

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

عفت السادات مراقاتی خویی: استادیار، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده رفتارهای پرخطر، 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 پرخطر، 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 پذیرش: ۹۳/۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۲

چکیده

زمینه و هدف: رفتار تهدید کننده سلامت فرد در بستر اجتماعی تحت تأثیر فرهنگ آن جامعه شکل می گیرد. بنابراین رفتارهای پرخطر بهداشتی جوامع گوناگون می تواند از دسته بندی متفاوتی برخوردار باشند. هدف این مطالعه شناسایی و اولویت بندی رفتارهای پرخطر بهداشتی بین دانش آموزان 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 متأثر است. درک مشارکت کنندگان از شمای جنسیتی عامل مهمی در اولویت بندی رفتارهای پرخطر 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 پرخطر بهداشتی، دانش آموزان، مطالعه کیفی

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 و جوانان 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 کلیشه های 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 که ۲۵٪ 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 جوانان ۲۴-۱۰ ساله نشان داده شده که ۷۰٪ 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 رفتارهایی 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 بیماری های مقاربتی، باعث بروز گسترش انواع بیماری و اختلالات مزمن در دوران نوجوانی می شود (Rew et al. 2011; Igra and Soleimaninia Irwin 1996; 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 اولویت بندی رفتارهای پرخطر بهداشتی

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 نهایتاً 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 بودند و از این گروه ۴۸ دختر و ۴۴ پسر در مطالعه شرکت کردند. کلاً ۹۲ نفر در ۹ 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 بعثت پدران در گروه ها شرکت نکردند: (۱) برگزاری جلسات در ساعات اداری، و (۲) مشارکت ضعیف پدران در برنامه های مربوط به فرزندان. لذا مادران گروه والدین را تشکیل می دادند. معلمین شرکت کننده از هر دو جنس بودند که بطور جداگانه در جلسات گروهی شرکت می کردند. ۳۴ والدین (۵ جلسه)، 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 نهایتاً 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

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 احیاناً تدوین فرضیاتی برای فعالیتهای، مداخلات و مطالعات آتی، از رویکرد ارزیابی سریع (Rapid appraisal) استفاده شده است. با استفاده از تیم تحقیق چند تخصصی طی سری فعالیت های نظام مند نیمه ساختاری اطلاعات رسم و غیر رسمی (Formal and Informal Data Collection) به روش های مختلف جمع آوری گردید که شامل مصاحبه های متمرکز گروه Focus Group Discussions (FGDs) و مصاحبه های 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 (۲۴ مدرسه) است؛ (۲) در زمان مطالعه این منطقه زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود؛ (۳) تنوع فرهنگی در این منطقه بعثت سبب قابل توجه مهاجرین مورد هدف محققین بود؛ نهایتاً (۴) بعثت حساسیت

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 می‌شدند. 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، (۴) رفتارهای جنسی منجر به

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

جلسات توسط محققین و تسهیل گران تعلیم دیده جوان اداره می‌شد. 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 می‌شد. 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 می‌شد. 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 مسئولان 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 داده‌ها، 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

حاملگی ناخواسته و بیماری‌های آمیزشی، ۵) رفتارهای ناسالم تغذیه‌ای، و ۶) بی‌حرکی 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 تأثیر 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 تأیید 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 از دیگر عوامل تعیین کننده تفاوتها در اولویت بندی رفتارهای پر خطر در دو جنس شناسایی شدند. همچنین عمق باور های شکل گرفته در خانواده، اعتقادات مذهبی و ارتباط مناسب والدین و فرزند از عوامل مهارکننده رفتارهای پرخطر شناسایی شد. از یافته های 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 اولویت بندی و درجه اهمیت رفتارهای مخاطره آمیز در دو جنس متفاوت بود اما "رفتارهای مخاطره آمیز جنسی" در دو جنس 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 می رسد که آگاهی و دانش پسران درباره خطرات روابط جنسی در نوجوانی باعث اجتناب آنها در پذیرش ریسک جنسی بوده است. مطالعات زیادی نشان داده اند که درجه هوشمندی نوجوانان در بیماری های آمیزشی و خطرات شروع زود هنگام رفتارهای جنسی تأثیر به سزایی در اجتناب از رفتارهای پر خطر جنسی دارد (Guiella and Madise 2007). در حالیکه برای دختران مشارکت کننده بیشتر از تعیین کننده های فردی، "جامعه" نقش مهمی را در الگوی رفتارهای مخاطره آمیز جنسی ایفا می کند. نتایج نشان می دهد بروز رفتارهای پر خطر جنسی در دختران می تواند ساختار خانواده را متزلزل کند. عبارتی 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

