

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران / سال دهم، شماره ۲۰، پاییز و زمستان ۱۳۹۴-۹۴-۲۷

تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان (مطالعه موردی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله مدارس دولتی شهر تهران)

حسین محمودیان^۱

محمد امیری^۲

چکیده

نوع نگرش نوجوانان نسبت به مقولات سلامت و رفتارهای سلامت‌جویانه می‌تواند تضمین‌کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی حال و آینده آنها و منجر به افزایش امید زندگی سالم جمعیت گردد. هدف اصلی این پژوهش، مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی رفتارهای سلامت‌جویانه در بین نمونه‌ای ۶۷۰ نفری از جمعیت نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله در شهر تهران است. پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کمی است و به روش پیمایشی (همبستگی) انجام گرفته است. میانگین نمره کل این شاخص برای «پسران» ۵۴/۲ و برای دختران ۵۲/۳ از ۱۰۰ به دست آمده است. براساس تحلیل‌های استنباطی چندمتغیره و تحلیل مسیر ۲۶ متغیر، مهم‌ترین مؤلفه‌های جمعیتی، اجتماعی و مذهبی اثرگذار بر رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان به ترتیب اهمیت عبارتند از ۹ متغیر: «توجه افراد پیرامون به سلامت»، «سن فرد»، «نگرش فرد به سلامت»، «رفتارهای مذهبی»، «تحصیلات پدر»، «فاصله سنی با فرزند بعد»، «بعد

۱ دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران؛ hmahmoud@ut.ac.ir

۲ دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران؛ نویسنده مسئول (amiri494@ut.ac.ir)

خانوار»، «نگرش معنوی و مذهبی» و «وضعیت زناشویی والدین». این متغیرها توانسته‌اند حدود ۳۶ درصد از واریانس و تفاوت رفتارهای سلامت نوجوانان را تبیین کنند. براساس پارادایم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، در این پژوهش متغیرهای اجتماعی و مذهبی در مقایسه با متغیرهای جمعیتی وزن بیشتری در تبیین رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان برعهده دارند. ارائه تبیین و تحلیلی جامع از وضعیت باورها و رفتارهای سلامت‌محور نوجوانان، مداخله دیگر مؤلفه‌های ساختاری و روانشناختی افزون بر متغیرهای این پژوهش را ضروری می‌نماید.

واژگان کلیدی: جمعیت نوجوان، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، رفتارهای سلامت‌جویانه، نگرش به سلامت، سلامت خوداظهاری، امیدزندگی سالم

مقدمه و طرح مسئله

امروزه برخورداری از سلامت و تندرستی به عنوان یکی از نیازها و حقوق اساسی بشر و از شاخص‌های مهم توسعه پایدار و کیفیت یک جمعیت شناخته می‌شود. ضعف رویکرد پزشکی و اپیدمیولوژی کلینیکی در تبیین معضلات سلامتی ناشی از انقلاب صنعتی و شهرنشینی، منجر به پیدایش رهیافت سلامت جمعیت گردید. هدف اصلی این رهیافت، حفظ و بهبود وضعیت سلامت کل جمعیت و کاهش نابرابری در سلامت بین گروه‌ها و زیرگروه‌های جمعیت در طول دوره زندگی است.

اهمیت و ارتباط سلامت گروه جمعیتی نوجوان با مباحث جمعیت‌شناختی، در دو بُعد کلی قابل طرح است؛ اول: از نظر سنی، نوجوانان^۱ یکی از زیرگروه‌های عمده جمعیتی هر کشور هستند. از دوره نوجوانی به عنوان «دروازه» و دوره جوانی به عنوان «گذرگاهی» به سمت سلامت بزرگسالی و آینده سلامت جمعیت تعبیر می‌شود. نوع نگرش و گرایش نوجوان سالم نسبت به رفتارهای سلامت‌جویانه^۲ می‌تواند تضمین‌کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن و کاهش بار بیماری‌ها و معلولیت‌ها از دوش جمعیت و افزایش امیدزندگی سالم گردد. دوم: یکی از مسائل محوری علم جمعیت‌شناختی، بحث راجع به جایگزینی مناسب نسل‌های جمعیتی

1 Adolescents

2 Health-Seeking Behaviors

یک جامعه در طی زمان بواسطه داشتن حدّ متناسبی از باروری است. یکی از شروط تحقق این امر، برخورداری جامعه از نوجوانان و جوانانی به لحاظ جسمی و روانی سالم و آماده برای ازدواج و تشکیل خانواده می‌باشد.

میزان آگاهی و نگرش نوجوانان نسبت به مقولات سلامت و میزان گرایش آنان به انجام «رفتارهای سلامت‌جویانه»، از جمله مسائلی است که برای این طیف از جمعیت تا حدودی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت علت ۷۰ درصد فوت‌های نوجوانی رفتارهایی است که قابل اصلاح هستند. وجود رفتارهای مخاطره‌آمیز و غیربهداشتی نظیر استعمال دخانیات و الکل، رژیم غذایی نامناسب، عدم تحرک جسمانی، تصادفات، ایدز، زایمان زودرس، سقط جنین ناآمن، مسائل بهداشت روان و خشونت به عنوان بیشترین عوامل تهدیدکننده سلامت نوجوانان اعلام شده‌اند (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۳ و ۲۰۱۴؛ یونیسف ۲۰۱۱). تغییرات مختلف جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی مربوط به دوره بلوغ، هر کدام به نوبه خود در بروز و شیوع این مشکلات موثر هستند.

یکی از پایه‌های سلامت افراد، وضعیت تغذیه و رژیم غذایی آنان است. نداشتن الگو و عادت غذایی مناسب یکی از مشکلات دامن‌گیر سنین نوجوانی است. از موارد اختلالات تغذیه‌ای و رژیم غذایی نامناسب، می‌توان به چاقی و اضافه وزن و یا کم‌وزنی، بی‌اشتهایی عصبی و تمایل به لاغری نوجوانان اشاره کرد. به منظور داشتن جمعیتی سالم و پویا، متخصصان سلامت تأکید زیادی بر انجام فعالیت‌های جسمانی و برنامه‌های منظم ورزشی در سنین مختلف دارند. با این اوصاف، بخش زیادی از نوجوانان به خصوص در کشورهای در حال توسعه، برای دستیابی به مزایای ناشی از فعالیت‌های جسمانی به اندازه کافی فعال نیستند. یکی از عادت‌های رفتاری مفید سلامتی، داشتن خواب کافی در شبانه روز است. مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از نوجوانان برای زود خوابیدن دچار مشکل هستند. دلایلی نظیر تغییر ساعت بیولوژیک بدن، ناراحتی‌های جسمی، استرس، مشکلات هیجانی، استفاده طولانی مدت نوجوانان از رسانه‌های الکترونیکی، و حتی محیط خواب از علل مشکل خواب نوجوانان است.

در حال حاضر شاید نتوان سطح مرگ و میر در دوره نوجوانی را به عنوان یک مسئله حاد مطرح کرد اما آگاهی از علل مرگ و نوع بیماری‌ها و الگوهای رفتاری شایع در این رده سنی،

برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های جمعیتی و بهداشتی ضروری است. طبق مطالعه نقوی (۱۳۸۵)، میزان مرگ و میر نوجوانان ۵ تا ۱۴ ساله ایران از سال ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۰، از ۱ در هزار به کمتر از نیم در هزار کاهش یافته است. براساس آمار سازمان ثبت احوال کشور، در فاصله سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰، سهم فوت‌های گروه‌های سنی ۱۹-۱۰ ساله از کل فوت‌های ثبت شده در ایران برای دو جنس از ۳/۶ درصد به ۲/۲ درصد کاهش یافته است. یونیسف (۲۰۱۱) و سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴) تصادفات را بزرگترین علت مرگ و میر در میان نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله جهان اعلام کرده‌اند. در ایران نیز در دو مقطع زمانی ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰، «حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی» همواره اولین علت مرگ در گروه سنی ۱۴-۵ ساله بوده و با توجه به تغییرات گسترده سبک زندگی در طی این دوران، سهم فوت نوجوان بر اثر این علت از ۲۲/۵ درصد در سال ۱۳۵۰ به ۵۵/۴ درصد در ۱۳۸۰ افزایش یافته است (نقوی، ۱۳۸۵).

با وجود ارتقای چشمگیر شاخص امید به زندگی در ایران در طی سال‌های اخیر، شاهد فاصله نسبتاً زیاد بین «امید زندگی سالم»^۱ و «امید زندگی کل» هستیم. برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۵) شاخص‌های «امید زندگی کل» و «امید زندگی سالم» برای هر دو جنس در ایران به ترتیب ۷۵/۵ و ۶۶/۵ سال، و در جهان ۷۱/۴ و ۶۳/۱ سال گزارش شده است و انتظار می‌رود جمعیت ایران به طور میانگین ۹ سال و جمعیت جهان ۸/۳ سال از عمر خود را در وضعیت ناسالم و بیماری سپری کند. بر این اساس بار بیماری‌ها و معلولیت‌ها در ایران بالاتر از میانگین جهانی می‌باشد. نگاه تحلیلی به شاخص‌های مرتبط به سلامت نوجوانان در ایران بیانگر آن است که علیرغم پایین بودن شاخص‌هایی همچون میزان مرگ و میر ویژه سنی و میزان باروری نوجوانان در ایران نسبت به میانگین‌های جهانی، وضعیت دیگر شاخص‌های مرتبط با سلامت همچون کم تحرکی، چاقی و اضافه وزن، اعتیاد و مصرف دخانیات، گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و پایین بودن امید زندگی سالم جمعیت ایران جای تأمل و نگرانی دارد. مسأله کلی پژوهش حاضر این است که نوجوانان ایرانی از چه سطحی از آگاهی و نگرش نسبت به مقوله سلامت و انجام رفتارهای مرتبط با سلامتی برخوردارند؟ نوجوانان تا چه حد در زندگی روزمره خود به رفتارهای سلامت‌جویانه اهمیت می‌دهند و سالم زیستن را جزئی

از شیوه زندگی خود می‌دانند؟ نهاد خانواده، نظام آموزشی و ... چه اندازه در برابر سلامت نوجوانان احساس مسئولیت می‌کنند و چه مقدار فضا را برای سالم زیستن نوجوانان ایجاد کرده‌اند؟ بررسی و ارزیابی عملکرد سلامت‌محورانه هریک از این نهادها می‌تواند خود موضوع تحقیق جداگانه‌ای باشد. براساس رهیافت انتقادی به سلامت جمعیت، نوجوانان به دلیل شرایط و اقتضائات ویژه سنی، در زمینه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و سبک زندگی سالم در قیاس با کودکان و بزرگسالان به نوعی دچار فراموش‌شدگی گردیده‌اند. هدف اصلی این پژوهش، مطالعه نگرش و رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان و شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی آن در نمونه‌ای از جمعیت دانش‌آموزی ۱۲ تا ۱۸ ساله شهر تهران است.

پیشینه تحقیق

در بررسی پیشینه تحقیق، دو دسته از تحقیقات اجتماعی پیرامون سلامت نوجوانان ملاحظه می‌گردد؛ دسته اول تحقیقاتی هستند که به آثار و پیامدهای وضعیت سلامت در زمینه کیفیت عملکرد اجتماعی و تحصیلی نوجوانان پرداخته‌اند (نیدهام^۱ و همکاران^۲، ۲۰۰۴، جکسون^۳، ۲۰۰۹، گلوی و میگل^۴، ۲۰۰۸، هاس^۵ و همکاران^۶، ۲۰۱۰) و دسته دوم، تحقیقاتی که به مقوله سلامت به عنوان یک متغیر وابسته نگریسته‌اند و بر ارزیابی ابعاد مختلف سلامت و عوامل مؤثر بر آن در بین نوجوانان از قبیل: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۷، زمینه‌های اجتماعی سلامت، تفاوت‌های سنی و جنسی در وضعیت سلامت، و سلامت ذهن و روان نوجوانان متمرکز شده‌اند. مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که شکل‌گیری رفتار سلامت‌جویانه، نه تنها به خصوصیات فردی و دسترسی به امکانات مراقبت بهداشتی، بلکه به زمینه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن شامل سن، جنس، موقعیت اجتماعی زنان، نوع بیماری، دسترسی به خدمات و کیفیت درک شده از خدمات قرار می‌گیرد (تایپینگ و سگال^۸، ۱۹۹۵، گراندی و آنییر^۷، ۲۰۱۰، مک‌کیان^۳، ۲۰۰۳، رحمان^۸

