مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی
دوره ۱۲، شماره ۲ ، تابستان ۹۳، صفحه ۸۰-۶۹

اولویت بندی رفتارهای پرخطر بهداشتی در دانش‌آموزان مدارس دولتی منطقه پنج تهران: مطالعه کیفی

عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده رفتارهای پر خطر، گروه سلامت خانواده مرکز ضایعات مغزی و نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ، ایران
ندا شمس علی زاده: کارشناس، مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
علیرضا بیات : کارشناس، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده رفتارهای پر خطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ، ایران
فاطمه زارعی: کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
شهناز ریماز: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران- نویسنده رابط: srimaz2000@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱٤

چکیده

زمینه و هدف: رفتار تهدید کننده سلامت فرد در بستر اجتماعی تحت تآثیر فرهنگ آن جامعه شکل می گیرد. بنابراین رفتارهای پر خطر بهداشتی جوامع گوناگون می‌تواند از دسته بندی متفاوتی برخوردار باشند. هدف این مطالعه شناسایی و اولویت بندی رفتارهای پرخطر بهداشتی بین دانش اموزان دبیرستانی در یکی از مناطق تهران بود.

روش کار: در این مطالعه کیفی از نوع ارزیابی سریع ۱۳۰ نفر در جلسات گروهی متمرکز (۱۷ جلسه) شرکت کردند. گروه های هدف عبارت بودند از: دانش آموزان دختر و پسر(۹ جلسه)، والدین (۵ جلسه)، معلمان(۳ جلسه). چهار مدیر مدرسه در سه مرحله مصاحبه عمیق فردی شرکت کردند. در جلسات گروهی موضوعات کلی که مورد تأکید محققین بوده عبارتند از: ۱) درک و توصیف مشارکت کنندگان درباره رفتارهای سالم و غیر سالم، ۲) اولویت بندی رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان دختر و پسر؛ ۳) درک و باورهای مشارکت کنندگان در مورد رفتارهای مخاطره آمیز و تأثیر بستر اجتماعی-فرهنگی در شکل گیری آن رفتارها در نوجوانان و جوانان. داده ها به روش آنالیز محتوا تجزیه و تحلیل و معانی اصلی و درون مایه ها استخراج شد. برای صحت و استحکام داده ها معیارهای اعتباربخشی، تایید پذیری و انتقال پذیری ارزیابی گردید.

نتایج: اعتیاد، رفتارهای پرخطر جنسی، و رفتارهای نابهنجار اجتماعی(پرخاشگری) اولویت رفتارهای مخاطره آمیز بین پسران دبیرستانی بودند. در گروه دختران رفتارهای پرخطر جنسی، ازدواج زودرس، عادات غذایی ناسالم، کم تحرکی و نگرانی از آینده (شغلی تحصیلی و ازدواج) به ترتیب اولویت شناخته شدند.

نتیجه گیری: اگرچه اولویت رفتارهای مخاطره آمیز در بین پسران و دختران متفاوت است اما از این اولویتها رفتارهای پرخطر جنسی بین این دانش آموزان مشترک بود. رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان در مسیر جامعه پذیری آنها شکل می گیرند که قویا از فرهنگ بستر بومی آنها متاثر است. درک مشارکت کنندگان از شمای جنسیتی عامل مهمی در اولویت بندی رفتارهای پر خطر بهداشتی شناخته شد. برنامه های آموزشی جامع نگر در راستای ارتقاء سلامت نوجوانان و تغییر نگرش های اجتماعی در حمایت و مراقبت از نوجوانان پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: اولویت بندی رفتارهای پر خطر بهداشتی، دانش‌آموزان، مطالعه کیفی

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

مقدمه

امروزه شیوع رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان یکی از نگرانی‌های حوزه سلامت عمومی است. رفتارهای مخاطره آمیز به هر گونه رفتار مداومی اطلاق می شود که مضرات واقعی و بالقوه ای را متوجه سلامتی کرده و موجب صدمات و ضایعات شود مانند مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، سوء مصرف مواد محرک و روان گردان و رفتارهای پر خطر جنسی (Amirzadeh 2009; Monasterio et al. 2007).

عوامل متعددی در شکل گیری رفتارهای پر خطر نقش دارند. چنانچه مطالعات گذشته بر نقش عوامل فردی (جنسیت، سن)، محیطی (شرایط جغرافیایی) و اجتماعی (خانواده، مراقبتهای بهداشتی، آموزش و جامعه) بر سلامت قشر نوجوان وجوانان تأکید کرده اند. علاوه بر آن نقش ژنتیک و عوامل محیطی در شکل گیری رفتارهای پر خطر نیز شناسایی شده است (Steptoe and Wardle 2004). ولی عوامل محیطی می توانند از تعیین کننده های روند شکل گیری و مؤثر در میزان شیوع رفتارهای پر خطر در جوامع گوناگون باشد.

در مطالعات روند تاثیر و نقش عوامل مؤثر متفاوت بوده اند. چنانچه در مطالعه ای که بر اساس شاخص های جنسی، رفتارهای اهمال کارانه (غفلت ورزی)، خشونت و استفاده از مواد مخدر انجام شده، طبقه بندی اولویت ها به شکل متفاوتی در جوامع گوناگون نشان داده شده است (Harris 1999). در بررسی دیگری ۲۵۵ نفر از نوجوانان حومه یکی از شهرهای ایالت تکزاس، کم بودن اعتقادات مذهبی، پایش ضعیف والدین، ارتباطات اجتماعی کم و نیز تأثیر زیاد همسالان ارتباط قوی با شکل گیری رفتارهای پرخطر جنسی شرکت کنندگان داشته است. در این مطالعه رفتارهای پر خطر جنسی تشدید کننده دیگر رفتارهای مخاطره آمیز مانند استفاده از سیگار و مشروبات الکلی بوده است (Steptoe and Wardle 2004).

اگرچه نوجوانان در دنیا مرتکب رفتارهای مخاطره آمیز مشابهی می شوند اما شکل گیری رفتارهای پر خطر و الگو پذیری قشر نوجوان به ساختار اجتماعی و کلیشه‌های فرهنگی وابسته است (Kelly 2000; Jayant and Prashant 2008).

