

بهداشت و سلامت جوانان؛ بررسی وضعیت و چالش‌ها

سید محسن بنی‌جمالی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۲

مقاله حاضر با روش فراستز، مطالعات سلامت و بهداشت جوانان را مورد بررسی قرار داده و ضمن پرداختن به مشکلات مفهومی آن بیان می‌کند که چرا علیرغم اهمیتی که امور بهداشتی در جامعه مدرن یافته است، به سلامت و بهداشت جوانان چندان توجه نمی‌شود. این مقاله ضمن طرح تلاش‌های مفهومی که برای آوردن جوانان به متن سیاست‌های سلامت و بهداشت صورت پذیرفته است، شرح می‌دهد که اساساً بخش مهمی از این مشکل محصول برداشت و تعریف متفاوت سلامت و بهداشت نزد جوانان و بزرگسالان است. مقاله حاضر در بررسی وضعیت سلامت جوانان در ایران و جهان و مقایسه این دو - علیرغم مشکلات بسیاری که در امر جمع‌آوری و مقایسه اطلاعات ایران و جهان است - نشان می‌دهد که چگونه روند کلی سلامت جوانان در جهان به سوی بدتر شدن است. برای این امر از جمع‌بندی مطالعات انجام شده در کشور و مقایسه آن با اطلاعات سلامت نوجوانان در کشورهای اروپا و آمریکای شمالی با عنوان "پیمایش اچ.بی.اس.سی."^۲ سود برده شده است. مطالعات در بررسی علل تمایزات در بهداشت جوانان نشان می‌دهد که همچنان سن، جنس و طبقه مهمترین تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت جوانان است. در این مورد اثر متغیرهای سن، جنس و وضعیت اقتصادی - اجتماعی در طول دوره جوانی و بنابر موقعیت‌های مختلف زمانی و مکانی تغییر یافته و حتی جابجا می‌شود؛ به گونه‌ای که در دوران کودکی اثر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در سلامت فرد بیشتر و آشکارتر است، اما پس از بلوغ اثرات متغیر طبقه با تمایزی که در جریان بلوغ دختران و پسران ایجاد می‌شود و نیز در سایه تفاوت‌های ناشی از نقش‌های جنسیتی رنگ می‌بازد و به جای آن اثر متغیر جنس تعیین‌کننده‌تر می‌شود. در همین حال مطالعات نشان می‌دهد که اثر متغیرهای سن، جنس و طبقه بر حوزه‌های مختلف سلامت جوانان نیز متفاوت است. در حالی که اثر طبقه و موقعیت اقتصادی - اجتماعی بر تغذیه بیشتر است،

^۱ مشاور مطالعات جوانان، مرکز مطالعات و پژوهش‌های راهبردی، وزارت ورزش و جوانان، تهران، ایران E-mail: banijamali@ut.ac.ir

^۲ Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) study

اثر متغیرهای دیگر از جمله جنسیت و سن بر تصور از بدن و بهداشت پوست و مو و حتی رفتارهای پرخطر تعیین کننده تر است. در نهایت، مطالعات نشان داده علی‌رغم آن که ظاهراً اثر عوامل ساختاری بر سلامت جوانان در حال ضعیف‌تر شدن و در مقابل اثر عاملیت فردی تعیین کننده تر شده است، اما کماکان متغیرهای تعیین کننده سن، جنس و طبقه باقی مانده‌اند. در تفسیرهایی که از این امر می‌شود، دو دیدگاه اثر سبک زندگی و خطای شناخت‌شناسانه مدرنیته متأخر با یکدیگر رقابت می‌کنند.

واژگان کلیدی: جوانان، بهداشت جوانان، سلامت جوانان، مفهوم سلامت، رفتار سلامت، چالش‌های بهداشت و سلامت و سیاست‌های بهداشت و سلامت

مقدمه

موضوع بهداشت و سلامت جوانان، محصول پدید آمدن دوره جوانی و آن نیز نتیجه مدرنیته و گسترش جامعه جدید شهری است. در این معنا پدید آمدن بحث بهداشت جوانان امری متأخر و همبسته با پدید آمدن دوره جوانی است. در واقع، دوره جوانی جدید است که بهداشت جوانان را به وجود آورده است. آغاز این امر از پدید آیی رفتارهای مخاطره آمیز در فراوانی بسیار است که نگرانی نسبت به رفتارهای بهداشتی جوانان را سبب شد. این نگرانی‌ها که گاهی شکل هراس اخلاقی می‌یافت باعث گردید تا مسئله بهداشت و سلامت جوانان در معرض توجه اجتماعی قرار گیرد. هر چند موضوع سلامت و رفتارهای بهداشتی جوانان در چنین فضایی و با تمرکز بر رفتارهای پرخطر به افکار عمومی راه یافت، اما بعدها تقریباً هر رفتاری که به سلامت مربوط می‌شد جزئی از مبحث عمومی تر بهداشت جوانان شد. با این حال علیرغم این تحولات و ورود بهداشت جوانان به حوزه عمومی (و از آنجا به گستره سیاست‌های اجتماعی) واقعیت زندگی جوانان چندان تغییر نیافت؛ ابهامات در این حیطه و سوء تفاهم‌ها در گستره مسائل بهداشت جوانان کماکان باقی ماند و دستاوردهای اثرگذاری نیز به دست نیامد.