1 Needham

2 Jackson

3 Glewwe P & Miguel

4 Haas

5 Health-Related Quality of Life (HRQOL)

6 Tipping and Segall

7 Grundy & Annear

8 - Rahman

۲۰۰۰). نداشتن الگو و عادت غذایی مناسب یکی از مشکلات دامن‌گیر سنین نوجوانی است. از پیامدهای مهم اختلالات تغذیه‌ای و رژیم غذایی نامناسب، می‌توان به چاقی و اضافه وزن و یا کم‌وزنی نوجوانان اشاره کرد. پژوهشگران در بررسی‌های خود دریافتند که نوجوانان دارای اضافه وزن و چاقی، احساس سلامت کمتری را اظهار کرده‌اند (اسوالن و همکاران ۲۰۰۵، نقل از پرویزی و همکاران ۱۳۹۰). چاقی نه تنها با عواقب پزشکی، بلکه با عوامل متعددی مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، تأهل، شغل، فعالیت بدنی، چاقی والدین، درآمد خانوار، مصرف سیگار، الکل و محل سکونت در ارتباط است (مورنوب^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ لایی و همکاران^۲ ۲۰۱۰، تورکه‌ارمان^۳ و همکاران ۲۰۰۶، لایی و همکاران ۲۰۰۶؛ نقل از مقیمی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعات نشان می‌دهد که چاقی همچنان به عنوان یک مشکل بهداشتی و سلامتی مطرح می‌باشد و شهرنشینی، افزایش سن، فعالیت فیزیکی کم، سطح تحصیلات پایین، جنس زن، تأهل و مصرف سیگار شانس بیشتری برای ابتلای افراد به چاقی در ایران ایجاد کرده است (خسروی و همکاران ۱۳۸۸، کاراندیش ۱۳۸۳، وقاری و رحمتی ۱۳۹۰، عبداللهی و همکاران ۱۳۸۹، مقیمی دهکردی و همکاران ۱۳۹۱). فعالیت جسمانی یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سالم است. رشد عادات مفید بهداشتی در طی دوره کودکی و شروع نوجوانی بسیار با اهمیت است زیرا ایجاد رفتارهای بهداشتی در این دوران رشد نسبت به دوره‌های بعدی آسانتر است (استوری^۴ ۱۹۹۹؛ ویوگلس و فیتزگرالد^۵ ۲۰۰۵؛ نورین^۶ و همکاران ۲۰۰۲). به لحاظ سنی، در طول عمر یک شیب نزولی آشکاری برای فعالیت جسمانی مشاهده می‌شود؛ به ویژه یک مرحله از کاهش این فعالیت‌ها در نوجوانی رخ می‌دهد (کیم^۷، ۲۰۰۲). مطالعات مسیرسنجی فعالیت جسمانی نشان داده‌اند که سطح پایین فعالیت جسمانی، به خصوص در دختران، از نوجوانی به بزرگسالی منتقل و پایدار باقی می‌ماند (گراندام^۸ ۲۰۰۴؛ گوردن لارسن^۹ ۲۰۰۴؛

1 Morenob

2 Li X, et al

3 Turkahraman D, et al

4 Story M

5 Veugelers PJ & Fitzgerald AL

6 Noreen E

7 Kimm

8 Grundaum JA

9 Gordon-Larsen

تراست و وارد^۱ (۲۰۰۵). دو متغیر جمعیت‌شناختی «سن» و «جنس» افراد همواره به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت سلامت مطرح بوده است. مطالعات نشان می‌دهد که با افزایش سن، کیفیت زندگی سلامت محور برای زنان به مراتب نسبت به مردان بدتر می‌شود. معمولاً کودکان کیفیت زندگی بهتری نسبت به نوجوانان نشان داده‌اند. هرچند پسران و دختران کیفیت زندگی مشابه‌ای در سنین پایین داشتند، اما با افزایش سن، کیفیت زندگی دختران نسبت به پسران کاهش بیشتری داشته است. البته از این حیث واریانس معنی‌داری بین کشورها وجود دارد (مایکل^۲ و همکاران، ۲۰۰۹، کمیسیون اروپا^۳، کورگیچ^۴ و همکاران، ۲۰۰۰، بایسگر^۵ و همکاران، ۲۰۰۵، کاون و آی‌پی^۶ (۲۰۰۹).

امروزه رویکرد ارتقای سلامت و عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، رویکرد غالب در امر سلامت است به طوری که این رویکرد را جایگزینی برای رویکردهای درمان‌گرا و پزشک‌محور می‌دانند. محققان و سیاست‌گذاران رابطه دوسویه بین پایگاه اجتماعی افراد و سلامت آنان را مورد مطالعه قرار داده‌اند (جکسون، ۲۰۰۹، گودمن^۶ و همکاران، ۲۰۰۷، راونز سایبر^۷ و همکاران، ۲۰۰۸، لود^۸، مطلق و همکاران، ۱۳۸۹، پرویزی و همکاران، ۱۳۹۰). ساختار خانواده نیز به عنوان یک از زمینه‌های اجتماعی مهم برای سلامت نوجوانان مطرح است. به طور کلی نوجوانان در خانواده‌های با ساختارهایی به جزء «دو والدینی»، در معرض خطر مشکلات عاطفی و رفتاری بزرگتری قرار دارند و از سطح سلامت پایین‌تری برخوردارند (کاون و آی‌پی، ۲۰۰۹، گاریسون^۹ و همکاران، ۱۹۹۷؛ اکسل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۷؛ کلی کامپ و تیندا^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ ریواس دریک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). برخی پژوهش‌ها به بررسی نقش مذهب و معنویت در سلامت جسم و روان پرداخته‌اند. یافته‌های بیشتر پژوهش‌های انجام

1 Trost & Ward

2 Michel

3 Kvirgic

4 Bisegger

5 Kwan & Ip

6 Goodman

7 Ravens-Sieberer

8 Lloyd Cynthia B

9 Garrison

10 Aksel

11 Kleykamp and Tienda

12 Rivas-Drake

گرفته، رابطه مثبتی را بین مذهب و سلامت جسمانی و روانی در سنین مختلف نشان داده‌اند (جانسون ۱۹۹۵، خدایاری‌فرد و همکاران ۱۳۸۵؛ بهرامی ۱۳۷۳؛ اسلامی ۱۳۷۶؛ محفوظی و جانبزرگی ۱۳۷۷، پین، برگین، بیلما و جنکینزا ۱۹۹۱، نقل از وودز، ۱۳۸۹، محفوظی و جانبزرگی ۱۳۷۷، نقل از خدایاری‌فرد و عابدینی ۱۳۹۱). توجه به رفتارهای تهدیدکننده سلامت جنسی، از دیگر ابعاد مهم سلامت نوجوانان است. در ایران، پرس‌وجو در مورد مسائل و رفتارهای جنسی به خصوص در سنین پایین، چه در سطح خانواده و چه در سطح مدارس نوعی تابو محسوب می‌شود. به همین دلیل محققان حوزه سلامت در بیشتر تحقیقاتشان از ورود به این حوزه رفتاری چشم‌پوشی می‌کنند. محدود تحقیقات انجام شده در ایران بیشتر بر هنجار، نگرش و رفتارهای جنسی و بهداشت باروری گروه سنی جوانان تاکید داشته‌اند تا نوجوانان (خلج آبادی فراهانی و همکاران ۱۳۸۹؛ محمدی و همکاران ۱۳۸۲). در خارج از ایران پژوهش‌هایی راجع به سلامت جنسی و باروری نوجوانان و آسیب‌ها و بیماری‌های مرتبط به آن انجام گرفته است و زوایایی از وضعیت سلامت جنسی نوجوانان را روشن ساخته‌اند (به عنوان نمونه: اوسابو ۱ و همکاران ۲۰۰۶؛ مونتالی ۲ و همکاران ۲۰۰۶).

مباحث نظری

در پی ناتوانی دیدگاه رایج پزشکی و اپیدمیولوژی در تبیین معضلات سلامتی پس از انقلاب صنعتی، طی سال‌های اخیر رویکردها و رهیافت‌های انتقادی گوناگونی در حوزه سلامت جمعیت و تعیین‌کننده‌های آن شکل گرفته‌اند، که در بین آنها تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از پیچیده‌ترین و بحث‌برانگیزترین موضوعات در حیطه سیاست‌گذاری سلامت بوده و به دنبال پاسخگویی به این قبیل سئوالات است: چرا در بعضی کشورها وضعیت سلامت بهتر و امید زندگی بالاتر است؟ علت اختلاف سلامتی بین گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی چیست؟ و غیره. در این بخش به تشریح برخی از مهمترین تئوری‌ها و رویکردهای نظری مرتبط با سلامت جمعیت و رفتارهای سلامت‌جویانه آن مانند نظریه‌های «گذار سلامت»، «دیدگاه ساخت‌یابی در تبیین نابرابری سلامت»، «رویکرد رفتاری-فرهنگی تبیین نابرابری سلامت»، «مدل‌های سلامت

1 Awusabo-Asare

2 Munthali

باوری»، «مدل شناخت اجتماعی رفتارهای سلامت‌جویانه»، «نقش مذهب و معنویت در سلامتی»، «تئوری یادگیری اجتماعی» و «مدل سازمان جهانی بهداشت» پرداخته می‌شود. این تئوری‌ها تبیین‌کننده بخشی از واقعیت هستند نه همه آن.

دگرگونی سیمای سلامتی یا گذار سلامت^۱ از دو گذار متعادل نسبت به هم، یعنی گذار «جمعیت‌شناسی» و گذار «همه‌گیرشناسی» شکل می‌گیرد. تئوری گذار جمعیت‌شناختی^۲ به تبیین تحولات جمعیتی در طول زمان در قالب گذار از میزان‌های بالای «مرگ‌ومیر» و «موالید» به میزان‌های پایین موالید و مرگ‌ومیر به عنوان بخشی از فرایند توسعه اقتصادی جوامع می‌پردازد. عمران^۳ (۱۹۷۱) تئوری گذار اپیدمیولوژیک^۴ را به معنی مجموعه تغییراتی که در الگوی مرگ‌ومیر و علل مرگ‌ومیر اتفاق می‌افتد، می‌داند (میرزایی، ۱۳۸۴: ۸۰). همگام با دو گذار جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیک، نوعی انتقال «عوامل خطر» از شیوع بالای عوامل خطر (مانند کم‌وزنی و لاغری مفرط، سیستم آب لوله‌کشی و تخلیه فاضلاب نامناسب) برای بیماری‌های واگیر، به شیوع بالای عوامل خطر (مانند استعمال دخانیات، مسائل سبک زندگی، بهداشت جنسی و باروری و ...) برای بیماری‌های مزمن غیرواگیر تغییر می‌یابد (فرنک^۵ و همکاران، ۱۹۹۱). امروزه تغییر و انتقال عوامل خطر بیماری‌ها برای سنین نوجوانی نیز مشاهده می‌شود؛ به طوری که خطرات تهدیدکننده بازماندگی و سلامت نوجوانان در دنیای امروز ناشی از علل متعددی از جمله تصادفات، ایدز، زایمان زودرس، سقط جنین ناامن، رفتارهای پرخطر همچون مصرف دخانیات و مواد مخدر، مسائل بهداشت روان و خشونت اعلام شده‌اند که بیشتر این خطرات حاصل نوسازی و شرایط دنیای صنعتی هستند. نظریه گذار سلامت غالباً تبیینی تاریخی از تحولات و تغییرات سیمای سلامت جمعیت در سطح کلان را مطرح می‌کند و کمتر به علت‌یابی تحولات و نابرابری‌های سلامت در سطوح خرد و فردی می‌پردازد.

علل نابرابری‌های موجود در سلامت افراد، از دیدگاه‌های مختلف زیستی، مادی، ساخت‌یابی و رفتاری-فرهنگی مورد بررسی و تبیین قرار گرفته است (گرگی، ۱۳۸۶، بارتلی^۶، ۲۰۰۴؛ ۶۶).

1 Health Transition

2 The Theory of Demographic Transition

3 Omran, A.R

4 The Theory of Epidemiologic Transition

5 Frenk

6 Bartley

به طور کلی، رفتار سلامت‌جویانه موضوع پیچیده‌ای است و هیچ روشی به تنهایی نمی‌تواند برای تبیین و ایجاد هرگونه مدل در این زمینه به کار گرفته شود (مک کیان^۱، ۲۰۰۳). رفتار سلامت ارتباط نزدیکی با سبک زندگی افراد دارد. کاکرهام^۲ تصمیم‌گیری در مورد مصرف غذا، ورزش کردن، رعایت بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال دخانیات، مصرف الکل و مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام معاینات دوره‌ای پزشکی را از اجزاء سبک زندگی سلامت‌محور می‌داند (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۷). براساس فرض کلی مدل‌های روان‌شناختی «سلامت باوری»^۳، افرادی که به عنوان تصمیم‌گیرندگان اجتماعی-اقتصادی بر سلامت‌شان کنترل دارند، احتمال بیشتری برای مشارکت‌شان در رفتارهای ارتقای سلامت در ابعاد رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه، رفتارهای نقش بیمار و مراجعه به مراکز درمانی وجود دارد (نورمن و بنت^۴، ۱۹۹۶). مدل‌های شناخت اجتماعی^۵ در پیش‌بینی رفتار سلامت، براساس دو پیش‌فرض محوری در مورد ارتقای سلامت برآورد می‌شوند: سلامت تحت تأثیر رفتار است؛ و رفتار قابل اصلاح است (کانر و نورمن، ۱۹۹۶). این مدل براساس ترکیبی از عامل‌های جمعیت‌شناختی، اجتماعی و شناختی علائم درک شده، دسترسی به مراقبت‌ها و شخصیت فرد شکل گرفته‌اند. طبق این مدل، رفتار اجتماعی مردم از طریق بررسی باورهای‌شان راجع به رفتارشان در یک زمینه اجتماعی بهتر درک می‌شود (همان). نقص این مدل‌ها این است که فرد را بیشتر به عنوان تصمیم‌گیر منطقی در نظر می‌گیرند و زمینه‌های اجتماعی را نادیده می‌گیرند (من می‌دانم، پس عمل می‌کنم^۶) (مک کیان، ۲۰۰۳).