اولویت بندی رفتارهای پرخطر مسیر تمرکز مراقبتهای بهداشتی را در مناطق گوناگون تعیین می کند. چنانچه نشان داده شده که۲۵٪ از موارد جدید شناخته شده ایدز و عفونت-های انتقال یابنده از طریق جنسی، در نوجوانان روی می دهد و نیز شایع ترین علل مرگ نوجوانان شامل صدمات رانندگی با مصرف الکل، خودکشی، قتل و حوادث (آتش سوزی و افتادن از بلندی) است(Kann et al. 2012). مطالعات بین المللی روی نوجوانان و جوانان۲٤-۱۰ساله نشان داده شده که۷۰٪ از مرگ و میرها به دلیل تصادفات با وسایل نقلیه، قتل (۱۵/۳٪)، آسیبهای غیر عمدی و ناخواسته (۱۲٪) و خودکشی (۱۱/۹٪)است (Beal et al. 2001). ریشه بسیاری از رفتار هایی پر مخاطره از قبیل عادات غذایی ناسالم، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف تنباکو و الکل،انجام رفتارهای پرخطر در حین رانندگی و رفتارهای پرخطر جنسی و بیماری‌های مقاربتی، باعث بروز گسترش انواع بیماری و اختلالات مزمن در دوران نوجوانی می‌شود(Rew et al. 2011; Igra and Irwin 1996; Soleimaninia et al. 2005).

اگر این امر که نوجوانان و جوانان از با ارزشترین منابع یک ملت هستند پس بر آن ملت لازم است که این قشر و سلامت آن را دریابند و برای تأمین سلامت آنها در فرآیند جامعه پذیری شان مداخله کنند. شناخت عمیق از رفتارهای نوجوانان و شناسایی و اولویت بندی رفتارهای مخاطره آمیز آنها برای طراحی مداخلات اثر بخش جهت تأمین سلامت آنها مبتنی بر شواهد موجود در جامعه ضروری است. این مقاله بخشی از مطالعه اولویت‌بندی رفتارهای پرخطر بهداشتی

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

دانش آموزان دبیرستانی در منطقه پنج تهران را گزارش می دهد.

روش کار

در این مطالعه کیفی برای دستیابی به اطلاعات جدید در مورد "رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان دبیرستانی" و احیانا تدوین فرضیاتی برای فعالیتها، مداخلات و مطالعات آتی، از رویکرد ارزیابی سریع (Rapid appraisal) استفاده شده است. با استفاده از تیم تحقیق چند تخصصی طی سری فعالیت‌های نظام مند نیمه ساختاری اطلاعات رسم و غیر رسمی (Formal and Informal Data Collection) به روش‌های مختلف جمع آوری گردید که شامل مصاحبه-های متمرکز گروه Focus Group Discussions (FGDs) و مصاحبه‌های فردی بودند. ارزیابی سریع روشی از تحقیق است که در آن اطلاعات در کوتاهترین زمان در باره موضوعی اختصاصی جمع آوری می شود تا بتواند در تقویت و یا رشد اقدامات موجود و طراحی مداخلات در موضوع مورد مطالعه بکار برده شود. این روش بطور گسترده ایی در حوزه رفتارهای پرخطر و موضوعات حوزه عفونتهای آمیزشی مانند ایدز استفاده می شود. در این رویکرد با استفاده از تکنیک های متعدد اطلاعات دست اول از افراد و منابع کلیدی نیز جمع آوری می شود. فرآیند ارزیابی سریع بر پایه اصول استقراء و مثلث سازی منابع اطلاعاتی استوار است (Palmer 1999).

منطقه پژوهش: مدارس دولتی منطقه پنج در غرب تهران برای انتخاب نمونه ها و جمع آوری داده ها انتخاب گردید. دلیل انتخاب این منطقه عبارت بود از: ۱) منطقه پنج نه تنها از نظر محیط بزرگترین منطقه شهر تهران، بلکه دارای بیشترین تعداد مدارس (۲٤ مدرسه) است؛ ۲) در زمان مطالعه این منطقه زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود؛ ۳) تنوع فرهنگی در این منطقه بعلت سایز قابل توجه مهاجرین مورد هدف محققین بود؛ نهایتا ٤) بعلت حساسیت موضوع، تنها اداره آموزش و پرورش این منطقه با محققین همکاری و تأییدیه اخلاقی و علمی برای اجرای مطالعه صادر نمود.

در ابتدا با کلیه مدارس تماس گرفته شد و نهایتا ۱۳ دبیرستان همکاری کرده و برای اجرای مصاحبه ها انتخاب شدند. سپس تیم تحقیق در ملاقات حضوری با مدیران دبیرستان ها، آنها را با اهداف مطالعه و چگونگی اجرای آن آشنا کردند. کلیه فرآیند دعوت شرکت کنندگان، تشکیل جلسات (زمان و مکان) و دستورالعمل مصاحبه ها به کمک مدیران داوطلب به همراه دو مجری اصلی ارزیابی و تنظیم گردید.

مشارکت کنندگان: گروه هدف در این مطالعه دانش آموزان دبیرستانی بودندو از این گروه ٤۸ دختر و ٤٤ پسر در مطالعه شرکت کردند. کلا ۹۲ نفر در۹ جلسه گروهی متمرکز شرکت کردند. کلیه دانش آموزان داوطلب با اطلاع والدین و مدیر مدرسه در جلسات حضور پیدا کردند. دانش آموزان از سال اول تا چهارم دبیرستان با میانگین سنی ۱۵ سال در مطالعه شرکت کردند. گروه های هدف ثانویه را والدین و معلمان تشکیل می دادند. اگرچه هر دو والد برای شرکت در مطالعه دعوت شده بودند ولی بنظر می رسید که به دو دلیل محتمل بعلت پدران در گروه ها شرکت نکردند: ۱) برگزاری جلسات در ساعات اداری، و ۲) مشارکت ضعیف پدران در برنامه‌های مربوط به فرزندان. لذا مادران گروه والدین را تشکیل می‌دادند. معلمین شرکت کننده از هر دو جنس بودند که بطور جداگانه در جلسات گروهی شرکت می کردند. ۳٤ والدین (۵جلسه)، ۱۲ معلم مرد و زن (۳ جلسه) و چهار مدیر (مصاحبه عمیق فردی) در طول مطالعه شرکت کردند. هدف از مصاحبه فردی با مدیران در هر مرحله، ارزشیابی روش اجرا و نهایتا کنترل و تأیید یافته ها بود.