این مشکلات در ایران نیز آشکارا وجود دارد. اگر چه در مباحث اجتماعی مکرر به بحث بهداشت جوانان پرداخته می‌شود، اما توجهات واقعی اندک است و اهتمام به موضوع از حد گفتگو فراتر نمی‌رود. کماکان جوانان جایی در مجموعه سیاست‌های بهداشتی کشور ندارند و از این عرصه کاملاً غایب اند. هیچ طرح مشخصی برای خدمت‌رسانی به ایشان در حوزه سلامت و امور بهداشتی وجود ندارد و هیچ اطلاعات نظام‌مندی نیز در این عرصه تولید نمی‌شود. بعلاوه، گفتگوهای رسانه‌ای در این مورد نیز تنها محدود به ادعاهایی چون سند یا برنامه سلامت جوانان می‌باشد که هیچگاه چیزی از آن حاصل نشده است.

در مجموعه این شرایط مقاله حاضر به دنبال آن است تا ضمن بررسی تحولات حوزه بهداشت و سلامت جوانان نشان دهد که چرا علیرغم بالا رفتن سطح رفاه اجتماعی و پیشرفت‌هایی که در استانداردهای زندگی به دست آمده است، به موضوع بهداشت و سلامت جوانان توجه نمی‌شود. بعلاوه، تحت این شرایط وضعیت سلامت جوانان به ویژه سلامت جسمانی آنها چگونه است و این وضعیت تحت تأثیر چه متغیرها و عوامل زمینه‌ای مثل سن، جنس و طبقه تغییر می‌یابد. در مجموع، مقاله حاضر ضمن شرح دلایلی که باعث غفلت از توجه به سلامت جوانان شده است شمای کلی وضعیت سلامت جوانان و عوامل اثرگذار بر آن را نیز ارائه می‌دهد.

روش‌شناسی پژوهش

مقاله حاضر، مقاله‌ای مروری است که با بهره‌بردن از روش کیفی فراستز^۱ تلاش می‌کند تا نتایج تعدادی از مطالعات مختلف، اما مرتبط را در هم ادغام کند و با استفاده از آن نتایج به سؤال‌های مطالعه پاسخ دهد (والش^۲ و داون^۳). روش فراستز با رویکردی منسجم و نیت‌مند به تحلیل داده‌ها در طول مطالعات مختلف می‌پردازد و محقق را قادر می‌سازد تا در فرآیند آن سؤالات تحقیقاتی را تعریف و سپس شواهد کیفی را برای پاسخ به آن سؤالات جستجو، انتخاب، خلاصه و ترکیب کند. این روش برخلاف روش فراتحلیل بیش از آنکه نیتی تراکمی^۴ داشته باشد، نیتی تفسیری دارد و فهم عمیق‌تری را از ابعاد متنی اجتماعی ایجاد می‌کند (اروین^۵، برادرسن^۶ و سامرز^۷).

مسئله حاشیه‌ای بودن سلامت و بهداشت جوانان

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که واقعیت سلامت جوانان در عرصه سیاست‌های عمومی بهداشتی کشورها، امری حاشیه‌ای است که توجه چندانی بدان نمی‌شود. در پیگیری دلایل امر پیچیدگی ذاتی مباحث مربوط به سلامت جوانان رخ می‌نماید که عموماً بخشی از آن به تعاریفی که از بهداشت جوانان می‌شود، بر می‌گردد و بخش دیگر در عدم اجماع اجتماعی نسبت به همان تعاریف ریشه دارد. در ادامه به طور مفصل به این دو موضوع پرداخته می‌شود.

