi S, Ahmadi F, Mirbazegh S. Concept and factors concerning to health in an adolescent's point ofview (A review article). University of Medical Sciense of sharkord. 2012;14(3):12.[in persian].
19- Shahhosseini Z, Abedian K. Iranian university students' perceived reproductive health needs. International journal of adolescent medicine and health. 2014;26(3):339-44.[in persian].
20- Mehrdad R, Health System in Iran.JAMA. 2009; 52(1): 69–**7.**
21- Chandra A, Minkovit KS, Stigma starts early: Gender differe ences in teen willingness to use mental health services. Jours nal of Adolescent Health, 2006; 38(6):754.e1-754.e8
22- Roudsari RL, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SMM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. Iranian journal of reproductive medicine. 2013;11(2):10-18.
23- IWS. Iran internet usage,broadband and telecommunications reports. [cited 2017 Dec 31]. Availabie from: https://www.internetworldstats.com
24- Dick B, FergusonJB. health for the world 's adolescents a second chance in the second decade. Journal of Adolescent Health. 2015;15(1):3-6.
25- Graneheim U.H, Lundman BL. Qualitative content analysis in nursing research ;concept, procedures and mesures to achieve trustworthiness, nurse education today, 2004, 24(2):105-112
26- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008;62(1):107-115.
27- Polit D, Beck C. essentials of nursing research,Tehran: Hakim; 2006:347-363
28- Berk L. development throught the lifespan, 7th edtion .United stste. Pearson Education; 2014:Ch11
29- Schafers B. Soziologie des Hugendaletrs. Tehran: Nay; 1393: 79-109
30- WHO. Making health services adolescent friendly.WHO: Switzerland.Genova. [2012]. Available from: www.who.int. .
31- Kaess M, Carli V,Parzer P,Wasserman C, Floderus B, etal,Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors, addiction wiley library online, 2012,107(12), 2210-2222
32- Cao H, Sun Y, Wan Y,Hao J and TaF, Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction, *BMC Public Health,2011, available from* https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-802
33- Hashemi N, Farhani Nezhad S, Faghih A, Imani E, Nazari F, Kashani S. Evaluation of inpatient satisfaction from the implementation of the health system evolution program (HSEP) Journal of Preventive Medicine**.** 2017; 4 (2):32-39
34- Motaghed Z , Davoudi Monfared E, Mohazab Torabi S , Mousavi A , Eshraghi R , Nemati I , Rezaie I , Ebrahimi SA, Assessment of Quality of Services in Health Centers from the Perspective of Clients by SERVQUAL Method, Health Research Journal,2016, 2(1);49-55. [in persian]

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Attention to Physical Health Concerns of Adolescents: A Way to Meet the Psychological and Social Needs

Nezal Azh (PhD)[1], Fatemeh Nahidi (PhD) [2 *], Giti Ozgoli (PhD) [2], Gelayol Ardalan (MD) [3]

[1]Department of Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
[2]PhD of Health Education and Health promotion , Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Islamic Republic of Iran
[3]Department of Youth, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Abstract

Background: The provision of services in our primary care system defined for adolescents focuses more on physical aspects and less attention is paid to psychological and social concerns to prevent high-risk behaviors. This study was conducted to determine the physical and psychological health needs of adolescents and provision resources from the viewpoints of various health providers and adolescents.

Methods: This qualitative study was carried out through in-depth interviews with young people aged 15 - 24 years and other people involved in the service delivery process. Nine group discussions and 30 individual interviews were done in Tehran. Data collection continued until data saturation was reached. The analysis was performed simultaneously with sampling. Four criteria of Lincoln-Guba were used to assess the validity and quality of the study.

Results: In this study, two main ideas "adolescents' health concerns" and "information resources" were emerged. Adolescents' health concerns included physical, psychological, and social needs. The most important reason for referring to health centers was the physical illness. Communication with the opposite sex and the fear of divulging secrets were the most important reasons for psychological worries. The theme of information resources consisted of two categories of accepted and common resources. Service providers as accepted resources were important in the physical dimension. The Internet was a common method to resolve psychological and social concerns.

Conclusions: Since receiving health-related services is easily possible and acceptable, this channel can be a suitable way to evaluate the serious psychological problems of adolescents. Then, it prevents the use of virtual resources and reduces high-risk behaviors.

Keywords: Adolescents; Sexual Health Concerns; Information Resources; Psychological and Physical Needs

Please cite this article as follows:

Azh N. Nahidi F, Ozgoli G,Ardalan G. ,Attention to physical health concerns of adolescents: way to meet the psychological and social needs, Hakim Health Sys Res 2018; 21(3): 230- 241.

***Corresponding Author:** PhD of Health Education and Health promotion , Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Islamic Republic of Iran. Tel: +98-9121009191, E-mail: nahidi@sbmu.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]