دستورالعمل مصاحبه ها، سوالات اصلی و فهرست منابع مربوط به رفتارهای مخاطره آمیز با استفاده از مرور متون، تجارب حرفه ایی مجریان طرح و مصاحبه با مدیران مدارس

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

تهیه شد. سوالات اصلی به شکل پایانه باز طراحی، و سوالات اکتشافی در فرآیند گفتگو مطرح می شد. نمونه ایی از سوالات در جدول نشان داده شده است.

جلسات توسط محققین و تسهیل گران تعلیم دیده جوان اداره می شد. برای ایجاد فضای طبیعی و پیشگیری از اثر منفی عدم توازن قدرت در داده ها، برای جلسات دانش آموزان از دو تسهیل‌گر جوان (جلسات پسران توسط تسهیل‌گر مرد و جلسات دختران توسط تسهیل‌گر زن) استفاده شد. روند مصاحبه‌ها و اجرای دستورالعمل مصاحبه با دانش آموزان توسط حداقل یکی از مجریان که در دفتر مدیر و یا بطور تصادفی در جلسه دختران حضور داشتند، کنترل می شد. اداره جلسات بین یک و دو ساعت بطول می‌انجامید. تمام جلسات علاوه بر رضایت کتبی، با رضایت کلامی شرکت کنندگان ضبط، پیاده و در سه نسخه برای آنالیز تهیه می شد. ارتباطات غیر کلامی اعم از شوخی کردن، اخم کردن، خجالت کشیدن، عصبانی شدن، قرمز شدن چهره و غیره توسط مصاحبه کننده در دفتر یادداشت در عرصه ثبت گردید.

در راستای ملاحظات اخلاقی رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه کسب گردید و اصول رازداری، تامین آسودگی و خلوت در مدت همکاری (Igra and Irwin 1996; Surís et al. 2008)، داشتن حق کناره گیری مشارکت کنندگان از پژوهش در هر زمان، در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت کنندگان بویژه مسؤولان اداره آموزش و پرورش منطقه پنج، کسب معرفی نامه ها و طی کردن مراحل قانونی رعایت شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات: پس از آماده سازی و سازماندهی دادها، و با استفاده از کلید واژه اصلی تحقیق، و نیز تجارب تحقیقی پیشین مجریان و آنالیز ابتدایی اطلاعات جمع آوری شده، واحدهای معنا از یک واژه تا چند جمله مانند رفتار پر خطر، رفتارهای ناسالم، رفتارهای غیر قابل قبول انتخاب شدند. مجریان به همراه دو کمک محقق پس از اطمینان از تکمیل فرایند شناختی داده ها (Morse 1994) را با استفاده از روش گرانهایم (Graneheim and Lundman 2004) و اصول تحلیل محتوا (Elo and Kyngas 2008) داده ها را تجزیه و تحلیل کردند. با هدف دستیابی به ادراکات و توصیف مشارکت کنندگان از رفتارهای سالم و ناسالم و نیز چگونگی تأثیر بستر فرهنگی-اجتماعی در الگوهای رفتاری نوجوانان مصاحبه‌های پیاده شده به واحدهای معنا شکسته شدند (Conventional Content Analysis) واحدهای معنا عبارات کوتاهی هستند که از شکستن متن بدست می‌آیند. با استفاده از این واحدهای معنا کدگذاری انجام شد. در گام بعدی تفاوتها در کدگذاری توسط تیم تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفته و کدگذاری مجدد انجام شد. در مرحله بعدی معانی اصلی بدست آمده از گروه‌های مختلف در جلسات بعدی مصاحبه مورد پذیرش قرار گرفته و یا رد می شدند. اشباع داده ها زمانی محقق شد که همه گروه-ها در معانی اصلی (اولویتهای رفتارهای مخاطره آمیز) به اجماع رسیدند. در گام بعدی با استفاده از اجماع روایات و توصیفات گروه‌های مشارکت کننده در تحلیل محتوا (Summative Content Analysis) (Rapport 2010) مقایسه معانی و الگوهای رفتاری انجام و اولویت آنها مشخص گردید.

نتایج

اعتیاد، رفتارهای پرخطر جنسی، و رفتارهای نابهنجار اجتماعی(پرخاشگری) اولویت رفتارهای مخاطره آمیز بین پسران دبیرستانی بودند. در گروه دختران رفتارهای پرخطر جنسی، ازدواج زودرس، عادات غذایی ناسالم، کم تحرکی و نگرانی از آینده (شغلی تحصیلی و ازدواج) به ترتیب اولویت شناخته شدند. در حالیکه مطالعه رفتارهای مخاطره آمیز بین جوانان در آمریکا به شکل متفاوتی اولویت بندی شده است (Eton et al. 2012): ۱) صدمات و خشونت، ۲) سیگار، ۳) استفاده از الکل و مواد، ٤) رفتارهای جنسی منجر به

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

حاملگی ناخواسته و بیماری‌های آمیزشی،۵)رفتارهای ناسالم تغذیه ایی، و ٦) بی تحرکی جسمی. تفاوت جنسیتی در دسته بندی رفتارهای مخاطره آمیز در بین مشارکت کنندگان از اهم یافته های این مطالعه است. به علت رعایت محدوده مجله، در این مقاله به اولویت مشترک بین پسران و دختران "رفتارهای پر خطر جنسی" پرداخته می شود.