پایه‌های نظری تعریف سلامت و چالش‌های مرتبط با آن

در تعاریفی که از مقوله سلامت صورت گرفته است، تناقضی مهم به چشم می‌خورد و آن این است که معمولاً سلامت^۸ نه بر اساس ظرفیت و آمادگی^۹ برای سلامت، بلکه بر اساس ناخوشی-سلامت^{۱۰} تعریف می‌شود که که نوعاً با مرض^{۱۱}، ناخوشی^{۱۲} و بیماری^{۱۳} مرتبط است (وست^{۱۴}، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۲). در این رویکرد،

¹ Meta Synthesis

² Walsh

³ Downe

⁴ aggregative

⁵ Erwin

⁶ Brotherson

⁷ Summers

⁸ health

⁹ potential

¹⁰ ill-health

¹¹ disease

¹² illness

¹³ sickness

¹⁴ West

سلامت نبودن بیماری است (کلمن^۱، هندری^۲ و کلوپ^۳، ۲۰۰۷، ص. ۴). این تعریف که مبتنی بر مدل زیست زیست پزشکی^۴ است، به جنبه‌های مثبت سلامت توجه ندارد و عملاً جوانان را از حوزه فعالیت‌ها و مطالعات مطالعات بهداشتی دور می‌سازد، زیرا جوانان به خاطر موقعیت سنی خاص خود و نیز اینکه در اوج نیروی جسمانی قرار دارند حداقل کمتر ناخوشی علامتی و یا ابرازی مطابق تعاریف کلاسیک دارند. از آن پس تلاش‌های گسترده‌ای صورت گرفته است تا تعاریف بهداشت را به جنبه‌های مثبت گسترش دهد و بهداشت را نبود مرض یا ناخوشی تلقی نکند؛ چرا که حداقل خود مردم وضعیت جسمانی و روانی مثبت مثل تناسب اندام، نیرو و نشاط و رفاه را از مؤلفه‌های سلامت می‌شمارند (بلاکستر^۵ به نقل از وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۲). در این مورد گوخمان^۶ نگاه وسیعی دارد: در منظر وی رفتارهای بهداشتی شامل ویژگی‌های شخصی مثل اعتقادات، انتظارات، محرک‌ها، ارزش‌ها، ادراکات و سایر عناصر شناختی و نیز ویژگی‌های شخصیتی شامل وضعیت عاطفی و تأثیرپذیری^۷ و الگوهای رفتاری، کنش‌ها و عادات مرتبط با سلامت است (به نقل از اسپرویت-متس^۸، ۱۹۹۹، ص. ۶). این تعریف نزدیک به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۹ از بهداشت و سلامت است که در آن داشتن رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، سلامت و بهداشت تلقی می‌شود (به نقل از وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۲). البته این تعاریف کل‌نگر^{۱۰} خود مشکلاتی دارد، از جمله اینکه عوامل سلامت و خود سلامت را تفکیک نمی‌کند و این خطر را به همراه دارد که همه زندگی اجتماعی و سعادت و خوشبختی انسانی را به عنوان بهداشت و سلامت تعریف کند و باعث خلط عوامل بهداشت و خود بهداشت شود (ن. ک. به اسپرویت-متس، ۱۹۹۹، ص. ۶ و وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۲). در ارتقای تعریف سلامت و بهداشت و توسعه حوزه آن (فراتر از ناخوشی و مرض) گلانتس^{۱۱}، لويس^{۱۲} و ریمر^{۱۳} با قراردادن فرد در متن اجتماعی، رفتار بهداشتی را به فرآیند و نتایج کنش‌های افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها و به تعیین‌کننده‌ها و عواقب کنش‌ها نسبت می‌دهند که دربرگیرنده تغییر اجتماعی، توسعه وضعیت، به اجرا درآوردن سیاست‌ها،