دسته دیگری از مطالعات به تبیین سازوکارهای اثرگذاری مذهب و معنویت بر سلامت جسمانی و روانی افراد پرداخته‌اند. این سازوکارها عبارتند از: دستگاه ایمنی بدن (کرنینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ نقل از وودز ۱۳۸۹)، حمایت اجتماعی بیشتر (هاوس، لندیس و آمبرسون، ۱۹۸۸)، ترس کمتر از مرگ (همان)، رفتارهای مخاطره‌آمیز کمتر برای سلامتی (جارویس و

1 MacKian

2 Cockerham

3 Health Belief

4 Norman and Bennett

5 Social Cognition

6 'I know, therefore I act'

نورثکات^۱ (۱۹۸۷). در مطالعه جارویس و نورثکات (۱۹۸۷) مشخص شد که مذهب خطر بیماری یا مرگ را به دو طریق کاهش می‌دهد: ۱- تجویز رفتاری که مانع از بیماری یا مرگ می‌شود. ۲- ممنوع کردن رفتاری که برای زندگی مضر است یا مانع درمان می‌شود.

براساس تئوری یادگیری اجتماعی^۲ (یادگیری مشاهده‌ای) آلبرت بندورا^۳ بنیاد رفتارهای فردی و اجتماعی با مشاهده و تقلید رفتارهای مورد نظر در رفتار دیگران در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد (کدیور، ۱۳۸۷؛ ۱۲۹-۱۲۸). بسیاری از عادت‌های رفتاری از جمله عادت‌های زندگی سالم ناشی از وضعیت فرد در شبکه اجتماعی و تأثیرپذیری از شیوه زندگی انسان‌های پیرامون است. کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵) مدل جامعی را جهت نمایش مکانیسم تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر پیامد سلامتی جمعیت ارائه کرده است. این چارچوب به دو گروه اصلی از تعیین‌کننده‌های «ساختاری» و «بینابینی» توجه کرده است. تعیین‌کننده‌های ساختاری (اجتماعی و سیاسی) عواملی هستند که قشر بندی اجتماعی مانند: جنسیت، درآمد، تحصیلات و قومیت را به وجود می‌آورند. تعیین‌کننده‌های بینابینی که از ترکیب قشر بندی اجتماعی ناشی می‌شوند تفاوت‌ها را در مواجهه و آسیب‌پذیری با شرایط خطر آفرین برای سلامت تعیین می‌کنند (بنزوال^۴؛ ۲۰۰۳؛ نقل از سجادی و همکاران ۱۳۸۹). این مدل نشان می‌دهد که تأثیر موقعیت اجتماعی-اقتصادی بر سلامت به واسطه تعیین‌کننده‌های بینابینی خاص تری شامل شرایط محیطی، شرایط روانی-اجتماعی و همچنین عوامل رفتاری صورت می‌گیرد.

با نظر به ماهیت و اهداف تحقیق و به منظور تحلیلی جامع‌تر راجع به رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان، چارچوب نظری این پژوهش بر ساختی از نظریه‌های مطرح شده می‌باشد. رفتارهای سلامت‌جویانه به عنوان مسئله محوری این تحقیق، بیانگر بخشی از فرهنگ و شیوه زندگی سلامت‌محور افراد است که طبق دیدگاه‌های رفتاری-فرهنگی و مدل شناخت اجتماعی نقش عمده‌ای در ایجاد نابرابری‌های سلامت دارد. همچنین براساس مدل‌های سلامت باوری، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان در ابعاد مختلف: رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه،

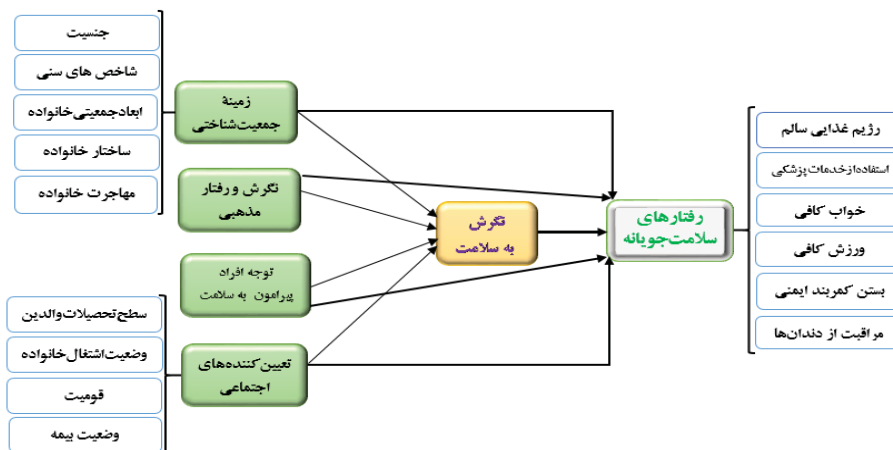
1 Jarvis, G & Northcott, H

2 Social Learning

3 Bandura

4 Benzeval

رفتارهای نقش‌بیمار، و مراجعه به مراکز درمانی مورد ارزیابی و تبیین قرار می‌گیرد. در انتخاب متغیرهای پیش‌بین و تعیین‌کننده مدل، با تکیه بر رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و مدل سازمان جهانی بهداشت، متغیرهای زمینه‌ای اجتماعی و جمعیتی متعددی برگزیده شده‌اند. نشانگرهایی از گروه‌های فرودست جامعه نظیر جنسیت، قومیت و مهاجرت نیز براساس دیدگاه ساختاری به عنوان بخشی از مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده رفتارهای سلامت در نظر گرفته می‌شوند. در این مدل به استناد تئوری «یادگیری اجتماعی»، میزان توجه افراد پیرامون به رفتارهای سلامت به عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوان مطرح است. همچنین نقش نگرش و رفتارهای مذهبی نوجوانان در شکل‌گیری رفتارهای سلامت‌جویانه آنان مورد ارزیابی و تحلیل قرار می‌گیرد.



شکل ۱. مدل نظری تحقیق

ارتباط بین متغیرها و برآورد پارامترهای آن و برازش ساختار کلی مدل به کمک روش‌های آماری و تحلیل مسیر تعیین و ارزیابی می‌گردد.

روش و داده‌های تحقیق

پژوهش حاضر با توجه به دامنه و قلمرو موضوع و اهداف آن، از نوع تحقیقات کمی بوده و به روش پیمایشی^۱ (همبستگی) انجام گرفته است. داده‌های تحقیق با تکنیک پرس‌وجو و به وسیله «پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته و استاندارد» گردآوری شده است. واحد تحلیل در این تحقیق «فرد» می‌باشد. این تحقیق از نظر زمانی جزو مطالعات «مقطعی»^۲ بوده و در بازه زمانی آذر و دی‌ماه سال ۱۳۹۴ گردآوری شده است. قلمرو مکانی تحقیق مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران است. جامعه آماری این تحقیق شامل جمعیت نوجوان ۱۸-۱۲ ساله شهر تهران می‌باشد. حجم اولیه نمونه براساس آمار جمعیت نوجوانان شهر تهران و از طریق فرمول کوکران ۴۰۰ نفر تعیین گردید؛ اما با نظر به مجموع شرایط تحقیق، حجم بالای جمعیت نوجوانان تهران و ثبات فرمول کوکران نسبت به تغییر حجم جامعه آماری، تصمیم به افزایش حجم نهایی نمونه به تعداد ۶۷۰ نفر گرفته شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش «خوشه‌ای» و «چند مرحله‌ای» به صورت احتمالی انجام گرفته و با توجه به حجم کل نمونه، برای هریک از مناطق (خوشه‌های) انتخابی سهمیه متفاوتی (غیراحتمالی) در نظر گرفته شده است. با در نظر گرفتن موقعیت جغرافیایی، اقتصادی و اجتماعی مناطق، پنج خوشه (مناطق ۱، ۶، ۹، ۱۳ و ۱۶) به صورت تصادفی انتخاب گردید. پیمایش حاضر در سطح ۱۸ آموزشگاه دوره راهنمایی (متوسطه اول) و متوسطه دوم به اجرا درآمده است. از مجموع ۶۷۰ نفر نمونه انتخابی، ۵۰ درصد پسر و ۵۰ درصد دختر هستند. به دلیل کم بودن حجم نمونه در قیاس با حجم بالای جامعه آماری، این نمونه‌گیری بدون دخالت سهم جمعیتی هریک از مناطق تهران انجام گرفته و بیشتر به توزیع جغرافیایی مناطق منتخب در سطح شهر تهران توجه گردیده است.

تعاریف گوناگونی از رفتارهای سلامت‌جویانه ارائه شده است. به عنوان نمونه، کانر و نورمن^۳ این رفتارها را به عنوان هرگونه فعالیت انجام شده با هدف «پیشگیری»، «تشخیص بیماری» و یا برای «بهبود سلامت و تندرستی»، تعریف می‌کنند. گاچمن^۴ رفتارهای سلامت را به عنوان الگوها،

1 Survey

2 Cross- Sectional

3 Conner and Norman

4 Gochman

اعمال و عادت‌های رفتاری تعریف می‌کند که به حفظ سلامت، به بازگرداندن سلامت و به بهبود سلامت مربوط می‌شود (کانر، ۲۰۰۲). رفتارهای بهداشتی مورد مطالعه در این تحقیق عبارتند از: رژیم غذایی سالم - استفاده از خدمات پزشکی - خواب کافی - ورزش و فعالیت جسمانی - مراقبت از دندان‌ها - بستن کمربند ایمنی. هریک از این مقولات به وسیله چند شاخص اندازه‌گیری می‌شوند. دامنه نظری مجموع نمرات خام «رفتارهای سلامت‌جویانه» هر فرد از ۳۰ گویه، بین ۳۰ تا ۱۰۹ در نوسان می‌باشد. با توجه به تفاوت تعداد گزینه‌های مقولات مربوط به هریک از مقولات رفتارهای سلامت و نابرابر بودن وزن مقولات، برای یکسان نمودن وزن آن، ابتدا نمرات استاندارد^۱ هریک از مقولات محاسبه گردیده و سپس مجموع نمرات استاندارد به عنوان نمره رفتار سلامت‌جویانه هر فرد مورد تحلیل قرار می‌گیرد. ابزار اندازه‌گیری این پژوهش، «پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته و استاندارد» با سئوالات «بسته» است. این پرسشنامه از چهار بخش و ۶۳ سؤال تشکیل شده است. بخش اول شامل: سئوالات و گویه‌هایی درخصوص «نگرش به سلامت» و «سلامت خوداظهاری»، بخش دوم: ابعاد مختلف «رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان» و «توجه وابستگیان و دوستان به سلامت»، بخش سوم: «زمینه‌های فردی و اجتماعی» و «نگرش و رفتار مذهبی»، و بخش چهارم: زمینه‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان است. جهت ارزیابی و اندازه‌گیری رفتارهای سلامت‌جویانه، بخشهایی از «پرسشنامه رفتار سلامت»^۲ مورد استفاده قرار گرفت که توسط جیسور^۳ و همکارانش (۱۹۹۲) در مؤسسه علوم رفتاری دانشگاه کلورادو طراحی و در پژوهشی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی به کار گرفته شد. سئوالات مربوط به «نگرش و رفتار مذهبی»، از پرسشنامه «نگرش‌های مذهبی» که توسط سراج‌زاده (۱۳۷۷) طراحی و هنجاریابی (شریفی، ۱۳۸۱) شده است، اقتباس گردید. سئوالات مربوط به زمینه‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی بنا به اهداف و سئوالات اصلی پژوهش، با مراجعه به مطالعات جمعیت‌شناختی توسط محقق و با مشورت متخصصین جمعیت‌شناسی طراحی گردیده است. اعتبار محتوایی پرسشنامه تحقیق توسط متخصصین جمعیت و سلامت مورد تأیید واقع شده است.