بحث

تفسیر یافته های این مطالعه بر این مهم تاکید دارد که رفتارهای مخاطره آمیز مشارکت کنندگان در فرایند جامعه پذیری نوجوانان شکل می گیرد؛ و بستر اجتماعی در اولویت بندی این رفتارها تآثیر به سزایی دارد. جنسیت و قوانین و عرفهای اجتماعی تعریف شده توسط جامعه و خانواده مختص هر جنس تعیین کننده دیگری در اولویت بندی رفتارهای مخاطره آمیز پسران و دختران شناخته شد. نظریه شمای جنسیتی نیز تآیید می کند که کودکان رفتارهای خود را با آنچه فرهنگ و هنجار اجتماعی به آنها دیکته کرده است، هماهنگ می کنند (Cherry 2014). تعاملات با همسالان، والدین و اولیای مدارس، مهاجرت و تلاش جهت همگون سازی فرد با اجتماع همسالان ازدیگر عوامل تعیین کننده تفاوتها در اولویت بندی رفتارهای پر خطر در دو جنس شناسایی شدند. همچنین عمق باور های شکل گرفته درخانواده، اعتقادات مذهبی و ارتباط مناسب والدین و فرزند از عوامل مهارکننده رفتارهای پرخطر شناسایی شد. از یافته‌های این مطالعه نیز بر می آید که "خطر در رفتار" نوجوانان مشارکت کننده در این مطالعه نیز برآیندی از تداخل فاکتورهای فردی (انتخاب شخصی)، اعمال افراد دیگر مانند والدین، مربیان و همسالان و شرایط اجتماعی است (Rhodes 1997).

اگرچه اولویت‌بندی و درجه اهمیت رفتارهای مخاطره آمیز در دو جنس متفاوت بود اما "رفتارهای مخاطره آمیز جنسی" در دو جنسی مشترک بود و نگرانی اصلی همه گروه های مشارکت کننده در مطالعه بود. این رفتار مخاطره آمیز با دو ساختار متفاوت در لیست اولویتهای دختران و پسران قرار گرفت. مشابه نظریه فردیت در ارتکاب به رفتار پر خطر (Samuel et al. 1992) تعیین کننده های فردی یعنی غیر بهداشتی بودن رفتارهای جنسی و حفظ سلامت خود فرد، رفتار مخاطره آمیز جنسی را در اولویت دوم برای پسران قرار داد. بنظر می‌رسد که آگاهی و دانش پسران درباره خطرات روابط جنسی در نوجوانی باعث اجتناب آنها در پذیرش ریسک جنسی بوده است. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که درجه هوشمندی نوجوانان در بیماری-های آمیزشی و خطرات شروع زود هنگام رفتارهای جنسی تآثیر به سزایی در اجتناب از رفتارهای پر خطر جنسی دارد (Guiella and Madise 2007). در حالیکه برای دختران مشارکت کننده بیشتر از تعیین کننده‌های فردی، "جامعه" نقش مهمی را در الگوی رفتارهای مخاطره آمیز جنسی ایفا می‌کند. نتایج نشان می‌دهد بروز رفتارهای پر خطر جنسی در دختران می‌تواند ساختار خانواده را متزلزل کند. بعبارتی خانواده عامل تعیین کننده قوی در بروز یا عدم بروز رفتار جنسی در دختران است. این یافته توسط دیگران نیز بین نوجوانان مسلمان نشان داده شده است (Smerecnik et al. 2010) طبق یافته های این مطالعه، آنچه در خانواده به عنوان "جامعه اول" در تعریف نقش و رفتارهای جنسیتی تعریف می شود محافظت پسر از "ازدواج تحمیلی" بدنبال ارتکاب به رفتار جنسی پیش از ازدواج و غیرعرفی، و محافظت دختر از بی آبرو کردن خانواده بوسیله صدمه زدن به "بکارت" خود است. لذا هوشمند کردن پسران در قالب پیشگیری از ازدواج زودرس به آسانی در جامعه خانواده و مدارس صورت می گیرد؛ در حالیکه نه تنها ساختاری برای هوشمند کردن دختران وجود ندارد بلکه آنها به شکلی نامحسوس به پنهانکاری در ارتباطات جنسی سوق داده می شوند. یافته ها بر این خطر دلالت دارند که در گروهی از دختران برقراری ارتباطات جنسی با آگاهی از حفظ بکارت

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

صورت می گیرد. مادری (فارغ التحصیل کودکیاری) در دبیرستان دخترانه نگرانی خود را از سوق دادن دختران به رفتارهای جنسی مخاطره آمیز پنهانی ابراز میکند.

مطالعات دیگر هم نشان داده اند که چگونه فرهنگ و شرایط آن جامعه میتواند در شکل گیری ادراکات و القای الگوهای رفتار مخاطره آمیز در افراد جامعه بویژه جوانان مؤثر باشد (Rhodes et al. 1995; Monasterio 2007).

در گروه دختران نتایج نشان می‌دهد که ارتباط جنسی محصول تعاملات با جنس مخالف و ایجاد علاقه و وابستگی است. بدین معنا که ایجاد وابستگی متأثر از احساسات مقطعی است. برای ارضاء خواستگاه عاطفی و نیز حفظ رابطه با جنس مخالف، دختران با پذیرش بی قید و شرط پیشنهادهای جنسی درگیر شدن شان را در فعالیتهای جنسی زود هنگام و مخاطره آمیز تسهیل می کردند. پذیرش ارتباط جنسی در گروهی از دختران به منظور تداوم ارتباط با جنس مخالف و به منظور دستیابی به ازدواج است. در مطالعه‌ایی بین نوجوانان و جوانان ایرانی بر فقدان هوشمندی کافی برای مدیریت فعالیت‌های جنسی تآکید شده است که مهمترین عامل تآثیر گذار بر این کاستی نیز تعامل نامناسب والدین با فرزندان در حوزه تربیت جنسی بوده است (Noroozi et al. 2014). هدف از ارتباط جنسی در میان دانش آموزان دختر و پسر مشارکت کننده متفاوت بود. پسران به منظور لذت جویی و سرگرمی و دختران هدفمند و به نیت ازدواج به رفتار جنسی مبادرت می ورزیدند. تعابیر دانش آموزان از ارتباط جنسی به شدت تحت تآثیر الگوها و آموزه های نقش جنسیتی آنها در بستر فرهنگی–اجتماعی شان بود.