1 Coleman

2 Hendry

3 Kloep

4 biomedical

5 Blaxter

6 Gochman

7 affective and emotional status

8 Spruijt-Metz

9 WHO

10 holistic

11 Glanz

12 Lewis

13 Rimer

بهبود دادن مهارت‌های انطباقی و افزایش کیفیت زندگی است (به نقل از اسپرویت-متس، ۱۹۹۹، ص. ۶). با توسعه مفهوم سلامت، رویکردهای جدیدتر به جنبه‌های پویای بهداشت و سلامت بیشتر توجه می‌کنند؛ در این باره استون^۱ (۱۹۸۷) مطرح می‌کند که سلامت را نباید به عنوان حالت نوعی ثابت در نظر گرفت، بلکه باید باید آن را مفهومی پویا که شامل حرکت در مسیر مثبت (یا منفی) است، نگرینست (به نقل از گلمن، هندری و کلوپ، ۲۰۰۷، ص. ۸). مطابق این نگاه، یک فرد در موقعیت‌های مختلف زندگی‌اش ممکن است کمتر یا بیشتر سالم باشد. نیز اسپرویت-متس با طرح ضرورت توجه به تمایزات زمانی و حتی تفاوت‌های فردی، با سنتزی از رویکردهای مختلف، رفتار بهداشتی و سلامت را هر رفتار آشکار یا صفت شخصی می‌داند که به بهبود، نگهداری و یا تجدید رفاه اجتماعی، روانی و جسمانی و پیشگیری از بیماری کمک کند (اسپرویت-متس، ص. ۷). در مقابل، وی رفتار خطرناک^۲ را نیز در همان متن وسیعی که رفتار بهداشتی تعریف می‌شود، قرار می‌دهد و بنابراین هر رفتار آشکار یا صفت شخصی را که رفاه اجتماعی، روانی و جسمانی را در معرض خطر و تخریب قرار می‌دهد و یا باعث گسترش بیماری می‌شود، رفتار خطرناک تلقی می‌کند (همان، ص. ۸). گلمن مدل رشدی دوره زندگی^۳ را بر همین اساس (پویایی مفهوم سلامت) نظام تعاملی پویایی از منابعی (متشکل از عناصر مختلف) در نظر می‌گیرد که هر فرد در زمان‌های متفاوت و تعاقبات مختلف در اختیار دارد. از منظر وی این منابع با یکدیگر تعامل دارند و می‌توانند دیگر داشته‌های روانی، اجتماعی و محیطی را تقویت یا تضعیف کنند. بدین ترتیب، کسی که منابع بیشتری را در اختیار دارد، احتمالاً سلامت بیشتر نیز دارد. بعضی از این منابع با تولد فرد همراه او هستند، مثل خصوصیات ژنی و یا ویژگی‌های بنیادی فردی. بعضی نیز منابعی هستند که در طول زندگی به دست می‌آیند، مثل تحصیل، تغذیه خوب یا مثل آن. منابع با همدیگر تعامل دارند، مثل اثر سلامت جسمانی بر سلامت روانی و برعکس (گلمن، هندری و کلوپ، ۲۰۰۷، ص. ۹).

وست با جداکردن پایگاه سلامت^۴ که کیفیت یا مشخصه نسبتاً بلندمدت سلامت فرد است و وضع سلامت^۵ که معرف مشخصه کوتاه‌مدت سلامت در زمان خاص است، مدلی را پیشنهاد می‌کند که بر اساس آن هم به جنبه‌های کوتاه‌مدت و ایستا و هم به جنبه‌های بلندمدت و پویای سلامت توجه می‌شود (وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۲). او با استفاده از این دوگانه پایگاه-وضعیت و نیز مفهوم‌سازی بلاکس‌تر از سلامت، ۴ بعد را

¹ Stone

² risk behaviour

³ developmental lifespan model

⁴ health status

⁵ health state

مشخص می‌کند: "مرض / ناتوانی"^۱ و "تندرستی"^۲ که انعکاسی از دو بعد مختلف "پایگاه سلامت" است و "ناخوشی (علامت‌دار)"^۳ و "احساس ناخوشی روانی اجتماعی"^۴ که انعکاسی از دو بعد "وضع سلامت" است (همان، ص. ۳۳۳).

در جمع‌بندی از مفهوم‌سازی‌های متس، وست، گلمن و سایرین آشکار می‌شود:

(۱) سلامت ترکیبی از جنبه‌های ایستا و پویاست و بنابراین در هر مفهوم‌سازی از بهداشت جوانان باید هم‌زمان به هر دو جنبه توجه داشت؛

(۲) منابع در اختیار فرد، تعیین‌کننده‌های سلامت‌اند و بنابراین ریشه‌های جامعه‌شناختی سلامت جوانان باید دیده شود؛

(۳) رفتارهای سلامت نتیجه پایگاه و سنتزی از موقعیت و تفاوت‌های فردی و تمایزات زمانی^۵ است.

این مفهوم‌سازی‌ها کمک می‌کند که جوانان در متن مسائل مربوط به بهداشت و سلامت قرار گیرند: اولاً، آنها به خاطر تغییر سریع از حالتی به حالت دیگر بیش از سایر گروه‌های سنی جنبه‌های پویای سلامت را آشکار می‌کنند؛ ثانیاً، به واسطه فقدان معمول منابع در اختیار که خود ناشی از فقدان پایگاه اجتماعی تثبیت‌شده برای آنان است، بسیار نسبت به تغییرات بهداشتی واکنش نشان می‌دهند و در این مورد آسیب‌پذیرتر از بزرگسالان هستند؛ ثالثاً، وضعیت و تمایزات زمانی در سلامت را با توجه به موقعیت‌ها و تفاوت‌های فردی بهتر توضیح می‌دهند.