1 Z-Score

2 Health Behavior Questionnaire

3 Richard Jessor

جدول ۱. اعتبار و روایی ابزار اندازه‌گیری «نگرش به سلامت» و «رفتارهای سلامت‌جویانه»

ضریب آلفای کرونباخ		تعداد گویه	ابعاد نگرش و رفتار سلامت‌جویانه
پژوهش حاضر	جیسور و همکاران		
۰/۶۸	۰/۸۸	۸	نگرش به سلامت
۰/۶۰	۰/۵۷	۴	مراقبت از دندان‌ها
۰/۷۴	۰/۷۱	۳	ورزش و فعالیت جسمانی
۰/۷۲	۰/۸۰	۸	توجه والدین به رفتارهای سلامت
۰/۶۰	۰/۶۳	۴	توجه دوست به رفتارهای سلامت
۰/۸۱	۰/۹۳	۵	رانندگی و بستن کمربند ایمنی (کل)
۰/۷۳	۰/۸۴	۱۷	رژیم غذایی سالم
--	--	۲	خواب کافی
۰/۷۲	۰/۷۸*	۹	نگرش مذهبی
۰/۷۸	۰/۷۸*	۷	رفتار مذهبی

*پژوهش شریفی (۱۳۸۱)

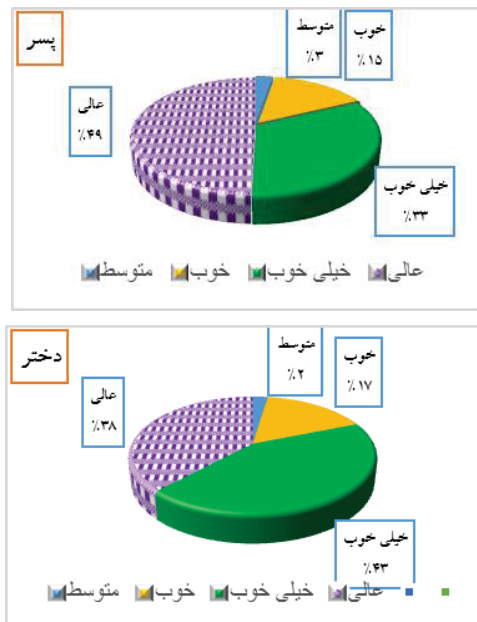
در جدول ۱، شاخص روایی پرسشنامه و مقادیر محاسبه شده آلفای کرونباخ مربوط به طراحان اصلی پرسشنامه با آلفای به دست آمده در این پژوهش برای هر یک از مقولات مقایسه شده است. می‌توان گفت گویه‌های مربوط به اندازه‌گیری «نگرش به سلامت» و مقولات گوناگون «رفتارهای سلامت‌جویانه» دارای دقت و قابلیت اعتماد نسبتاً بالایی بوده و از هماهنگی درونی لازم برخوردارند. به دلیل حذف برخی گویه‌های پرسشنامه جیسور در این پژوهش، مقداری تفاوت در ضرایب آلفای کرونباخ دیده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای گویه‌های «نگرش مذهبی» به مقدار ۰/۷۲ و برای «رفتارهای مذهبی» به مقدار ۰/۷۸ به دست آمده است. بنابراین روایی و هماهنگی درونی گویه‌های مربوط به این دو مفهوم نیز مورد تأیید است.

یافته‌های پژوهش

مسئله محوری این تحقیق، سنجش میزان تمایل نوجوانان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه و تبیین عوامل اجتماعی و جمعیتی تأثیرگذار بر آن بر مبنای رهیافت سلامت جمعیت است. یافته‌های پژوهش در سه بخش ارائه می‌شود: وضعیت سلامت خوداظهاری- نگرش نوجوانان به سلامت- رفتارهای سلامت‌جویانه.

وضعیت سلامت خوداظهاری نوجوانان

در این پژوهش، ارزیابی سلامت از نوع «خوداظهاری» و به صورت «کیفی» بوده است. از پاسخگویان خواسته شد تا نظر خود را در مورد وضعیت کلی سلامت‌شان بر روی طیفی ۵ رتبه‌ای از «ضعیف» تا «عالی» (۱ تا ۵) بیان کنند. نتایج پاسخ به این گویه نشان می‌دهد که تفاوت ناچیزی بین نمره قضاوت پسران (۴/۲۹) و دختران (۴/۱۷) راجع به وضعیت سلامت‌شان وجود دارد. به طور کلی، هر دو جنس از حداکثر ۵ نمره، نمره ۴/۲۳ را کسب کرده‌اند. این عدد بیانگر وضعیت «خیلی خوب» تا «عالی» سلامت نوجوانان از دیدگاه خودشان است. طبق شکل ۲، بیشترین فراوانی سلامت خوداظهاری از سوی پسران گزینه «عالی» با ۴۹٪، و برای دختران گزینه «خیلی خوب» با ۴۳٪ می‌باشد. این تفاوت نشان از رضایت بالای پسران در مقایسه با دختران نوجوان از وضعیت سلامت‌شان دارد. در بین هر دو جنس، هیچ موردی از وضعیت «ضعیف» سلامت گزارش نشده است.



شکل ۲. وضعیت سلامت خوداظهاری نوجوانان به تفکیک جنسیت

نگرش نوجوانان راجع به سلامت

میزان باور و نوع نگرش نوجوانان نسبت به مقولات بهداشت و سلامت می‌تواند برانگیزنده کنش‌های سلامت‌جویانه و تضمین‌کننده سلامت آنان در ابعاد گوناگون باشد. برای سنجش میزان اهمیت و نگرش نوجوانان به سلامت، ۸ گویه با پاسخ‌های رتبه‌ای (۱- نه چندان مهم ۲- تا حدودی مهم ۳- خیلی مهم) راجع به اهمیت سلامت در ابعاد گوناگون؛ ظاهر خوب، انرژی زیاد، وزن مناسب، انجام بازی‌ها و ورزش‌های فعال، داشتن وضعیت سلامتی خوب در تمام طول سال، بهبودی سریع در زمان بیماری، سالم نگه داشتن خود در هر شرایطی، داشتن عادات بهداشتی خوب در مورد غذا خوردن و ورزش کردن، در اختیار پاسخگویان قرار گرفته است. در جدول ۲، توزیع جمعیت مورد مطالعه برحسب میانگین رتبه کسب شده از مجموع ۸ گویه مرتبط با نگرش به سلامت (براساس نمره ۱ تا ۳) آمده است.

جدول ۲. توزیع نمونه برحسب وضعیت کلی نگرش به سلامت

درصد			میزان اهمیت سلامت
۲/۲			نه چندان مهم (۱-۱/۶۶)
۲۰/۴			تا حدودی مهم (۱/۶۷-۲/۳۳)
۷۷/۳			خیلی مهم (۲/۳۴-۳)
۱۰۰			کل
برمبنای ۱۰۰	دامنه ۸-۲۴	جنسیت	میانگین مجموع نمرات نگرش به سلامت
۷۷/۳	۲۰/۱۴	پسر	
۷۷/۴	۲۰/۱۶	دختر	
۷۷/۴	۲۰/۱۵	هر دو جنس	

با توجه به جدول ۲، از نظر ۷۷/۳ درصد از افراد مورد مطالعه مقولات سلامت «خیلی مهم»، برای ۲۰/۴ درصد «تا حدودی مهم» بوده و تنها ۲/۲ درصد آن را «نه چندان مهم» گزارش کرده‌اند. از این منظر تفاوت اندکی بین پسران و دختران مشاهده می‌شود. میانگین مجموع نمرات خام نگرش به سلامت برای هر دو جنس برمبنای ۱۰۰، عدد معادل ۷۷/۴ بدست آمده

است. به طور کلی، نتایج نشان از اهمیت و ارزش بالای سلامت و تندرستی در نگاه نوجوانان دارد. تحلیل جداگانه میانگین نمرات هر یک از مقولات مرتبط با سلامت نشان می‌دهد که مقولات «توجه به ظاهر خوب»، «داشتن سلامتی خوب» و «بهبودی سریع» به ترتیب بالاترین نمره را کسب کرده‌اند. کمترین رتبه مربوط به «بازی و ورزش» است و بیانگر اهمیت کمتر مقوله ورزش نزد نوجوانان می‌باشد.

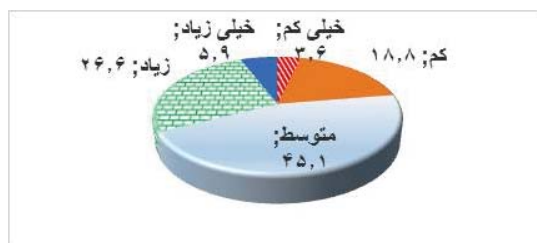
رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان

مفهوم «رفتارهای سلامت‌جویانه»، از مجموع نمرات هر پاسخگوه به ۳۰ گویه راجع به رفتارهای گوناگون سلامت شامل: رژیم غذایی سالم، استفاده از خدمات پزشکی، خواب کافی، ورزش و فعالیت جسمانی، رانندگی و بستن کمربند ایمنی و مراقبت از دندان‌ها اندازه‌گیری شده است. یافته‌های پژوهش تفاوت ناچیزی را بین کیفیت رژیم غذایی پسران با دختران نشان می‌دهد. میانگین نمره رژیم غذایی مناسب از مجموع نمرات خام ۱۷ گویه بر مبنای ۱۰۰، برای پسران عدد ۶۴/۹، دختران ۶۴/۰ و «هردوجنس» عدد ۶۴/۳ به دست آمده است. به طور کلی، این نتیجه دلالت بر کیفیت «متوسط و رو به بالای» رژیم غذایی نوجوانان مورد مطالعه دارد؛ هرچند بخش‌هایی از جمعیت نمونه از کیفیت بسیار پایین رژیم غذایی برخوردارند و رتبه‌های پایینی را کسب کرده‌اند. از نظر میزان استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، ۱۶/۵ درصد از نوجوانان در طی یک سال گذشته «هیچگونه» مراجعه‌ای به پزشک نداشته‌اند؛ در مقابل ۸۳/۵ درصد از آنان حداقل یک بار به خاطر بیماری به پزشک مراجعه کرده‌اند. بیشترین محل مراجعات نوجوانان جهت استفاده از مراقبت‌های پزشکی، «درمانگاه محله» و کمترین مراجعه به «واحد بهداشت مدرسه» است. طبق اعلام پاسخگویان (هر دو جنس)، حدود ۷۴/۵ درصد از آنان در مدرسه‌ای «بدون مربی بهداشت» درحال تحصیل هستند. مدارس دخترانه از این حیث وضعیت مناسب‌تری دارند.

براساس اعلام پاسخگویان، ۲۱/۵ درصد از دختران و حدود ۱۷ درصد از پسران در شب «کمتر از ۶ ساعت» می‌خوابند. به لحاظ جنسیتی، پسرها وضعیت خواب بهتری نسبت به دخترها دارند. میانگین ساعات خواب برای پسرها «۷ تا ۸ ساعت»، دخترها «۶ تا ۷ ساعت» و برای هر دوجنس «۷ ساعت» برآورد شده است. به طور کلی می‌توان گفت نوجوانان مورد مطالعه از وضعیت خواب مناسبی برخوردارند. از نظر ورزش و فعالیت‌های جسمانی، به طور میانگین

پسران نسبت به دختران مدت زمان بیشتری را در طی هفته به این مقوله اختصاص می‌دهند. میانگین مجموع نمرات خام هر فرد در سه شاخص فعالیت جسمانی، برای پسران نمره ۵۲/۳، دختران ۳۷/۷ و هردوجنس ۴۴/۶ از ۱۰۰ بدست آمده است. در مجموع، مدت زمان اختصاص یافته توسط نوجوانان به فعالیت‌های گوناگون جسمی و ورزشی در طول هفته کمتر از حد متوسط برآورد شده است. امروزه یکی از مصادیق تغییر و گذر عوامل خطر سلامت نوجوانان، حوادث و تصادفات است. براساس یافته‌های این پژوهش، بیش از ۴۴/۳ درصد از نوجوانان فاقد شرایط قانونی رانندگی، در طی شش ماه گذشته اقدام به رانندگی ماشین یا موتورسیکلت و یا هردو داشته‌اند. همچنین بخش قابل توجهی از پاسخگویان (۶۲ درصد) «به ندرت» و یا «گاهی اوقات» در زمان رانندگی شخص دیگری کمر بند ایمنی را می‌بندند و ۵۱ درصد از پاسخگویان در زمان رانندگی خودشان «به ندرت» و یا «گاهی اوقات» از کمر بند ایمنی استفاده می‌کنند. برابر یافته‌ها، میانگین نمره شاخص مراقبت از دندان‌ها در ابعاد مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، استفاده از مایع دهان‌شویه، و مراجعه به دندانپزشک، برای دختران نمره ۵۲/۹ و پسران نمره ۴۶/۴ از ۱۰۰ بدست آمده است. به عبارتی دختران نوجوان در مقایسه با پسران تا حدودی توجه بیشتری در مراقبت از سلامت دندان‌هایشان دارند.

میانگین نمرات خام رفتارهای سلامت‌جویانه در ابعاد شش‌گانه، برای هردوجنس عدد ۵۳/۲ به دست آمده است. این رقم بیانگر گرایش متوسط و نه چندان زیاد نوجوانان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه است. طبق رتبه‌بندی کلی از میانگین کل نمرات رفتارهای سلامت‌جویانه (شکل ۳)، به ترتیب ۴۵/۱ درصد از نوجوانان رتبه «متوسط»، ۲۶/۶ درصد رتبه «زیاد»، ۱۸/۸ درصد رتبه «کم»، ۵/۹ درصد رتبه «خیلی زیاد» و ۳/۶ رتبه «خیلی کم» کسب کرده‌اند. در واقع توزیع متعادل و نرمالی از نمونه‌ها به لحاظ میزان توجه به رفتارهای سلامت مشاهده می‌گردد.