در جلسه ۱۸ دبیرستان دخترانه دانش آموزی در خانواده‌ای با ارزش‌های سنتی برقراری ارتباط با جنس مخالف را اینگونه توصیف می کند. "مثلا یکی از دوستای من با پسر این قدر راحته که خودشو کامل در اختیار پسره گذاشته بعد می گه که آخرم می آد خواستگاریش، هر کاری میکنه، می گه چون می خواهد بیاد خواستگاریم می خواد شوهرم بشه من می گذارم این کارها رو بکنه پس در حالی که پسره فقط به نظر من سوء استفاده می کنه از این دختره »"

در همان جلسه پسر دانش آموز به عوارض اجتماعی چنین ارتباط جنسی اشاره میکند:" دختر جنسیتش یه طوریه که زود در معرض خطر قرار می گیره. هر ضرری هم که برسه برای دختر هست. دختر بیشتر در خطره، پسره هیچ وقت در خطر نیست. خوب مثلا برای یه دختر خیلی بده که با یه پسر بیرون باشه در و همسایه ببینند، چی فکر می کنند. درباره اون دختره می گن مثلا این دختره خیلی بدیه"

یافته‌های مطالعه ما نشان داد دختران نوجوانان در مقایسه با پسران بیشتر نگران عوارض و آبروی اجتماعی هستند؛ و اطلاعات کافی بهداشتی در خصوص عوارض ارتباط جنسی از قبیل بیماریهای منتقله از راه جنسی را ندارند. ناآگاهی از عوارض تخریب کننده سلامت فردی از یک طرف، و پنهانکاری از طرف دیگر دختران را بیشتر از پسران در معرض آسیب و خطرات سلامت جنسی قرار می‌دهد. نظریه های اجتماعی نیز بر تعاملات اجتماعی در شکل گیری رفتارهای مخاطره آمیز اشاره دارند (Rhodes 1997). یافته-های ما نشان می‌دهد که پسران نوجوان حایز شرایط ازدواج نیستند و احتمالا برقراری رابطه جنسی میتواند آنها را در معرض خطر ازدواج زودهنگام قرار دهد پس آنها سعی میکنند از درگیر شدن در این روابط زودهنگام دوری کنند. اما برای دختران ازدواج زودرس مورد پذیرش و بعضا استقبال خانواده‌ها است، دختران این فرهنگ را نهادینه می‌کنند که باید هرچه زودتر شریک زندگی خود را بیابند و تعامل جنسی زودهنگام مسیری برای رسیدن به این هدف محسوب می‌شود. اگرچه فرآیند مبادرت به رفتار پرخطر توسط نوجوانان در جوامع گوناگون ناشناخته باقی مانده است اما مطالعات بر تآثیر وضعیت اقتصادی–اجتماعی، ارتباطات، ساختار خانواده و ویژگی‌های شخصیتی نوجوان بر شروع و تناوب مبادرت

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

به رفتارهای پرخطر جنسی و ارتباط مستقیم دیگر رفتارهای مخاطره آمیز مانند مصرف الکل و مواد تآکید داشته اند (Wong 1999; Zwane et al. 2004). برخلاف یافته-هـای مطالعـه حاضر، مطالعات کمتر بر تآثیر فرآیند جامعه پذیری نوجوان بر شکل گیری رفتارهای جنسی تآکید داشته اند. یافته های ما نشان می‌دهد که انگیزش اجتماعی نقش قوی تری را در مبادرت به رفتارهای جنسی پر خطر ایفاء می‌کند تا انتخاب و تصمیم فرد نوجوان.

شکل گیری هویت و قشرگرایی: در این مطالعه، در مسیر شکل گیری هویت نوجوانان، اهمیت تعاملات با همسالان یا همسانان در یافته ها به روشنی نشان داده شده است. قشر گرایی در سال اول ورود به دبیرستان در هر دو گروه بطور جدی اتفاق میافتد. به عبارتی، همسانان در این سال به یارگیری و در نتیجه هدایت قشر می‌پردازند. در صورت عدم پذیرش قشرگرایی نوعی انزواگری در بین افراد پدید می آید. القای کلیشه های رفتاری در فرآیند قشر گرایی عامل مهمی در تغییر رفتار نوجوان شناسایی شد که برای جذب شدن در گروه الزامی است. بنظر می‌رسد انتخاب شدن توسط همسانان بخش مهمی از جامعه پذیری نوجوانان است. اکثریت دختران و پسران دوستان خود را منبع حمایت و الگوی مناسب تلقی می‌کردند. اکثریت آنها دوستان خود را با تجربه و همسان با دیدگاههای خود معرفی می‌کردند. مشارکت کننده‌ها نشان دادند که همسانان خود را مرجع هویت‌سازی خود قرار داده‌اند. آموزش جنسی توسط همسانان و تآثیر آن بر شکل گیری نرمهای جنسی بین نوجوانان در دیگر مطالعات هم مورد تآکید است (Zwane 2000) . مشارکت کنندگان رقابت و تقلید از رفتار همسانان را علامتی از هویت مستقل و "بزرگ شدن" عنوان میکنند. "تفریح و فراغت با دوستان" یکی دیگر از الگوهای مهم بود که نوجوانان مشارکت کننده را به رفتارهای پرخطر سوق می داد.

یافته‌های ما نشان میدهند که هویت یک نوجوان در رقابتهای اجتماعی، درک "همرنگ جماعت شدن"، کسب اعتبار و ارزش گروهی و حفظ کلاس اجتماعی با شاخص متمول بودن شکل می گیرد. عدم توازن قدرت بین نوجوانان در قشرگرایی با مفاهیمی مانند "تبعیت از رهبری گروه" پذیرش مشروط در داخل گروه، مقبولیت، آسیب پذیری (تحقیر، آزار...) و ارضای حس متعلق بودن به گروه؛ در یافته-ها به روشنی نشان داده شدند. در تمام این مراحل تعاملات همسالان و همسانان اغلب در جهت تغییر ساختار و فرهنگ نوجوانان و نیز هویت آنها فعال می شود. داده ها حاکی از آن است که مشارکت کنندگان توانایی مقابله و نه گفتن در مبادرت به رفتار پر خطر را ندارند. در گروه پسران دوستان در "تصمیم گیری" آنها تاثیر چشمگیری داشته اند. در مقابل، دانش آموزان دختر از تجارب آنها در تعاملات با جنس مخالف و ارتبـاط جنسی دوستانشـان تأثیـر می پذیرفتند. "–دوست که خیلی تاثیر داره.–آدم اگه مثلا دوست داشته باشه بیشتر با دوستشه تا مثلا با مادر و پدر و فامیل کسایی دیگه حتی همون همسایه آدم بیشتر با همسایه اش تا با فامیل مثلا عمو، یا خاله یا دایی یا عمه" (بحث گروهی پسران).