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 خطر، 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). یافته‌های 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 تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ارتباطات، ساختار خانواده و ویژگی‌های شخصیتی نوجوان بر شروع و تناوب مبادرت

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 مطالعه‌ای بین نوجوانان و جوانان ایرانی بر فقدان هوشمندی کافی برای مدیریت فعالیت‌های جنسی تأکید شده است که مهمترین عامل تأثیر 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 می‌ورزیدند. تعبیر دانش آموزان از ارتباط جنسی به شدت تحت تأثیر 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 می‌کند. "مثلا یکی از دوستای من با پسر این قدر راحتی که خودشو کامل در اختیار پسره

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 می‌گیرد. 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 یافته‌ها به روشنی نشان داده شدند. در تمام این مراحل تعاملات همسالان و همسالان اغلب در جهت تغییر ساختار و فرهنگ نوجوانان و نیز هویت آنها فعال می‌شود. داده‌ها حاکی از آن است که مشارکت کنندگان توانایی مقابله و نه گفتن در مبادرت به رفتار پرخطر را ندارند. در گروه پسران دوستان در "تصمیم‌گیری" آنها تاثیر چشمگیری داشته‌اند. در مقابل، دانش آموزان دختر از تجارب آنها در تعاملات با جنس مخالف و ارتباط جنسی دوستانشان تاثیر می‌پذیرفتند. "دوست که خیلی تاثیر داره. آدم آگه مثلا دوست داشته باشه بیشتر با دوستش 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 می‌کند. اکثریت گروه‌های 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 همسالان باشد. مدیر دبیرستان دخترانه که تحصیلات عالی دارد در جلسه ۱۹ به روشنی ساختار شکل‌گیری انتخاب دوست و تعاملات همسالان-همسالان را تحلیل می‌کند: "در واقع چون بچه‌ها بسیار از گروه همسال تاثیر پذیرند و به شدت این مطرحه بخصوص در سال دوم دبیرستان خیلی هایشان اسیر و درگیر

به رفتارهای پرخطر جنسی و ارتباط مستقیم دیگر رفتارهای مخاطره آمیز مانند مصرف الکل و مواد تأکید داشته‌اند (Wong 1999; Zwane et al. 2004). برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعات کمتر بر تأثیر فرآیند جامعه پذیری نوجوان بر شکل‌گیری رفتارهای جنسی تأکید داشته‌اند. یافته‌های ما نشان می‌دهد که انگیزش اجتماعی نقش قوی‌تری را در مبادرت به رفتارهای جنسی پرخطر ایفاء می‌کند تا انتخاب و تصمیم فرد نوجوان.

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

(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 گروه‌های مشارکت کننده می‌دانستند. دبیران علاوه بر اثرات منفی فقدان آموزش جنسی، دلایل موثر بر رفتارهای جنسی نامناسب را "فقر مالی" و "فقر فرهنگی" می‌دانستند.