شکل ۳. توزیع نمونه‌ها برحسب رتبه کلی انجام رفتارهای سلامت‌جویانه-درصد (هر دو جنس)

تحلیل‌های دو متغیره رفتارهای سلامت جویانه

در پاسخ به این سؤال که کنش‌ها و رفتارهای سلامت‌محور نوجوانان تا چه اندازه متأثر از زمینه‌های تربیتی و بسترهای اجتماعی و جمعیت‌شناختی متفاوت است، ارتباط و همسویی مجموع نمرات استاندارد شده «رفتارهای سلامت‌جویانه» با هریک از متغیرهای مستقل مورد آزمون قرار می‌گیرد. نتایج محاسبات مربوط به تحلیل‌های دو متغیره در جدول ۳ نشان می‌دهد که از میان ۲۶ متغیر اجتماعی، جمعیت‌شناختی و مذهبی، وضعیت رفتارهای سلامت‌جویانه با ۱۰ متغیر شامل؛ سن، فاصله سنی با فرزند بعد، نگرش به سلامت، سلامت خوداظهاری، سطح تحصیلات پدر، سطح تحصیلات مادر، نگرش مذهبی، رفتار مذهبی، و توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($Sig < 0/01$) و با متغیر قومیت در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($Sig < 0/05$) روابط و همبستگی معناداری دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل دو متغیره روابط بین رفتارهای سلامت‌جویانه با متغیرهای پیش‌بین

رفتارهای سلامت جویانه		N	متغیرهای نگرشی، اجتماعی و مذهبی
آزمون معناداری	ضریب همبستگی		
کروسکال والیس	اسپیرمن Spearman's rho		
	-۰/۳۰۵**	۶۷۰	سن فرد
	-۰/۱۰۵**	۶۷۰	فاصله سنی با فرزند بعد
	۰/۳۵۶**	۶۷۰	نگرش فرد به سلامت
	۰/۲۱۶**	۶۷۰	سلامت خوداظهاری
	۰/۱۴۹**	۶۷۰	سطح تحصیلات پدر
	۰/۱۳۶**	۶۷۰	سطح تحصیلات مادر
	۰/۱۶۳**	۶۷۰	نگرش مذهبی
	۰/۲۷۷**	۶۷۰	رفتار مذهبی
	۰/۴۱۷**	۶۷۰	توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت
۰/۰۳۳		۶۷۰	قومیت

* ضریب همبستگی معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ ** ضریب همبستگی معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

یافته‌های جدول ۳ نشان‌دهنده همبستگی منفی نسبتاً بالا ($-0/305$) بین سن افراد و رفتارهای سلامت‌جویانه آنان است. براین اساس با افزایش سن نوجوانان، از تمایل آنان به انجام رفتارهای سلامت‌محور کاسته شده است. همچنین نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین رفتارهای سلامت‌محور و «فاصله سنی با فرزند بعد» می‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر از نوع منفی و به میزان $-0/105$ است. در واقع هرچه فاصله سنی نوجوان با فرزند بعد از خودش بیشتر باشد، میزان اقدام او به رفتارهای سلامت‌جویانه کاهش می‌یابد. براساس یافته‌ها، شاخص کلی رفتارهای سلامت‌جویانه ارتباط و همبستگی مثبت و معناداری با «نگرش افراد به سلامت» دارند. میزان این همبستگی نسبتاً بالا و به مقدار $0/356$ می‌باشد. به سخن دیگر هرچقدر موضوع سلامت در نگاه فرد از اهمیت و اعتبار بالاتری برخوردار باشد، اقدامات و کنش‌های سالم‌تری در پیش خواهد گرفت و رفتارهای سلامت‌جویانه را در عمل به نمایش می‌گذارد. براساس نتایج تحلیل‌های دومتغیره، گرایش نوجوانان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه ارتباط مستقیم و معناداری با سطح رضایت آنان از وضعیت سلامت عمومی‌شان دارد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر مثبت و به میزان $0/216$ است. بنابراین تعاملی دوسویه بین این دو متغیر قابل پیش‌بینی است. براساس نتایج تحلیل‌های دومتغیره، تحصیلات پدر و مادر، هردو با میزان گرایش نوجوانان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه ارتباط معنادار دارند. با استناد به این یافته‌های آماری می‌توان گفت که هر چه سطح تحصیلات پدر و مادر بالاتر باشد، فرزندان در زندگی روزمره‌شان رفتارها و سبک زندگی سالم‌تری از خود به نمایش می‌گذارند. مطابق نتایج آزمون ناپارامتری، تفاوت معناداری بین نوجوانان متعلق به زمینه‌های قومیتی گوناگون به لحاظ میزان اقدام به رفتارهای سلامت‌محور وجود دارد. با مقایسه میانگین نمرات ۸ گروه قومی (شامل فارس زبانان) در زمینه رفتار سلامت مشاهده می‌شود که بالاترین نمره مربوط به قوم گُرد با $74/91$ و مازندرانی با $74/15$ و پایین‌ترین نمره از آن قوم گُرد با $64/72$ (در دامنه $109-30$) است (در بین نمونه‌های انتخابی هیچ فردی به قوم بلوچ تعلق نداشته است). از اینرو می‌توان اذعان کرد که با وجود یکسان بودن شهر محل سکونت، خاستگاه قومیتی خانواده‌ها

می‌تواند نقش مؤثری در میزان گرایش اعضای آن به رفتارهای سلامت‌جویانه داشته باشد. مطابق نتایج جدول ۳، همبستگی مثبتی بین «رفتارهای سلامت‌جویانه» با «نگرش مذهبی» نوجوانان وجود دارد. بر این مبنا هرچه نوجوانان از نگرش‌ها و باورهای مذهبی‌تری برخوردار باشند، گرایش بیشتری به انجام رفتارهای سلامت‌محور از خود بروز می‌دهند و ارزش و اهمیت بیشتری برای سلامتی‌شان قائل خواهند بود. همچنین همبستگی مثبتی به مقدار $0/277$ بین «رفتارهای سلامت‌جویانه» و «رفتارهای مذهبی» نوجوانان دیده شده است. از این رو می‌توان گفت هرچه افراد به انجام اعمال و مناسک مذهبی پایبندتر باشند، برای سلامت و تندرستی‌شان هم ارزش و اعتبار بیشتری قائل هستند و تلاش بیشتری در انجام مراقبت‌ها و رفتارهای سلامت‌محور می‌کنند. مطابق نتایج، همبستگی مثبت و بالایی ($0/417$) و به لحاظ آماری معنادار بین «رفتارهای سلامت‌جویانه» و «توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت» مشاهده می‌شود. این نتیجه آماری به خوبی همسوئی و تأثیرپذیری نوجوانان را از محیط اجتماعی و خانوادگی‌شان نشان می‌دهد.

تحلیل‌های چندمتغیره رفتارهای سلامت‌جویانه

در تحلیل رگرسیونی چندمتغیره، تأثیرات مشروط و کنترل شده هر یک از عوامل جمعیتی، اجتماعی و مذهبی در تبیین تفاوت‌های رفتاری مرتبط با سلامت در بین نوجوانان اندازه‌گیری می‌شود. تعیین اثرات متغیرهای مستقل در پیش‌بینی اندازه «رفتارهای سلامت‌جویانه» به شیوه گام به گام و در قالب سه مدل جداگانه: جمعیت‌شناختی، اجتماعی-مذهبی، و ترکیبی انجام گرفته است. با توجه به معناداری مقادیر F برای هر یک از مدل‌های نامبرده، می‌توان نتیجه گرفت که مجموعه مؤلفه‌های پیش‌بین در مدل‌های رگرسیونی قادرند بخشی از تغییرات مشاهده شده در نمره استاندارد رفتار سلامت‌جویانه افراد را تبیین کنند.

جدول ۴: تحلیل مدل‌های رگرسیون خطی عوامل جمعیتی، اجتماعی و مذهبی تأثیرگذار بر رفتارهای

سلامت‌جویانه

(۳) مدل ترکیبی		(۲) مدل اجتماعی و مذهبی		(۱) مدل جمعیتی		متغیر
β	B	β	B	β	B	
	-۸/۹۰۶	---	-۱۵/۶۰۶	---	۹/۰۴۲	Constant
-۰/۲۴۰**	-۰/۴۴۷			-۰/۳۱۴**	-۰/۵۸۶	سن فرد
-۰/۱۲۶**	-۰/۰۹۶			-۰/۰۸۹**	-۰/۰۶۷	فاصله سنی با فرزند بعد
۰/۲۸۴**	۰/۲۲۴	۰/۳۱۱**	۰/۲۴۵			توجه اطرافیان به رفتارهای سلامت
۰/۲۳۶**	۰/۲۸۴	۰/۲۲۷**	۰/۲۷۳			نگرش فرد به سلامت
۰/۱۶۴**	۰/۰۹۶	۰/۲۰۸**	۰/۱۲۱			رفتارهای مذهبی
		۰/۱۱۸**	۰/۲۹۲			سطح تحصیلات مادر
۰/۱۰۴**	۰/۲۳۸					سطح تحصیلات پدر
۰/۱۴۸**	۰/۵۰۳					بُعد خانوار
-۰/۱۱۴*	-۰/۴۳۶					رتبه تولد
R=۰/۶۰۴ R²=۰/۳۶۴ df=۶۶۹ F=۴۷/۳۶۵ Sig=۰/۰۰۰		R=۰/۵۴۲ R²=۰/۲۹۴ df=۶۶۹ F=۶۹/۰۸۷ Sig=۰/۰۰۰		R=۰/۳۳۶ R²=۰/۱۱۳ df=۶۶۹ F=۴۲/۵۸۲ Sig=۰/۰۰۰		ضرایب مدل

* ضریب تأثیر معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ ** ضریب تأثیر معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

مدل جمعیتی

مطابق ضرایب رگرسیونی مدل جمعیتی در جدول ۴، از میان ۱۴ متغیر جمعیتی کنترل شده، دو متغیر تأثیر مستقل و معناداری بر متغیر وابسته (رفتارهای سلامت‌جویانه) دارند که عبارتند از: «سن فرد» و «فاصله سنی با فرزند بعد». این دو عامل در مجموع ۱۱ درصد ($R^2 = 0/113$) از واریانس رفتارهای سلامت را تبیین می‌کنند. پیش از این در تحلیل‌های دو متغیره نیز معناداری رابطه بین این دو متغیر با «رفتارهای سلامت» به اثبات رسیده است. تأثیر سن بر انجام رفتارهای مرتبط با سلامت به صورت منفی و معکوس برآورد شده است ($\beta = -0/314$ و $B = -0/586$). با توجه به مقدار ضریب B در این معادله، پیش‌بینی می‌گردد با هر سال افزایش سن نوجوانان، میزان گرایش به انجام رفتارهای سلامت‌محور به مقدار $-0/586$ برابر واحد کاهش می‌یابد. براین

اساس می‌توان گفت با افزایش سن افراد از سنین آغازین نوجوانی تا پایان آن، رغبت نوجوانان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه اُفت می‌کند. تأثیر فاصله سنی با فرزند بعدی بر رفتارهای سلامت‌محور از نوع منفی ($\beta = -0/089$) می‌باشد. این ضریب بیانگر این است که هر چه فاصله سنی بین نوجوان با خواهر یا برادر کوچکتر از خودش افزایش یابد، تمایل نوجوان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه کمتر خواهد شد.

مدل اجتماعی و مذهبی

برای اندازه‌گیری تأثیرات متغیرهای اجتماعی و مذهبی بر رفتارهای سلامت، تعداد ۱۲ متغیر مستقل در تحلیل‌های رگرسیونی دخالت داده شده‌اند. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین این متغیرها، چهار متغیر: «توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت»، «نگرش فرد به سلامت»، «رفتارهای مذهبی» و «سطح تحصیلات مادر» تأثیرات معناداری در توجه نوجوانان به سلامت و رفتارهای بهداشتی دارند. این چهار متغیر در مجموع ۲۹ درصد ($R^2 = 0/294$) از تغییرات رفتارهای سلامت‌جویانه را تبیین می‌کنند. معناداری روابط چهار متغیر نامبرده، در تحلیل دومتغیره نیز مورد تأیید قرار گرفته است، اما برخلاف نتایج تحلیل دومتغیره، «تحصیلات پدر»، «قومیت» و «نگرش مذهبی»، در تحلیل چندمتغیره معناداری خود را از دست داده‌اند. در مدل دوم رگرسیونی، بیشترین تأثیر بر رفتارهای سلامت مربوط به متغیر «توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت» با ضریب ($\beta = 0/311$) می‌باشد. به میزانی که افراد الگو در پیرامون نوجوان توجه و تمایل بیشتری به انجام رفتارهای سلامت‌محور داشته باشند، وی نیز میل و رغبت بیشتری برای انجام اینگونه اعمال پیدا خواهند کرد. طبق ضرایب مدل اجتماعی و مذهبی، ضریب تأثیر «نگرش فرد به سلامت» مثبت ($\beta = 0/227$) ارزیابی شده و نشان از اهمیت بالای نقش باورهای سلامت‌محور نوجوانان در شکل‌گیری کنش‌های مرتبط به سلامت آنان دارد. طبق نتایج این مدل، ضریب تأثیر «رفتارهای مذهبی» مثبت و معنادار ($\beta = 0/208$) برآورد شده است. براین اساس نوجوانان مذهبی و کنشگر در مراسمات و مناسک مذهبی، رفتارهای بهداشتی‌تر و سالم‌تری از خود به نمایش می‌گذارند. براساس نتایج مدل رگرسیونی، ضریب تأثیر متغیر «تحصیلات مادر» مثبت ($\beta = 0/118$) می‌باشد. این یافته آماری تأییدی بر اهمیت نقش دانش و

آگاهی مادران، به عنوان یک عامل زمینه‌ای، در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، سوق دادن نوجوانان به سوی سالم زیستن و انجام رفتارهای سلامت‌جویانه است.