چالش‌های مرتبط با تعریف سلامت از منظر جوانان و بزرگسالان

هر تعریف جامع و مانعی که از سلامت و بهداشت جوانان در مقام ناظر شود با تعریف خود آنها و حتی تعریفی که از سوی بزرگسالان مرتبط با آنها، از جمله بزرگ‌ترهای خانواده، اولیای مدرسه و سیاست‌گذاران حوزه بهداشت جوانان می‌شود، متفاوت خواهد بود. در حالی که بزرگ‌ترها (اعم از والدین و سیاست‌گذاران) به جنبه‌های منفی سلامت جوانان از جمله رفتارهای خطرناک آنها مثل سوء مصرف مواد، مصرف الکل،

¹ disease/impairment

² fitness

³ illness (symptoms)

⁴ psychosocial malaise

⁵ chronological

مصرف مواد دخانی، روابط جنسی خارج از ضوابط و مواردی از این قبیل توجه دارند و آنها را منشأ تهدید سلامت جوانان می‌انگارند، جوانان نسبت به خطرات تهدید کننده سلامت در درازمدت چندان حساس نیستند. آنها از منظر «هم اکنون» که مبتنی بر زمان محدود همین حالاست، نسبت به وضع ظاهر، موی سر، پوست، قد و وزن، اندام، تغذیه، ورزش و جنبه‌های مختلف سلامت عاطفی، توانایی‌های ارتباطی و سلامت جنسی نگرانی‌های بیشتری دارند؛ نگرانی‌هایی که البته معمولاً مورد توجه و علاقه بزرگسالان و سیاست‌گذاران نیست (کلمن، هندری و کلوپ، ۲۰۰۷، ص. ۱۵، و شاک‌اسمیت و هندری، صص. ۱-۱۰ و ص. ۱۲۹). جوانان در مطالعات انجام شده از جمله مطالعه هندری (۱۹۹۸) به بحث با متخصصان سلامت درباره سیگار، الکل و مواد علاقه کمی نشان داده‌اند (کلمن، هندری و کلوپ، ۲۰۰۷، ص. ۶، و شاک‌اسمیت و هندری ص. ۲ و ص. ۱۲۹). در واقع، جوانان سلامت را به عنوان موضوع انتزاعی نمی‌بینند. برای آنها سلامت کاملاً درباره اینجا و حالا و داشتن اطلاعات و مهارت درباره موقعیتی است که هم اکنون با آن درگیرند (کلمن، هندری و کلوپ، ۲۰۰۷). آشکار است این عدم انطباق بین علائق جوانان و بزرگسالان در حوزه بهداشت جوانان، عواقبی در سیاست‌گذاری‌ها دارد که خود احتمالاً تأثیری منفی بر رشد رفتاری و روانشناختی و نیز اجتماعی جوانان باقی خواهد گذارد- ضمن این که چنین تقابلی حتی گاه به بدگمانی بزرگسالان درباره جوانان می‌انجامد و فضایی از هراس اخلاقی پدید می‌آورد (جونز، ص. ۳۱، و شاک‌اسمیت و هندری ص. ۲ و ص. ۱۲۹).

وضع سلامت جوانان و تحولات آن در جهان و ایران

در سنت مطالعات سلامت و نیز در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، جوانان به عنوان گروهی خاص کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند که البته این امر درست در مقابل پیشرفت‌هایی است که در عرصه بهداشت کودکان و کهنسالان صورت پذیرفته است. فرلانگ^۱ مطرح می‌کند که در جوامع اروپا و شمال آمریکا علیرغم پیشرفت‌ها در استانداردهای زندگی و تغذیه، از بهداشت و سلامت جوانان غفلت شده است (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹). وی معتقد است که حتی وضع بهداشت جوانان بدتر شده است و شواهد نیز این امر را تأیید می‌کند (همان). از منظر فرلانگ و کارتمل^۲ عوامل متعددی باعث این وضعیت شده است؛ از جمله این عوامل، فرضی است که بر بسیاری از اقدامات در این حوزه تأثیر گذاشته است و آن این که مشکلات تهدیدکننده سلامت جوانان همان‌هایی است که در بچگی اثر می‌گذارد و البته در بزرگسالی نیز اثرات آن‌ها ادامه می‌یابد (فرلانگ و

¹ Furlong

² Cartmel

کارتمل، ۲۰۰۷، ص. ۶۷). دلیل دیگر آن که از منظر چرخه زندگی، جوانان به عنوان کسانی در نظر گرفته می‌شوند که دوره پرخطر کودکی را پشت سر گذاشته و در اوج سلامتی‌اند. ضمن آنکه از طرف دیگر وارد دوره بزرگسالی که در آن سلامتی کم‌کم تحلیل می‌رود نیز نشده‌اند (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹). خود عدم توجه نوجوانان و جوانان به جنبه‌های مرتبط با سلامت نیز در این امر مؤثر بوده است. بدین ترتیب، اجمالاً و معمولاً نوجوانی، دورانی از حد نهایی سلامت و زندگی در شرایط مناسب و خوب جسمانی در نظر گرفته می‌شده است (اسپرویت-متس، ۱۹۹۹، ص. ۱۶). این مسئله دلایل نهادی نیز داشته است؛ از جمله این که به دلیل فقدان مطالعات کافی درباره بهداشت جوانان و نیز نبود توزیع گروه سنی جوانان در آمارهای رسمی، عملاً امکان توجه نهادهای سیاست‌گذار به این حوزه نبوده است (وست، ۲۰۰۹، ب، ص. ۳۶۱). در ضمن نهادهای رسمی و اجرایی عملاً آن چنان درگیر مسئله‌های حاد بهداشتی (مثل بهداشت و سلامت کودکان) بوده‌اند که کمتر فرصت توجه به مسئله بهداشت و سلامت نوجوانان و جوانان را می‌یافته‌اند. نیز در گذشته تجربه‌های اندکی درباره بهداشت و سلامت کهنسالان وجود داشت تا بتوان رابطه بین بهداشت و سلامت جوانان و بزرگسالان و ریشه‌های نوجوانانه و جوانانه سلامت در کهنسالی را دریافت.