نحوه تعامل با همسالان در سطوح مختلف مدارس تغییر می کند. اکثریت گروه های مشارکت کننده به اجماع رسیدند که اوج تاثیر پذیری از همسالان در سال دوم دبیرستان اتفاق می‌افتد. در سال سوم دبیرستان دانش آموزان به دو گروه تقسیم می‌شوند. گروهی از دانش آموزان از قشرگرایی جدا می‌شوند و گروهی دیگر تحت تاثیر دوستان باقی می‌مانند. به نظر می‌رسد رقابت تحصیلی جهت پذیرش در دانشگاه علت خروج نوجوانان از گروه همسانان باشد. مدیر دبیرستان دخترانه که تحصیلات عالیه دارد در جلسه ۱۹ به روشنی ساختار شکل گیری انتخاب دوست و تعاملات همسالان–همسانان را تحلیل می‌کند: " در واقع چون بچه ها بسیار از گروه همسال تاثیر پذیرند و به شدت این مطرحه بخصوص در سال دوم دبیرستان خیلی هایشان اسیر و درگیر

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

این ارتباط دوستی هستند. بعد از سال دوم کم کم یعنی تو سال سوم خیلی هایشان در می آیند از این چنبره ای که برایشان ایجاد شده بعضی هایشان نه همچنان باقی می-مانند."

ناآگاهی یکی از تعیین کننده های اصلی در قشرگرایی و انتخاب و مبادرت به رفتار پر خطر در نوجوانان شناسایی شد. نتایج نشان داد ناآگاهی تنها مختص نوجوانان مشارکت کننده نبود، بلکه والدین و اولیاء مدارس نیز از دانش و مهارت‌های کافی جهت تعامل صحیح، مدیریت و هدایت عملکرد نوجوانان را ندارند. فقدان منابع کافی و افراد بالغ حمایت کننده نوجوانان این مطالعه را از نظر"مهارتهای فردی و اجتماعی" با چالش روبرو کرده است که منجر به بروز رفتارهای ناهنجار و نامتعارف و مخاطره آمیز گردیده است. مطالعه ایی بین نوجوانان مسلمان و مقایسه آنها با گروه غیر مسلمان بر این مسئله تاکید دارد که عدم شناخت لازم و کافی بالغین درگیر با نوجوانان مانند والدین و یا رهبران دینی از دینامیک رفتارهای نوجوانان و خرده فرهنگ‌های هدایت کننده آنها باعث چالش و بی اثر شدن آموزش‌های جنسی در پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز خواهد شد (Smerecnik 2010). تعامل نا مناسب میان والدین با فرزندان (به دلیل مشغولیت، بی توجهی، تحقیر، رفتارهای سرکوب گرانه و خلاء عاطفی) موجب فاصله گرفتن از والدین، احساس تنهایی و گرایش به تعامل با همسالان و جنس مخالف و تاثیر پذیری از آنها می گردد. یافته های مطالعات ایرانی بین دانشجویان دختر و جوانان و نوجوانان بعضی از استان‌ها نیز بر تأثیر منفی تعامل نادرست و فاصله زیاد بین فرزند و والدین را بر روابط پیش از ازدواج دختران تأکید کرده است (Noroozi et al. 2014 ; Farahani et al. 2011).

از دیدگاه اکثرین نوجوانان، "حجب وحیا"،"خجالت"، "تابو" بودن مسائل جنسی و "انگ خوردن از طرف خانواده" موانع تعامل آنها با والدینشان (نپرسیدن سوالات) بودند. در مقابل "صمیمیت" و "همسن بودن" و "درک شدن" دلایل اصلی در تعامل با همسالان شناسایی شد. دبیران "فقدان برنامه‌ریزی در خصوص آموزش جنسی" را عامل "کمبود آگاهی‌های جنسی" در گروه های مشارکت کننده می دانستند. دبیران علاوه بر اثرات منفی فقدان آموزش جنسی، دلایل موثر بر رفتارهای جنسی نامناسب را "فقر مالی" و "فقر فرهنگی" می دانستند.

مذهبی بودن یکی از مولفه های رفتاری- شخصیتی مورد پذیرش از سوی والدین بود. اکثریت والدین معتقد بودند که درجه مذهبیت فرزندانشان به شدت تحت تأثیر دوستان و همسالانشان قرار دارد. بدین معنا که دوستان می توانند عامل بازدارنده از انجام رفتارهای مذهبی در فرزندانشان باشند. والدین و مربیان معتقد بودند که قشرگرایی و پیوستن به گروه های همسانان اثر مذهبیت در مراقبت و کنترل رفتارهای نوجوانان را بطور چشم گیری کمرنگ می سازد. از دیدگاه آنها ترک رفتارهای مذهبی مبادرت به رفتارهای پر خطر در دانش آموزان را تسهیل می کند. در مطالعه Noroozi و همکارانش، خود مشارکت کننده (جوانان) باورهای دینی-مذهبی را به عنوان فاکتور بازدارنده قوی از شروع رفتارهای جنسی زودهنگام قبول کرده اند(Noroozi et al. 2014).

ممنوعیت ارتباط جنسی قبل از ازدواج در ایران و حساسیت فرهنگی این موضوع از دلایل مهم محدودیت اطلاعات در خصوص شیوع روابط جنسی در بین نوجوانان دانش آموز است. لذا در این مطالعه با رویکردهای کیفی نشان داده شد که رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان مشارکت کننده در فرآیند جامعه پذیری آنها یعنی تعاملات اجتماعی خاص، ارتباطات و موقعیتها شکل گرفته و به ترتیب اولویت بروز می‌کنند.جنسیت عامل تفاوت اولویت‌بندی رفتارهای مخاطره-آمیز در دو جنس است. نداشتن رویکرد تعاملاتی صحیح و ناآگاهی، علت عمده رفتارهای پرخطر شناسایی شد. تعامل

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

نادرست با همسالان در فرآیند اجتماعی شدن در محیط خارج از خانه و نهاد مدرسه، تحت تأثیر تعامل نادرست با والدین و اعضا خانواده در محیط خانواده و تعامل نامناسب با اولیا و مربیان مدارس شکل می گیرد. لذا پیشنهاد می شود که برنامه های حمایتی، اموزشی و توانمندسازی والدین، اولیاء و خود نوجوانان باید با حساسیت بیشتری در این مرحله اجرا شوند. طی مطالعه مروری در ایران نشان داده شده است که نوجوانان نیازمند اموزش جنسی با مشارکت و همکاری والدین، اولیاء مدارس و منابع اطلاعاتی از قبیل مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری و جامعه می‌باشند. مطالعات گذشته کوریکولوم آموزشی مناسب در سطوح مختلف سنی و فرهنگی مبتنی بر نیازهای دانش آموزان را حائز اهمیت دانستند (Malek et al. 2010; Smerecnik et al. 2010).