مدل ترکیبی

در مدل نهایی با ورود همه ۲۶ متغیر اجتماعی، جمعیتی و مذهبی در معادله رگرسیونی، ۸ متغیر با ضرایب تأثیر معناداری مشاهده گردید. در این مرحله، معناداری دو متغیر جمعیت‌شناختی شامل: سن فرد ($\beta = -0/240$) و فاصله سنی با فرزند بعد ($\beta = -0/126$) و سه متغیر اجتماعی و مذهبی شامل: توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت ($\beta = 0/311$)، نگرش فرد به سلامت ($\beta = 0/227$) و رفتارهای مذهبی ($\beta = 0/208$) همانند دو مدل قبلی حفظ شده است. افزون بر اینها، در این مرحله تأثیر سه متغیر اجتماعی و جمعیتی جدید به صورت معنادار برآورد شده است که عبارتند از: تحصیلات پدر، بُعد خانوار و رتبه تولد. متغیر «تحصیلات مادر» در این مرحله معناداری تأثیر خود را از دست داده است. با توجه به مقدار ضریب تعیین چندگانه در مدل ترکیبی ($R^2 = 0/364$)، شاهد افزایش تبیین‌کنندگی مدل سوم نسبت به هریک از دو مدل قبلی هستیم. بنابراین می‌توان اظهار کرد که ۳۶ درصد از تغییرات رفتاری نوجوانان در زمینه بهداشت و سلامت توسط ۸ متغیر نامبرده تبیین و پیش‌بینی می‌گردد.

تحصیلات پدر همانند تحصیلات مادر، سرمایه ارزشمندی برای اعضای خانواده محسوب می‌شود. براساس نتایج مدل رگرسیونی، ضریب تأثیر این متغیر مثبت ($\beta = 0/104$) می‌باشد. برخلاف تحلیل دومتغیره، برابر نتایج مدل رگرسیونی چندمتغیره ضریب تأثیر «بُعد خانواده» نیز بر رفتارهای سلامت‌محور نوجوانان مثبت و معنادار است ($\beta = 0/148$). در تحلیل چند متغیره، تأثیر منفی و معنادار رتبه تولد ($\beta = -0/114$) بر رفتارهای سلامت‌جویانه فرزندان روشن گردیده است و می‌توان گفت با افزایش رتبه تولد فرزند در خانواده، گرایش آنان به سمت رفتارهای سلامت‌محور کاهش می‌یابد.

تحلیل مسیر تأثیرگذاری متغیرهای پیش‌بین بر رفتارهای سلامت‌جویانه

تحلیل مسیر وسیله‌ای سودمند برای به نمایش درآوردن الگوی روابط علی مستقیم و غیرمستقیم در میان مجموعه‌ای از متغیرهاست. در این تحقیق، متغیر «نگرش به سلامت» به عنوان متغیر درون‌زا و بینابین در مدل در نظر گرفته شده است که برخی متغیرهای مستقل به واسطه آن بر

«رفتارهای سلامت‌جویانه» تأثیر می‌گذارند. طراحی و تأیید ساختار مدل نهایی پژوهش با استفاده از نرم افزار EQS و طی سه مرحله انجام گرفته است. پس از برآورد پارامترها، برازش مدل نظری با مدل تجربی بررسی می‌شود. از مجموع آماره‌های برازش، آماره‌های اندازه‌گیری RMR، χ^2 ، RMSEA، GFI، AGFI، و نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی، اهمیت بیشتری دارد. شاخص کای اسکوئر بهنجار از تقسیم ساده χ^2 بر درجه آزادی مدل محاسبه می‌شود. چنانچه این مقدار کوچکتر از ۲ باشد مطلوب است و اگر از ۵ کوچکتر باشد با اغماض قابل قبول است. معنادار نبودن این آماره نشان دهنده برازش داده‌ها با مدل است. اگر مقدار شاخص RMSEA کوچکتر از ۰/۰۵ باشد برازندگی مدل خوب است و اگر بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ باشد برازندگی مدل در حد متوسط است. شاخص RMR^1 برای واریانس باقیمانده در برازش هر پارامتر به داده‌های نمونه و یا برای اندازه‌گیری متوسط باقیمانده‌ها استفاده می‌شود. هرچه این معیار به صفر نزدیکتر باشد نیکویی برازش مدل بالاتر است. مقدار شاخص‌های CFI، GFI، و AGFI هرچه قدر بزرگتر از ۰/۹ و به یک نزدیکتر باشند برازش کامل مدل را بیشتر نشان می‌دهند. تعداد متغیرها و شاخص‌های نیکویی برازش هر یک از مدل‌ها در جدول ۵ آمده است.

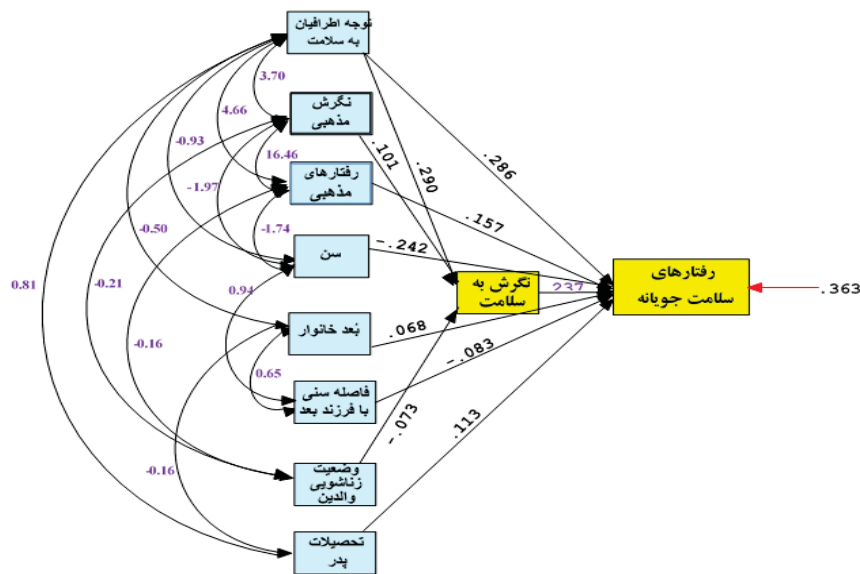
جدول ۵. مشخصات و شاخص‌های نیکویی برازش مدل عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان

شاخص‌های نیکویی برازش مدل	تعداد متغیرهای مستقل		مدل
	معنادار	کل	
Figure 1: EQS 6, $\chi^2 = 63/76$, P= 0.00, CFI= 0.99, RMSEA= 0.31	۱۱	۲۶	اول
Figure 2: EQS 6, $\chi^2 = 6.90$, P=0.55, CFI=1.00, RMSEA=0.00	۹	۱۱	دوم
Figure 3: $\chi^2 = 4.06$ P=0.77 df=7, CFI=1.00, GFI=.999, AGFI=.990, RMR=.072, RMSEA=.000	۹	۹	نهایی

با توجه به جدول ۵، در مدل اول از بین ۲۶ متغیر مستقل اجتماعی، جمعیتی و مذهبی، ۱۱ متغیر دارای ضریب تأثیر معنادار بوده است و براساس شاخص‌های نیکویی برازش، مدل اول

1 - Root Mean Square Residual

برازندگی معناداری با مدل تجربی ندارد و مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. در مرحله بعد، ۱۱ متغیر معنادار مربوط به مدل اول، دوباره در مدل دوم وارد شد. در این مدل اگرچه کلیت و ساختار آن از برازش نسبتاً مطلوب و معنی‌دار برخوردار است اما به دلیل معنی‌دار نبودن اثرات ۲ متغیر، از تأیید این مدل نیز صرف نظر گردید. در مدل نهایی، پارامترهای برآورد شده نشان‌دهنده معنی‌داری همه ۹ متغیر هستند و با توجه به شاخص‌های نیکویی برازش، مطلوبیت و برازندگی ساختار مدل نظری با مدل تجربی (مشاهده شده) تأیید می‌گردد. از مجموع این شاخص‌ها به این نتیجه می‌رسیم که داده‌ها با مدل مفروض هماهنگی کاملی دارند. در شکل ۴، مدل نهایی تحقیق همراه با پارامترهای مربوطه ارائه شده است.



نکته: ضرایب مسیر به صورت استاندارد شده و در سطح ۰/۰۵ معنادار آورده شده است.

شکل ۴. مدل نهایی تأثیرگذاری مؤلفه‌های اجتماعی و جمعیتی بر رفتارهای سلامت‌جویانه دانش‌آموزان نوجوان در تهران

پارامترهای برآورد شده در دیاگرام مسیر (شکل ۴-۱۲) نشان می‌دهد که از بین مجموعه متغیرهای برونزا و پیش‌بین، متغیر «توجه افراد پیرامون به سلامت» به صورت «مستقیم» و

«غیرمستقیم» از طریق متغیر بینابین بر رفتارهای سلامت‌جویانه تأثیر می‌گذارد. دسته‌ای از متغیرها نظیر: نگرش به سلامت، رفتارهای مذهبی، سن، بُعد خانوار، فاصله سنی با فرزند بعد و تحصیلات پدر به صورت «مستقیم» بر رفتارهای سلامت‌جویانه تأثیرگذار هستند. دو متغیر «نگرش مذهبی» و «وضعیت زناشویی والدین» نیز صرفاً به صورت «غیرمستقیم» و به واسطه متغیر بینابین «نگرش به سلامت» بر رفتارهای سلامت‌جویانه اثرگذارند. اگرچه متغیر «رتبه تولد» در تحلیل رگرسیونی دارای تأثیر معناداری بر رفتارهای سلامت بوده اما در مدل‌های تحلیل مسیر معناداری آن تأیید نگردیده و از مدل نهایی حذف شده است. به طور کلی، براساس میزان تأثیر کل (مستقیم و غیرمستقیم) هریک از متغیرهای پیش‌بین، بیشترین تأثیر کل به ترتیب مربوط به «توجه افراد پیرامون به سلامت»، «سن فرد»، «نگرش فرد به سلامت»، «رفتارهای مذهبی»، «تحصیلات پدر»، «فاصله سنی با فرزند بعد»، «بُعد خانوار»، «نگرش معنوی و مذهبی» و «وضعیت زناشویی والدین» است. نکته پایانی اینکه، ۳۶ درصد از واریانس و تغییرات رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان توسط مدل برآورده شده تحقیق تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده سلامت و بیماری ارتباط تنگاتنگی با مسائل اجتماعی و جمعیتی جوامع دارد. نوجوانان از جمله زیرگروه‌های عمده جمعیتی کشور هستند که نوع نگرش و گرایش آنان به رفتارهای سلامت می‌تواند نکته‌انگیزی برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، کاهش بار بیماری‌ها و معلولیت‌ها و در نتیجه افزایش امید زندگی سالم جمعیت باشد. همچنین توجه به سلامت این گروه از جمعیت زمینه مناسبی را برای ارتقای سلامت جنسی جمعیت و جایگزینی بهینه نسل‌های جمعیتی در درازمدت را فراهم می‌آورد. پژوهش حاضر به شیوه پیمایشی و میدانی با هدف سنجش سلامت خوداظهاری، نگرش به سلامت و رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان به انجام رسیده و تلاش دارد تا با تکیه بر رهیافت سلامت جمعیت، متغیرهای مداخله‌گر و تعیین‌کننده در رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان را شناسایی و تحلیل نماید. براساس رهیافت سلامت جمعیت، شناخت ابعاد دموگرافیکی و خاستگاه اجتماعی مقولات سلامت، به تبیین بهتر نابرابری‌های سلامت و امید زندگی افتراقی در زیرگروه‌های جمعیتی کمک می‌کند. نتایج این

تحقیق نشان می‌دهد که تنها بخشی از مجموعه عوامل و متغیرهای مداخله‌گر دارای نقش آفرینی مؤثر در شکل‌دهی به تفاوت رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان است.

سن یک عامل مهم جمعیت‌شناختی در تغییرات زیستی و رفتاری انسانهاست. یافته‌های این پژوهش بیانگر تأثیر منفی سن بر «سلامت خوداظهاری» و انجام رفتارهای سلامت‌محور در دوره نوجوانی است به طوری که با افزایش سن نوجوانان، از میزان رضایت نوجوانان از وضعیت سلامتی‌شان و تمایل آنان به انجام رفتارهای سلامت‌محور کاسته شده است. برابر نتایج سایر پژوهش‌ها نیز، به لحاظ سنی در طول عمر افراد شیب نزولی آشکاری برای فعالیت جسمانی مشاهده می‌گردد که به طور خاص یک مرحله از کاهش این فعالیت‌ها در دوره نوجوانی رخ می‌دهد (کیم، ۲۰۰۲). با افزایش سن، کیفیت زندگی سلامت‌محور، به ویژه برای زنان، بدتر می‌شود و سطح آن برای دختران نسبت به پسران کاهش بیشتری داشته است (بایسگر و همکاران، ۲۰۰۵؛ مایکل و همکاران، ۲۰۰۹). در تحقیقات پیشین (کورگیگ و همکاران ۲۰۰۰؛ بایسگر و همکاران ۲۰۰۵) نیز وجود تفاوت‌های سنی و جنسی در بیشتر معیارهای کیفیت سلامت تأیید شده است و معمولاً کودکان کیفیت زندگی بهتری نسبت به نوجوانان نشان داده‌اند. ریشه‌یابی این تغییرات رفتاری و ریسک‌پذیری نوجوانان نیازمند واری‌های عوامل گوناگونی محیطی به ویژه نقش دوستان همسال، محیط آموزشی و ... است. بسیاری از عادت‌های رفتاری از جمله عادت‌های زندگی سالم ناشی از وضعیت فرد در شبکه اجتماعی و تأثیرپذیری از شیوه زندگی انسان‌های پیرامون است.

تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری مناسب بین موالید به کیفیت فرزندان و شرایط تربیتی آنان پیوند می‌یابد. نتایج این تحقیق نشان از همبستگی و تأثیر منفی «فاصله سنی با فرزند بعد» بر رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان دارد. به سخن دیگر، کودکان و نوجوانانی که همزیستی با خواهر یا برادر را کمتر تجربه می‌کنند، گرایش بیشتری به دوری از رفتارهای سلامت از خود بروز می‌دهند. چرایی این مسئله را می‌توان اینگونه تبیین کرد که فاصله سنی زیاد نوجوان با فرزند بعد از خود، نشان از کم سن و سال بودن خواهر یا برادر کوچکتر او دارد. به نظر می‌رسد در اینگونه شرایط، توجهات و مراقبت‌های والدین بیشتر معطوف به فرزند خردسال می‌باشد و فرزند بزرگتر و نوجوان به نوعی مورد کم‌توجهی والدین در مسائل تربیتی و مراقبت‌های

بهداشتی خاص این دوران قرار می‌گیرد؛ اگر چه این وضعیت قابل تعمیم به همه خانواده‌ها نیست. رتبه تولد فرزند، یکی دیگر از مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی است که اثراتی در شکل‌گیری نوع شخصیت فرزند و الگوهای رفتاری او خواهد داشت. در تحلیل چندمتغیره تأثیر منفی و معنادار رتبه تولد بر رفتارهای سلامت‌جویانه فرزندان روشن گردیده است. بدین معنی که فرزندان نوجوان با موقعیت ارشدی در خانواده، در صورت نداشتن فاصله سنی خیلی زیاد با فرزند بعدی، از رفتارهای بهداشتی و سالم‌تری نسبت به نوجوانان غیرارشد برخوردارند. به سخن دیگر با افزایش تعداد فرزندان خانواده، از خودمراقبتی فرزندان بعدی و رسیدگی والدین به سلامت آنان در دوره نوجوانی کاسته می‌شود. در حقیقت ارتباط معکوس بین کمیّت و کیفیت فرزندان در اینجا نمایان می‌گردد.

بُعد و اندازه خانواده همواره به عنوان یک عامل مهم جمعیت‌شناختی در مطالعات سلامت دخالت دارد. برابر ضرایب رگرسیونی، تأثیر این متغیر بر رفتارهای سلامت‌محور نوجوانان مثبت بوده است. این نتیجه برخلاف تصور رایج، دلالت بر نقش مثبت خانواده‌های گسترده در گرایش فرزندان به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه دارد. از آنجا که در تحلیل‌های انجام شده متغیر «تعداد فرزندان» ارتباط و تأثیر معناداری با رفتارهای سلامت نشان نداده است؛ می‌توان اذعان کرد که همزیستی و تعامل با افراد دیگری علاوه بر اعضای اصلی خانواده، نقش سازنده‌ای در سوق دادن نوجوانان به سمت رفتارهای بهداشتی و سلامت‌محور دارد. البته ارائه دیدگاهی کلی و قطعی در این خصوص نیازمند مطالعات و بررسی‌های فراگیر دیگری است. در تحلیل دومتغیره بین «بُعد خانوار» و «سلامت خوداظهاری» نوجوانان نیز همبستگی مثبت و معناداری مشاهده گردید. بدین معنی که با افزایش تعداد اعضای خانوار، نوجوانان ارزیابی بالاتری از وضعیت کلی سلامتی‌شان داشته و رضایت بیشتری از سطح سلامت خود اظهار کردند. در پژوهش حاضر با مقایسه میانگین نمرات سلامت خوداظهاری مشخص گردید که فرزندان متعلق به خانواده‌هایی که والدین‌شان با هم زندگی می‌کنند نسبت به خانواده‌های از هم‌گسسته احساس رضایت بیشتری از وضعیت سلامت خود دارند. در تحلیل مسیر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتارهای سلامت نیز تأثیر وضعیت زناشویی والدین بر رفتارهای سلامت‌جویانه به صورت غیرمستقیم

نمایان گردیده است. ساختار و ترکیب اعضای خانواده شکل خاصی از روابط بین اعضای خانواده را پدید می‌آورد. چگونگی برخورد مادر با کودک، نزدیکی یا دوری کودک از مادر و پدر، وابستگی به مادر، و نحوه تعامل والدین با یکدیگر همگی نقش مهمی در الگوپذیری و تربیت فرزندان دارند.

همبستگی مثبت و بالای مشاهده شده بین دو متغیر «نگرش به سلامت» و «رفتارهای سلامت‌جویانه» با «میزان توجه والدین و دوستان به رفتارهای سلامت»، تأثیرپذیری نوجوانان از نگرش و رفتار دوستان همسال و نیز محیط خانواده که منشأ شکل‌گیری ایستارها و نگرش‌های کودکی است، را به خوبی نشان می‌دهد. این نتایج به روشنی با نظریه «یادگیری اجتماعی» سازگاری دارد. طبق این نظریه انسان‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر رفتارها و عملکرد دیگران سرمشق یا الگو در زمینه‌های مختلف هستند. بر این اساس دغدغه‌مندی والدین و دوستان صمیمی نوجوان راجع به سلامت و تندرستی، موجب ارتقای ارزش و اهمیت سلامت در نگاه نوجوانان و شکل‌گیری نگرش سلامت‌محور در زندگی آنان خواهد شد. نکته حائز اهمیت اینکه، شاهد نوعی همگرایی نگرشی در نگاه به مقولات سلامت بین نوجوانان تهرانی با خاستگاه‌های اجتماعی و جمعیتی گوناگون هستیم. طبق نتایج، موضوع سلامت در نزد نوجوانان از اهمیت نسبتاً بالایی برخوردار است. اینگونه نگرش‌های خوب نیازمند آموزش و ایجاد شرایط بهینه برای علم‌یاتی کردن آن در زندگی واقعی نوجوانان است.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، همسویی مثبت و معنادار رفتارهای مذهبی با مؤلفه‌های «نگرش به سلامت»، «سلامت خوداظهاری» و «رفتارهای سلامت‌جویانه» بیانگر این است که هرچه افراد به انجام اعمال و مناسک مذهبی پایبندتر باشند، نگرش مثبت‌تری نسبت به مقولات سلامت و سبک زندگی سالم از خود بروز می‌دهند و به تبع آن احساس رضایت بیشتری از وضعیت سلامت خود دارند. مذهبی بودن و سالم زیستن توأمان این گروه از نوجوانان، می‌تواند متأثر از عوامل فردی و روانشناختی دیگری همچون هنجارمندی و مسئولیت‌پذیری بالا و یا خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی این دسته از افراد باشد. این یافته‌ها منطبق با مطالعات برخی محققان در زمینه نقش مثبت و سازنده معنویات در سلامت جسمانی و سازگاری روانی است (جارویس و نورثکات ۱۹۸۷؛ وودز و ایرونسون ۱۹۹۹؛ خدایاری‌فرد و همکاران ۱۳۹۱؛ جان‌بزرگی ۱۳۸۶).

براساس نتایج این تحقیق، هر چه سطح تحصیلات پدر و مادر بالاتر باشد، فرزندان در زندگی روزمره‌شان رفتارها و سبک زندگی سالم‌تری از خود به نمایش می‌گذارند. این نتایج بر اهمیت نقش دانش و آگاهی والدین به عنوان یک عامل زمینه‌ای، در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، سوق دادن نوجوانان به سوی سالم زیستن و انجام رفتارهای سلامت‌جویانه تأکید دارد. این نتایج تأییدی بر یافته‌های تحقیقات متعدّد گذشته پیرامون نقش مثبت و سازنده تحصیلات در شکل‌گیری رفتارهای سلامت محور افراد است (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۵؛ عبداللهی و همکاران ۱۳۸۹؛ مقیمی دهکردی و همکاران ۱۳۹۱؛ لود ۲۰۰۶).

نتایج این تحقیق بر اهمیت مؤلفه‌های تغییر در عوامل خطر سلامت نوجوانان از قبیل تصادفات رانندگی، برخی عادات غلط غذایی، مراقبت و بهداشت عمومی ضعیف در بین نوجوانان در طی فرایند نوسازی جامعه صحّه می‌گذارد. براساس پارادایم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مجموعه یافته‌های علمی این پژوهش مؤید اهمیت نقش زمینه‌ها و بسترهای جمعیتی، اجتماعی و بنیان‌های معنوی در تبیین تفاوت‌های رفتار سلامت‌محور در زیرگروه‌های جمعیتی است. با توجه به مقدار ضرایب تعیین‌کنندگی برآورد شده در مدل‌های رگرسیونی، متغیرهای اجتماعی و مذهبی در مقایسه با متغیرهای جمعیتی وزن بیشتری در تبیین و تأثیرگذاری بر رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان برعهده دارند. مطابق مدل‌های سلامت باوری و شناخت اجتماعی در تبیین سلامت، در این پژوهش اهمیت نقش نگرش نوجوانان به سلامت در شکل‌دهی رفتارهای سلامت‌جویانه آنان مشخص گردید. هرچند از نظر سطح نگرش به سلامت و تندرستی، به نوعی همگرایی نگرشی بین گروه‌های مختلف نوجوانان دیده می‌شود، لیکن در بُعد عملکردی، تفاوت و نابرابری‌هایی ناشی از شرایط اجتماعی، جمعیتی و مذهبی نوجوانان وجود دارد. مطابق دیدگاه ساخت‌یابی، در این پژوهش نابرابری‌های معناداری از لحاظ جنسیت، قومیت و مهاجرت در رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان مشاهده نگردید. براساس تئوری یادگیری اجتماعی بخش وسیعی از یادگیری‌های انسان به خصوص در سنین پایین با مشاهده و تقلید از رفتار افراد پیرامون صورت می‌گیرد. در مطالعه حاضر، نقش مؤثر توجّه والدین و دوستان در جهت‌دهی و شکل‌گیری نگرش و رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان

آشکار گردید. در پایان باید اذعان کرد که ارائه تبیین و تحلیلی جامع از وضعیت باورها و رفتارهای سلامت‌محور نوجوانان، مداخله دیگر مؤلفه‌های ساختاری و روانشناختی افزون بر متغیرهای این پژوهش را ضروری می‌نماید.

سیاست‌ها و راهبردهای پیشنهادی

برپایه مجموعه نتایج برآمده از این پژوهش، پیشنهادهای راجع به سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت نوجوانان کشور ارائه می‌گردد:

- برای داشتن نوجوانانی سالم و سرزنده، همکاری و تعامل سازنده بین نهادهای خانواده، نظام بهداشت و درمان، نظام آموزشی، رسانه‌ها، مدیران جامعه و ... را می‌طلبد. لازم است هریک از این بخش‌ها نسبت به سلامت نوجوانان و ایجاد فضای مناسب برای سالم زیستن آنان احساس مسئولیت بیشتری نمایند.
- یکی از نهادهای مسئول در قبال سلامت نوجوانان مشغول به تحصیل، نظام آموزشی است. مدارس جایگاهی هستند که می‌توان در آن آموزش بهداشت و مهارت‌های مورد نیاز نوجوان را ارائه کرد. پوشش خدمات بهداشتی لازم برای دانش‌آموزان نوجوان، به دلیل تغییرات گسترده جسمانی و روانی در این دوران از اهمیت زیادی برخوردار است. مربیان بهداشت شاغل در مدارس می‌توانند در جهت آموزش و کنترل مسائل بهداشت عمومی، مراقبت از سلامت و معرفی دانش‌آموزان به مراکز درمانی نقش به‌سزایی ایفاء کنند. انتظار می‌رود نهاد آموزش و پرورش به مدارس دوره متوسطه همانند مدارس ابتدایی مراقب سلامت یا مربی بهداشت ماهر و علاقه‌مند اختصاص دهد.
- همسوئی نگرشی و رفتاری نوجوانان با افراد پیرامونشان، به خصوص والدین و دوستان صمیمی، و الگوپذیری از آنان بسیار زیاد است. شایسته است که والدین الگوی مناسبی برای فرزندانشان در سبک زندگی سالم باشند و سالم زیستن را از خردسالی به آنان بیاموزند. والدین ضمن مراقبت از الگوهای رفتاری سلامت‌محور خودشان، باید به نوع مراودات و دوست‌یابی‌های فرزندشان در سنین نوجوانی توجه افزون‌تری داشته باشند.