اکنون وضعیت کاملاً تغییر کرده است. در واقع، در ۲۰ ساله اخیر به دلیل تغییر در سبک زندگی جوانان در عرصه رفتارهای پرخطر، تغییر در نوع گسترش حوادث و از همه مهم‌تر تغییرات گسترده در شرایط و چگونگی گذار به بزرگسالی که بیش از هر چیز سلامت روانی نوجوانان و جوانان را در خطر قرار داده است - تحقیقات متعدد این را اثبات کرده - و وضع سلامت جوانان بدتر شده است. داده‌ها افزایش منظم مشکلات افسردگی، خودکشی و جرم را تأیید می‌کند (وست، ۲۰۰۹، ب، ص. ۳۶۱). مجموعه این تغییرات در حدی است که حتی در کشورهای با عنوان توسعه‌یافته برای اولین بار در یک قرن اخیر امید به زندگی در حال کاهش است. گسترش بیماری‌های آلرژیک نیز روند کاهش سلامت را تأیید می‌کند (همان، ص. ۳۳۰). بدین ترتیب، جوانان به طور جدی وارد حوزه‌های مطالعاتی بهداشت و سلامت شده‌اند و حتی در اولویت‌های توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته‌اند. البته بحث‌هایی جدی وجود دارد که آیا آنچه با عنوان «بدرشدن وضعیت سلامت جوانان» مطرح می‌شود، امری واقعی است یا تنها «ساخته‌ای اجتماعی»^۱ است که خود می‌تواند انعکاسی از هراس اجتماعی بزرگسالان نسبت به وضعیت جوانان و اینکه آنها نظم اجتماعی موجود را تهدید می‌کنند، باشد. حداقل در ایران نگاهی به عناوین تحقیقاتی در حوزه سلامت و بهداشت جوانان، تأیید می‌کند

^۱ social construction

که مهمترین آنها پیرامون جنبه‌های منفی و رفتارهای خطرناک جوانان تعریف شده اند. این امر به طور آشکاری منعکس کننده رویکرد بزرگسالانه و هراس اخلاقی پنهان در آن است (ر.ک به ارجاعات فارسی آخر همین مقاله) که به آسانی به فرهنگی از شماتت جوانان و اینکه جوانان درگیر فرهنگ فساد و تباهی‌اند مربوط می‌شود. علیرغم وجود ساخته‌ای اجتماعی از بهداشت و سلامت جوانان که متوجه جنبه‌های منفی سلامت است، داده‌های عینی نشان می‌دهد که سلامت و بهداشت جوانان حداقل در جنبه‌های مثبت سلامت، تنها ساخته‌ای اجتماعی نیست، ضمن آن که به ویژه هنوز هم آن چنان توجهی به سلامت جوانان در مجموعه سیاست‌گذاری‌ها و نیز توسعه نهادی سازمان‌های بهداشتی مربوط به جوانان نمی‌شود.