جنسیت عامل تعیین کننده در شکل گیری رفتارهای جنسی بین نوجوانان می باشد. اگر چه این رفتارها برای هر دو جنس در بستر اجتماعی شکل می گیرد اما دیدگاه فردی در پسران و دیدگاه جمعی در مورد دختران بر شکل گیری الگوهای رفتار جنسی آنها مؤثر است. نقش خانواده و تآثیر تعاملات والدین با فرزندان در شکل گیری رفتارهای جنسی خارج از عرف اجتماعی در یافته ها بسیار چشمگیر است. نتایج این مطالعه پیشنهاد می کند که ارتقاء سلامت خانواده و تآمین عواطف مناسب برای فرزندان و مهارت آموزی والدگری مثبت قادر خواهد بود که مدیریت رفتارهای جنسی نوجوانان و محافظت از سلامت آنان را تآمین نماید.

نداشتن آگاهی و مهارت کافی درمدیریت رفتارهای مخاطره آمیز جنسی نوجوانان، علت اصلی تقاضای آموزشهای جنسی از سوی والدین و دبیران بود. علاوه بر فقدان آمادگی کافی، والدین تعصبات "مذهبی" و "فرهنگی" را مانع آموزش جنسی آنها به فرزندانشان می دانستند. آماده سازی والدین برای رویارویی با رفتارها ی جنسی کودکان و نوجوانان پیش از آغاز فرآیند جامعه پذیری نوجوانان در ورود به جامعه آموزشی جداً توصیه می شود.

نتیجه گیری

در انتها می‌توان نتیجه گیری کرد که رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان به طور مستقیم و یا غیر مستقیم با یکدیگر مرتبط اند. اگرچه طبقه بندی بر مبنای اولویت رفتارهای پرخطر چهار حیطه اصلی: رفتارهای جنسی، اعتیاد، سلامت جسمی و روحی نشان داده شد، اما پیامد عملکرد سازه‌های اجتماعی و تعیین کننده‌های فرهنگی می‌تواند جدی تر خود را در دو حیطه رفتارهای جنسی و اعتیاد نشان دهند. لذا طبق یافته‌های ما رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد دو زمینه اصلی نیازمند مداخله می باشند.

تشکر و قدر دانی

ابتدا تشکر و قدردانی خودمان را از دانشگاه علوم پزشکی ایران به جهت صدور تآییدیه علمی-اخلاقی برای این پروژه تحقیقاتی با کد پ – ٦٩٤ اعلام می داریم. بدینوسیله سپاس و تشکر صمیمانه تیم تحقیق را از مدیران، اولیای مدارس، والدین گرامی و نیز دانش آموزان عزیز دبیرستان های دولتی منطقه ۵ در غرب تهران اظهار می داریم که صمیمانه و خالصانه ما را به دنیای واقعی خود وارد کردند که بی آن ما قادر به کشف پیچیدگی های زندگی قشر نوجوان نبودیم. همچنین با آرزوی غفران، برای روح شادروان اعظم مقتدری کارشناس ارشد بهداشت جامعه، عضو هیت علمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران درود می‌فرستیم. از زحمات خانم لیلا اهری کارشناس بهداشت عمومی که در جمع آوری بخشی از داده‌های این پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می کنیم.

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

جدول ۱- نمونه ای از سوالات اصلی و راهنما در حین مصاحبه با مشارکت کنندگان

مشارکت کننده	سوالا ت اصلی	سوالات راهنما
دانش اموز	بنظر شما نوجوانی مانند شما می تواند فعالیت جنسی داشته باشد؟ اگر بلی، چگونه آن را مدیریت می کند؟	اصلا بگید فعالیت جنسی یعنی چه؟ اصلا لازم هست کسی این رفتارهای را مدیریت کند؟ چگونه؟
والدین- مربیان	در حال حاضر بیشترین نگرانی تون، بیشترین دغدغه فکریتون در مورد بچه هاتون چیست؟ میتوانید فکر کنید فرزندان شما رفتاری داشته باشند که شما نمی‌خواهید؟	ممکنه یه مثال بزنید؟ مثلا کدام رفتارها؟ چرا نمی خواهید آن رفتارها داشته باشند؟ اصلا چرا مبادرت به آن رفتارها می‌کنند؟

References

Amirzadeh, N., 2009. Health promotion of young girls in sexual risk behaviors for HIV prevention education. *J Nursing and Midwifery*. **6**(3), pp. 113-116.

Beal, A.C., Ausiello, J., and Perrin, J.M., 2001. Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *J Adolesc Health*, **28**(6), pp. 474-80.

Cherry, K., 2014. What Is Gender Schema Theory? [Online]. http: // psychology. about.com/od/gindex/g/def_genderschem. htm.

Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A. and Lowry, R., 2012. Youth risk behavior surveillance—United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*, **61**(4), pp. 1-162.

Elo, S. and Kyngas, H., 2008. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, **62**(1), pp. 107-115.

Graneheim, U.H. and Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. [Review]. *Nurse Educ Today*, **24**(2), pp. 105-112.

Guiella, G. and Madise, N.J., 2007. HIV/AIDS and sexual-risk behaviors among adolescents: Factors influencing the use of condoms in Burkina Faso. *African Journal of Reproductive Health*, **11**(3), pp. 182-196.

Harris, M.K., 1999. Health risk behavior among adolescents in Immigrant families. Second biannual meeting of the Urban Seminar Series on Children's Health and Safety entitled "Successful Youth in High-Risk Environments," on December 2-3,1999 at Harvard University.

Farahani, FK., Cleland, J. and Mehryar, AH., 2011. Associations between family factors and premarital heterosexual relationships among female college students in Tehran. *Int Perspect Sex Reprod Health*, **37**(1), pp. 30-39.