مذهبی بودن یکی از مولفه‌های 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 می‌توانند عامل بازدارنده از انجام رفتارهای مذهبی در فرزندانشان باشند. والدین و مربیان معتقد بودند که قشرگرایی و پیوستن به گروه‌های همسالان اثر مذهبیت در مراقبت و کنترل رفتارهای نوجوانان را بطور چشم‌گیری کم‌رنگ می‌سازد. از دیدگاه آنها ترک رفتارهای مذهبی مبادرت به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان را تسهیل می‌کند. در مطالعه Noroozi و همکارانش، خود مشارکت کننده (جوانان) باورهای دینی-مذهبی را به عنوان فاکتور بازدارنده قوی از شروع رفتارهای جنسی زودهنگام قبول کرده‌اند (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 دانش‌آموز است. لذا در این مطالعه با رویکردهای کیفی نشان داده شد که رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان مشارکت کننده در فرآیند جامعه‌پذیری آنها یعنی تعاملات اجتماعی خاص، ارتباطات و موقعیتها شکل گرفته و به ترتیب اولویت بروز می‌کنند. جنسیت عامل تفاوت اولویت‌بندی رفتارهای مخاطره‌آمیز در دو جنس است. نداشتن رویکرد تعاملاتی صحیح و ناآگاهی، علت عمده رفتارهای پرخطر شناسایی شد. تعامل

این ارتباط دوستی هستند. بعد از سال دوم کم‌کم یعنی تو سال سوم خیلی هایشان در می‌آیند از این جنبه‌ای که برایشان ایجاد شده بعضی هایشان نه همچنان باقی می‌مانند.

ناآگاهی یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی در قشرگرایی و انتخاب و مبادرت به رفتار پرخطر 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 حمایت‌کننده نوجوانان این مطالعه را از نظر "مهارت‌های فردی و اجتماعی" با چالش روبرو کرده است که منجر به بروز رفتارهای ناهنجار و نامتعارف و مخاطره‌آمیز گردیده است. مطالعه‌ای 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 هدایت‌کننده آنها باعث چالش و بی‌اثر شدن آموزش‌های جنسی در پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز خواهد شد (Smerecnik 2010). تعامل نامناسب میان والدین با فرزندان (به دلیل مشغولیت، بی‌توجهی، تحقیر، رفتارهای سرکوب‌گرانه و خلاء عاطفی) موجب فاصله گرفتن از والدین، احساس تنهایی و گرایش به تعامل با همسالان و جنس مخالف و تأثیرپذیری از آنها می‌گردد. یافته‌های 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. 2011; Farahani et al. 2014).

از دیدگاه اکثرین نوجوانان، "حجب و حیا"، "حجالت"، "تابو" بودن مسائل جنسی و "انگ خوردن از طرف خانواده" موانع تعامل آنها با والدینشان

پذیری نوجوانان در ورود به جامعه آموزشی جداً توصیه می شود.

نتیجه گیری

در انتها می توان 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 سازه های اجتماعی و تعیین کننده های فرهنگی می تواند جدی تر خود را در دو حیطه رفتارهای جنسی و اعتیاد نشان دهند. لذا طبق یافته های 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 تأییدیه علمی-اخلاقی برای این پروژه تحقیقاتی با کد پ - ۶۹۴ 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 هیئت علمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران درود می فرستیم. از زحمات خانم لیلا اهری کارشناس بهداشت عمومی که در جمع آوری بخشی از داده های این پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می کنیم.

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، آموزشی 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 آموزش جنسی با مشارکت و همکاری والدین، اولیاء مدارس و منابع اطلاعاتی از قبیل مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری و جامعه می باشند. 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 تأثیر 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 تأمین عواطف مناسب برای فرزندان و مهارت آموزی والدگری مثبت قادر خواهد بود که مدیریت رفتارهای جنسی نوجوانان و محافظت از سلامت آنان را تأمین نماید. نداشتن آگاهی و مهارت کافی در مدیریت 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 فرزندان می دانستند. آماده سازی والدین برای رویارویی با رفتارهای جنسی کودکان و نوجوانان پیش از آغاز فرآیند جامعه

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

مشارکت کننده	سوالات اصلی	سوالات راهنما
دانش آموز	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 فکرتون در مورد بچه هاتون چیست؟ میتوانید فکر کنید فرزندان شما رفتاری داشته باشند که شما نمی خواهید؟	ممکنه یه مثال بزنید؟ مثلا کدام رفتارها؟ چرا نمی خواهید آن رفتارها داشته باشند؟ اصلا چرا مبادرت به آن رفتارها می کنید؟

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](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

- 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.

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