وضعیت عمومی سلامت جوانان

در مورد وضعیت سلامت جوانان در ایران، متأسفانه اطلاعات طولی مناسبی وجود ندارد. به همین دلیل امکان مطالعه روندها تقریباً غیر ممکن است، اما مطالعات مختلف در حوزه‌های متفاوت بهداشت جوانان، وضعیت سلامت آنها را تا حدودی بازنمایی می‌کند- هر چند اطلاعات قابل تعمیم ملی در این مورد ناچیز است. در مطالعه‌ای در تهران، ۸۵ درصد جوانان، خود ارزیابی عالی یا خوبی از وضع سلامت خود داشته‌اند (احمدنیا، ۱۳۸۰، ص ۵۳). در همین حال ۶ درصد جوانان اظهار داشته‌اند که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند. ۷/۳ درصد اظهار داشته‌اند که وضع تغذیه مناسبی ندارند. وضعیت رفتارهای بهداشتی پایه وضع بدتری دارد؛ چنان که ۳۳ درصد جوانان تحرک بدنی خاصی ندارند و تنها ۴۳ درصد مرتب ورزش می‌کنند. ۷/۵ درصد اصلاً مسواک نمی‌زنند، ۲۷ درصد گاه به گاه مسواک می‌زنند و ۸۸ درصد نیز از نخ دندان استفاده نمی‌کنند. ۳ درصد از جوانان برای چاق شدن یا لاغر شدن دارو استفاده می‌کنند و ۲۵ درصد نیز اظهار داشته‌اند که احساس نگرانی دارند و فکر و خیال می‌کنند (همان، صص ۶۳-۵۴). دانش نوجوانان در خصوص تغذیه به عنوان پایه رفتارهای بهداشتی نیز بسیار ضعیف است؛ چنان که ارزیابی ۸۰ درصد از آنها در مورد نسبت نان و غلات در تغذیه روزانه غلط است (همان، صص ۶۹-۶۷). در مورد تصور از بدن نیز که مشخص‌کننده بسیاری از رفتارهای مربوط به تغذیه و سلامتی است، ۴۹ درصد ارزیابی غیر معمولی از شرایط وزن و هیکل خود داشته‌اند که از این میان ۲۹ درصد اظهار داشته‌اند لاغر یا خیلی لاغر هستند و ۲۰ درصد نیز ارزیابی چاق یا خیلی چاق از بدن خود داشته‌اند. بر این اساس، ۵۰ درصد جوانان به دنبال تغییر وضعیت بدن خود (لاغر شدن یا چاق شدن) بوده‌اند (همان، صص. ۵۴-۵۷). در شهرستان‌ها نیز وضعیت چندان متفاوتی مشهود نیست. در مطالعه کلیشادی و همکاران نشان داده می‌شود اگر چه بیشتر دانش‌آموزان، والدین و مسئولان مدارس آگاهی

کافی نسبت به تغذیه سالم دارند، اما عملکرد آنها گویای این امر نیست. نیز اگر چه میانگین مصرف چربی نوجوانان در محدوده مجاز توصیه شده است، اما در بسیاری موارد اختلالات چربی سرم خون وجود دارد مثلاً میانگین کلسترول دختران گروه سنی ۱۱ تا ۱۴ و ۱۵ تا ۱۸ ساله، به طور معنی‌داری بالاتر از مقادیر استاندارد است. در مطالعه فوق ارتباط مستقیم بین اختلالات چربی خون در نوجوانان و مصرف غذاهای آماده و میان وعده‌های غذایی چرب به دست آمد. همچنین، اگر چه نشان داده شد که میزان مصرف پروتئین در حد توصیه شده است، ولی با توجه به مصرف گوشت قرمز، اختلالات چربی خون نیز وجود داشت. (رویا کلیشادی، غلامحسین صدری، مهین هاشمی‌پور، نضال صراف‌زادگان، حسن علی‌خاصی، نصرا... بشردوست، رضوان انصاری، رضوان پشمی، صدیقه رفیعی طباطبائی، مریم شهاب، ۱۳۸۲) مطالعه‌ای در شهر بجنورد در سال ۸۷ در مورد رفتار بهداشتی جوانان نشان داده است که ۶۵ درصد جوانان هیچ‌گاه وضعیت سلامتی خود را چک نمی‌کنند (سامانیان و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۸۶). تنها ۷/۷ درصد حداقل روزی یک ساعت ورزش می‌کنند (همان، ص ۸۹). ۶۶ درصد هیچ‌گاه برای کنترل سلامت چشم خود به چشم‌پزشک مراجعه نمی‌کنند (همان، ص ۹۴). ۶۱ درصد در طول سال به دندانپزشک مراجعه نمی‌کنند (همان، ص ۹۵). ۲۵ درصد جوانان کم یا خیلی کم از سبزیجات و ۸ درصد کم یا خیلی کم از شیر در رژیم غذایی خود استفاده می‌کنند (همان، ص ۱۰۱). تنها ۲۰ درصد از جوانان اولویتشان در انتخاب یک غذا، ارزش تغذیه‌ای آن است (همان، ص ۱۰۲). مطالعه صفرعلیزاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ نشان داد ۶۶ درصد دختران نوجوان شهر خوی از نظر شاخص توده بدنی در سطح نرمال و ۳ درصد چاق بوده‌اند (فاطمه صفرعلیزاده، حمیده پرتواعظم، زینب حبیب‌پور، ۱۳۸۸). در مطالعه گرمارودی و همکاران، ۱۴/۷ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه تهران رژیم غذایی نامناسب و ۳۲/۶ درصد نیز عدم فعالیت جسمانی را گزارش کرده‌اند (غلامرضا گرمارودی، جلیل مکارم، سیده شهره علوی، زینب عباسی، ۱۳۸۸). مطالعه جلالی‌نیا و همکاران در این مورد نشان داد که اطلاعات نوجوانان در زمینه مشکلات ناشی از عادات نادرست غذایی چندان رضایتبخش نیست (شیرین جلالی‌نیا، فهیمه رضوانی‌تهرانی، منیر برادران افتخاری، حسین ملک‌افضلی، نیلوفر پیکری، ۱۳۸۹). مطالعه محمدنژاد و همکاران در سال ۱۳۸۸ در باره دانش‌آموزان ابتدایی شهر ساوه نیز نشان داد تنها ۴۲ درصد از آنها حداقل یک‌بار در شبانه‌روز مسواک می‌زنند و ۱/۲ درصد از آنها نیاز به درمان فوری دندان دارند (اسمعیل محمدنژاد، اسمعیل شریعت، جمال‌الدین بیگجانی، قاسم ابوطالبی، ۱۳۹۰).