Igra, V. and Irwin, C., 1996. Theories of adolescent risk-taking behavior. Handbook of adolescent health risk behavior, pp. 35-51.

Kann, L., Richard L., Danice E. and Howell W., 2012. Trends in HIV-Related Risk Behaviors among High School Students--United States, 1991-2011. Morbidity and Mortality Weekly Report. Early Release. Volume 61. Centers for Disease Control and Prevention.

Kelly, P., 2000. The dangerousness of youth-at-risk: The possibilities of surveillance and

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

intervention in uncertain times. *J Adolesc*, **23**(4), pp. 463-476.

Malek, A., Abbasi Shokoohi, H., Faghihi, AN., Bina, M. and Shafiee-Kandjani, AR., 2010. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school students in northwest Iran. *Arch Iran Med*, **13**(6), P. 537.

Monasterio, E., Hwang, L.Y. and Shafer, M.A., 2007. Adolescent sexual health. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, **37**(8), pp. 302-325.

Morse, J.M., 1994. Critical issues in qualitative research methods.: Sage Publications, Inc.

Noroozi, M., Taleghani, F., Merghati- khoei, E.F., Tavakoli, M. and Gholami, A., 2014. Premarital sexual relationships: Explanation of the actions and functions of family. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19.

Jayant, K. and Prashant, P., 2008. Talking Sexuality Within Community Where Sex is Taboo: A Rural Experience in North India "WHO: Reproductive health". Retrieved 08-19.

Palmer, CA., 1999. Rapid appraisal of needs in reproductive health care in Southern Sudan: Qualitative study. *BMJ*, 319, pp. 743-748.

Rapport, F., 2010. Summative Analysis: A Qualitative Method for Social Science and Health Research. *International Journal of Qualitative Methods*, **9**(3), pp. 270-290.

Rew, L., Carver, T. and Li, C.C., 2011. Early and risky sexual behavior in a sample of rural adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs*, **34**(4), pp. 189-204.

Rhodes, T., 1997. Risk theory in epidemic times: Sex, Drugs, and social organization of risk behavior. *Sociology of Health & Illness*, **19**(2), pp. 208-227.

Rhodes, T., Quirk, A. and Stimson, G.V., 1995. Drug Taking and Sexual Lifestyles, London: The Center for. Research on Drug and Health Behavior.

Samuels, J.F., Vlahov, D., Anthony, J.C. and Chaisson, R.E., 1992. Measurement of HIV risk behaviors among Intravenous drug users, *British Journal of Addiction*, **87**, pp. 404-417.

Smerecnik, CH., Schaalma, H., Gerjo, K., Meijer, S. and Poelman, J., 2010. An exploratory study of Muslim adolescents' views on sexuality: Implications for sex education and prevention. *BMC Public Health* 2010, 10, P. 533.

Soleimaninia, L., Jazayeri, A.R. and Mohammadkhani, P., 2005. Role of mental health in occurrence of adolescent risk behaviors. *J Social Welfare*, **5**(19), pp. 76-90.

Steptoe, A. and Wardle, J., 2004. Health-related behavior: Prevalence and links with disease. Health Psychology, ed. J.W. In A. Kaptein: Blackwell.

Surís, J.C., Michaud, P.A., Akre, CH. and Sawyer, S.M., 2008. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, **122**(5), pp. e1113-e1118.

Wong, L., 1999. Wong's Nursing Care of Infants and Children.The sixth ed. Mosby, New York.

Zwane, I.T., Mngadi, P.T. and Nxumalo, M.P., 2004. Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behavior *International Council of Nurses*, 51, pp. 15–22.

Zwane, I,T., 2000. Knowledge of sexually transmitted diseases and attitudes towards condom use among 'at Risk' adolescents in Swaziland. UNISWA Research. *Journal of Agriculture, Science and Technology*, **3**(2), pp. 5–11.

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]

Priorities of health risk behaviors among high school students in the public schools in 5th restrict of Tehran: A qualitative study

Merghati-khoei, E., Ph.D. **Associate Professor, Iranian National Center of Addiction Studies, Risk Behavior Institute, Department of Family-Sexual Health in Brain and Spinal Injury Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran**
Shams Alizadeh, N., BSc. **Tehran west health center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran**
Bayat, A., BSc. **Iranian National Center of Addiction Studies, Risk Behavior Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran**
Zarei, F., MSc. **Department of Health Education and promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran**
Rimaz, Sh., Ph.D. **Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: srimaz2000@yahoo.com**

Received: May 23, 2013 **Accepted: May 4, 2014**

ABSTRACT

Background and Aim: Health-risk behaviors are socially constructed and influenced by the given culture. Therefore, the health-risk behaviors are prioritized differently in diverse cultures. In this study, we aimed to explore the priority of health risk behaviors among high school students in Tehran.

Materials and Methods: In this qualitative study using rapid assessment approach, we interviewed 130 individuals who voluntarily participated in the focus group discussions (FGDs, n=17). They were students (n=9 FGDs), the parents (n=5 FGDs), and the teachers (n=3 FGDs). Four of the principals were individually interviewed. Interviews focused on (1) perceptions about and description of healthy or unhealthy behaviors; (2); priority of health risk behaviors in adolescents (3) perceptions and beliefs about the formation of the risk behaviors among adolescents. All sessions were embarked on the public schools located in the area five in West Tehran. After obtaining a written consent form from the participants, primary investigators and three of the trained facilitators (male and female) conducted the sessions. We employed content analysis to extract the major themes and sub-themes. The rigor of the data was obtained.

Results: Addiction, risky sexual behavior, and social misconduct ion (aggression) were identified as the main concerns for the boys. Risky sexual behavior, early marriage, eating unhealthy habits, physical motionless, and fear of the future (job, education, marriage) were identified as the main health-risk behaviors for the girls.

Conclusion: According to our findings, health risk behaviors are classified differently for boys and girls. However, sexual risk behaviors are common findings for both groups. The adolescents' risky behaviors are formed throughout their socialization and seriously influenced by the given culture. Understanding of gender schema was identified as an important factor in the way participants do priority health-risk behaviors of young people. Comprehensive and holistic health education and promotion programs targeting adolescents as well as training programs for parents are suggested.

Key words: Priorities of health risk behavior, Adolescent, Qualitative research

[Downloaded from sjsph.tums.ac.ir on 2025-04-18]