- یکی از اصلی‌ترین خطرات تهدیدکننده سلامت نوجوانان، حوادث و تصادفات جاده‌ای است. رانندگی نوجوانان فاقد شرایط رانندگی یکی از شواهد کم‌توجهی شخص نوجوان و خانواده‌های‌شان به رفتارهای پرخطر و مراقبت از سلامتی است. یافته‌های تحقیق بیانگر تمایل کم نوجوانان به استفاده از کمربند ایمنی و مراقبت از سلامت خود در زمان رانندگی است. انتظار می‌رود در این زمینه خانواده‌ها احساس خطر و مسئولیت بیشتری داشته باشند و سازمان‌های متوکی حمل و نقل و پلیس راهنمایی و رانندگی، مطابق قانون برخورد جدی‌تری با اینگونه مسائل داشته باشند.
- «ورزش و فعالیت جسمانی» کمترین اهمیت را نسبت به سایر مقولات سلامت در نزد نوجوانان مورد مطالعه داشته است. برای افزایش فعالیت جسمانی نوجوانان بخصوص دختران، آموزش آنان از طریق مداخلات مدرسه‌محور از اهمیت بالایی برخوردار است. ضروری است مدارس، رسانه‌ها و نهادهای مرتبط با ورزش همگانی در این زمینه سیاست‌ها و برنامه‌های عملیاتی‌تری اتخاذ نمایند.
- نوجوانان سالم نیروی کارآمدی برای تقویت سلامت خود، خانواده و جامعه‌شان هستند. امروزه در سطح بین‌المللی، توجه زیادی به سمت نوجوانان معطوف گردیده و ضرورت و فوریت توجه به این گروه از جمعیت درک شده است. در کشور ما نیز باید بیش از گذشته، تغییرات جسمی، عاطفی و شناختی دوران بلوغ و نوجوانی و پیامدهای ناشی از آن، در سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی مد نظر قرار گیرد و در مطالعات و ارزیابی‌های جمعیت‌شناختی، ابعاد زندگی و سلامت گروه سنی نوجوان همچون دیگر گروه‌های جمعیتی مورد توجه و مذاقه واقع گردد.

منابع

- پرویزی، سرور؛ فضل‌الله احمدی و حسین پوراسدی (۱۳۹۰). "زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان: پژوهش کیفی". *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۴، شماره ۶۹، صص ۱۷-۸.

- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). "جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان". *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶، صفحات ۳۴۵ تا ۳۵۰.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۹۱). *مشکلات سلامتی نوجوانان و جوانان*، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ دوم.
- خسروی، اردشیر؛ فرید نجفی؛ محمدرضا رهبر؛ محمداسماعیل مطلق و محمدجواد کبیر (۱۳۸۸). *شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- خلیج آبادی فراهانی، فریده؛ جان کلیند و امیرهوشنگ مهریار، (۱۳۸۹)، "بررسی نقش خانواده در ارتباطات با جنس مخالف قبل از ازدواج در بین دختران دانشجو در تهران"، *مجله خانواده پژوهی*، سال ۶، شماره ۲۴، صص ۴۶۸-۴۴۹.
- سازمان ثبت احوال کشور، *آمار رویدادهای حیاتی ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰*.
- سجادی، حمیرا؛ مروئه وامقی و سعید مدنی قهفرخی (۱۳۸۹). "عدالت اجتماعی و سلامت کودکان در ایران" (در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بهداشت جهانی). *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال نهم، شماره ۳۵، صص ۱۳۷-۸۹.
- سراج زاده، حسین (۱۳۷۷). "نگرشها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن". *فصلنامه نمایه پژوهش*، شماره ۸-۷، صفحه ۱۰۵ تا ۱۱۸.
- شریفی، طیبه (۱۳۸۱). *بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- عبداللهی، علی‌اکبر؛ ناصر بهنام پور؛ غلامرضا وقاری و حمیدرضا بذرافشان (۱۳۸۹). "ارتباط چاقی با سن، جنس و تحصیلات در جمعیت شهری استان گلستان". *مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۳، صص ۲۸۲-۲۷۶.

- کاراندیش، مجید؛ بهنوش محمدپوراهرنجانی؛ ناصرکلانتری؛ محمدرضا اشراقیان و آرش رشیدی (۱۳۸۳). "شیوع اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان نوجوان تهرانی"، سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره هفتم، شماره سوم، صص ۴۳-۳۸.
- کدیور، پروین (۱۳۸۷). *روانشناسی تربیتی*. انتشارات سمت، تهران، صص ۱۳۳-۱۲۸.
- گرگی، عباس (۱۳۸۶). "بررسی نظری نابرابری‌های سلامت با تاکید بر رویکرد ساخت‌یابی". *فصلنامه اقتصاد سیاسی*، سال چهارم، شماره ۱۴.
- محمدی، محمدرضا و همکاران (۱۳۸۲). "بررسی آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی در مورد بهداشت باروری"، سال ۱۳۸۱، *فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری*، شماره سوم، سال چهارم، صص ۲۵۱-۲۳۷.
- مطلق، محمداسماعیل؛ مجذوبه طاهری؛ محمدرضا رهبر و گلایل اردلان (۱۳۸۹). *سلامت نوجوانان، جوانان درمدرسه*. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت.
- مقیمی دهکردی، بیژن؛ آزاده صفایی؛ محسن واحدی؛ محمدامین پورحسینقلی؛ اسماء پورحسینقلی و محمدرضا زالی (۱۳۹۱). "بررسی شیوع چاقی و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در تهران". *مجله بهداشت و توسعه*، سال اول، شماره ۱، صص ۳۰-۲۲.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴). "انتقال مرگ و میر، اختلال در سلامتی و برنامه ریزی بهداشت". در *مجموعه مقالات جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران* (ده مقاله)، صص ۹۴-۷۷، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- نقوی، محسن (۱۳۸۵). "دگرگونی سیمای سلامت در ایران". *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۱، شماره ۳، صص ۲۵-۱۳.
- وقاری، غلامرضا و رضا رحمتی (۱۳۹۰). "شیوع چاقی در مدارس ابتدایی استان گلستان". *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران* (پیاورد سلامت)، دوره ۵، شماره ۴، صص ۳۱-۲۴.
- وودز، تی‌ای و کولینز، جی. آر (۱۳۸۹). "روان‌شناسی دین و نقش دین در سلامت جسم و روان"، (ترجمه مجتبی حیدری)، *مجله معرفت*، شماره ۷۵، ۱۳۸۹.
- Aksel, S., Descartes, R., & Irmak, T. Y. (2007). "Migration and psychological status of adolescents in Turkey". *Adolescence*, 42, 589-602.
- Awusabo-Asare K et al (2006). "Adolescent Sexual and Reproductive Health in Ghana: Results from the 2004 National Survey of Adolescents". Gutmacher Institute, *Occasional Report* No. 22.

- Bartley M (2004). *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. New York: Wiley.
- Barnes M, Bauld L, Benzeval M, Judge K, Lawson L, Mackenzie M, Mackinnon J, Matka E, Meth F, Sullivan H & Truman J (2003) *National Evaluation of Health Action Zones: Final Report*. Department of Health.
- Bisegger C, Cloetta B, Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U & the European Kidscreen group (2005). "Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence". *Soz.-Präventivmed.* 50, 281-291.
- Cockerham, W. C. (1997). "The Social Determinant of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation". *Journal of Health and Social Behavior* 38.
- Cockerham, W. Rutten, A. and Abel, T (1997). "Conceptualization contemporary health lifestyle: Moving beyond Weber". *The Sociological Quarterly*, 34.
- Conner, M (2002). *Health Behaviors*. University of Leeds UK, Available online.
- Conner, M and Norman, P (1996b). "The Role of Social Cognition in Health Behaviours". In M Conner and P Norman (eds) *Predicting Health Behaviours: research and practice with social cognition models* Open University Press, Buckingham. 1-22.
- European Commission (2000). *Report on the state of young people's health in the European Union: a Commission Services Working Paper*. http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf.
- Frenk J, et al (1991). "Elements for a theory of the health transition". *Health Transition Review* 1(1).
- Garrison, C. Z., Waller, J. L., & Cuffe, S. P. (1997). "Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 458-465.
- Glewwe P & Miguel EA (2008). "The Impact of Child Health and Nutrition on Education In Less Developed Countries". *Handbook of Development Economics*, Volume 4, Chapter 56, Elsevier B.V.
- Goodman, E., Huang, B., Schafer-Kalkhoff, T., & Adler, N. E. (2007). "Perceived socioeconomic status: A new type of identity that influence adolescents' self-rated health". *Journal of Adolescent Health*, 41,479-487.
- Gordon-Larsen P, Nelson MC, Popkin BM (2004). *Longitudinal physical activity and sedentary behaviors trends, adolescence to adulthood*. *Am J Prev Med.* 2004; 27(4): 83-277.
- Grundaum JA, et al. (2004). "Youth risk behavior surveillance-United States", 2003. *MMWR Surveill Summ*; 53: 1-96.
- Grundy, J & Annear, P (2010). "Health-seeking behaviour studies: A literature review of study design and methods with a focus on Cambodia". Working Paper Series on Health Policy and Health Finance Knowledge Hub. The Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne.
- Haas, S, A. Schaefer, D,R & Kornienko, O(2010). "Health and the Structure of Adolescent Social Networks". *Journal of Health and Social Behavior*, 51(4): 424-439.
- Jackson M.I (2009). "Understanding Links between Adolescent Health and Educational attainment". *Demography*, 46(4): 671-694.
- Jarvis GK, Northcot HC. "Religion and differences in mortality and morbidity". *Soc Sci Med.* 1987; 25(7): 813-824.
- Jessor R, Donovan JE, and Costa FM (1992). *Health Behavior Questionnaire; High School Form*, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Spring.
- Jessor R, Donovan JE, and Costa FM (1992). *Rocky Mountain Middle/High School Study, Health Behavior Questionnaire; Questionnaire Guide*, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Spring1992.

- Kimm SY, et al (2002). *Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence*, N Engl J Med. 2002; 347 (10): 715.
- Kleykamp, M., & Tienda, M. (2004). "Physical and mental health status of adolescent girls: A comparative ethnic perspective". *Research in Social Stratification and Mobility*, 22, 149-185.
- Kvrjic S, Niciforovic O, Legetic B & Potic Z (2000). "Influences of Sociodemographic Characteristics of Children on Reports of Their Quality of Life as a Part of National Study in YU". Source: *Quality of Life Research*, Vol. 9, No. 3, Abstracts: 7th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research (ISOQOL) (Mar., 2000), p. 299 Published by: Springer.
- Kwan, Y.K & Ip, W.C (2009). "Adolescent Health in Hong Kong: Disturbing Socio-Demographic Correlates". *Social Indicators Research*, 91(2): 259-268.
- Li X, Liao B, Liu J, Tan H, Huang W, Benjamin A, et al (2010). *Prevalence and risk factors for childhood obesity in Changsha and Shenzhen in China*. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2010; 35(1): 11-6.
- Lloyd, Cynthia B (2006). "Schooling and adolescent reproductive behavior in developing countries". *Paper commissioned by The United Nations Millennium Project for the report Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York: UN Millennium Project.
- MacKian Sara (2003) *A review of health seeking behaviour: problems and prospects*. HSD/WP/05/03. Manchester: University of Manchester Health Systems Development Programme. *Medicine* 51(3): 361-371.
- Michel, G, Bisegger, C, Fuhr, D, C, Abel, T & The KIDSCREEN group (2009), *Qual Life Res. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis*. Springer Science+Business Media B.V. 18:1147-1157.
- Morenob L A, Sarriaa A, Fletab J, Rodríguez G, Pérez González J M, Buenoa M (2001). "Sociodemographic factors and trends on overweight prevalence in children and adolescents in Aragón (Spain) from 1985 to 1995". *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 921-927.
- Munthali A et al (2006). *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Malawi: Results from the 2004 National Survey of Adolescents*. Guttmacher Institute, Occasional Report No. 24.
- Needham B, L, Crosnoe R & Muller C (2004). "Academic Failure in Secondary School: The Inter-Related Role of Health Problems and Educational Context", *Social Problems*. Vol. 51, No. 4, Published by: University of California Press, pp. 569-586.
- Noreen E. Mehon, et al (2002). *The revised personal lifestyle questionnaire for early Adolescents*. *West J Nurs Res*; 25 (5): 553-547.
- Norman, P and Bennett, P (1996). "Health Locus of Control". In M Conner and P Norman (eds) *Predicting Health Behaviours: research and practice with social cognition models*, Open University Press, Buckingham.
- Omran, A. (1971). "The Epidemiologic Transition: A Theory of Epidemiology of Population Change", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49.
- Rahman, SA (2000). *Utilization of Primary Health Care Services in Rural Bangladesh: the population and provider perspectives*, Unpublished PhD Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Bullinger M & the BELLA study group (2008). "Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study". *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Suppl 1], 17:148-156.
- Rivas-Drake, D., Hughes, D., & Way, N. (2008). "A closer look at peer discrimination, ethnic identity, and psychological well-being among urban Chinese American sixth graders". *Journal of Youth & Adolescence*, 37, 12-21.