مطالعه بین‌المللی اچ.بی.اس.سی. در سطح ۴۱ کشور اروپایی و شمال آمریکا هر چند مقایسه خوبی با داده‌های حاصل از مطالعه در ایران به دست نمی‌دهد، اما می‌تواند حدود تفاوت‌ها را نشان دهد. در مطالعه سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۶ و ۲۰۰۹-۲۰۱۰، ۱۸ درصد از نوجوانان ۱۵ ساله، خودارزیابی "نه چندان خوب" و "بد" از وضع سلامت خود داشته‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۶۰-۶۱ و کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۶۸-۶۹). به ترتیب در سال‌های فوق ۱۸ و ۱۷ درصد نیز اظهار رضایت کمی از زندگی خود کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۶۴-۶۵ و کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۷۲-۷۳). ۱۴ درصد احساسی از اضافه وزن داشته‌اند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۷۶-۷۷ و ۹۰-۹۱). ۲۸ درصد احساس می‌کرده‌اند که زیادی چاق‌اند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۸۰-۸۱ و ۹۵). ۴۵ درصد چیزی به عنوان صبحانه نمی‌خورند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۸۶-۸۷ و ۱۰۸-۱۰۹). ۳۰ و ۳۱ درصد روزانه میوه می‌خورند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۹۰-۹۱ و ۱۱۲-۱۱۳). ۲۵ درصد روزانه نوشابه‌های غیرالکلی حاوی شکر مصرف می‌کنند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۹۴-۹۵ و ۱۱۶-۱۱۷). ۶۴ و ۶۵ درصد بیش از یک بار در روز مسواک می‌زنند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۹۸-۹۹ و ۱۲۴-۱۲۵). ۱۵ درصد رژیم لاغری دارند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۹۸-۹۹ و ۱۰۲-۱۰۳). به ترتیب ۲۲ و ۱۵ درصد روزانه حداقل یک ساعت فعالیت بدنی متعادل تا شدید دارند (همان‌ها، به ترتیب صص. ۱۰۶-۱۰۷ و ۱۳۰-۱۳۱).

هر چند مقایسه نتایج مشکل می‌نماید، اما در بعضی موارد فارغ از اختلافات در پرسش‌ها و زمان اجرای پژوهش و یا حتی متن اجتماعی و فرهنگی پرسش‌ها و پاسخ‌ها، تفاوت‌های اساسی در سطح بهداشت جوانان قابل استنتاج است. بر این اساس آشکار است که سطح بهداشت جوانان در ایران، از سطح متوسط ۴۱ کشور مورد بررسی در مطالعه اچ.بی.اس.سی. نسبتاً پایین‌تر است.

داده‌های طولی از مطالعات مختلف در جهان آشکار می‌کند که علیرغم پیشرفت‌ها در استانداردهای زندگی و تغذیه، پیشرفت در بهداشت جوانان مورد غفلت قرار گرفته است (فرلانگ، ۲۰۰۹، صص. ۳۲۹). افزایش وزن به عنوان روندی کلی نشانه ارتقای سطح کلی بهداشت است، اما این امر در مواردی با سطوحی از چاقی و اضافه وزن شایع^۱ همراه شده است که در نتیجه شیوع عادات بد مصرف مواد غذایی به وجود آمده است؛ چنان که به عنوان مثال، مصرف کربوهیدرات‌ها در ۲۰ ساله اخیر دو برابر شده است (وست، ۲۰۰۹، ب، صص. ۳۶۲). این در حالی است که به علت ریشه‌کن شدن بیماری‌های عفونی، امکان آسیب‌پذیری افراد در مقابل

^۱ epidemic

بیماری‌های آلرژیک بیشتر شده است و در مجموع سطح امید به زندگی را در نسل‌های متأخرتر کاهش داده است (وست، ۲۰۰۹، ب). همچنین، داده‌ها افزایش منظم اختلالات خورد و خوراک^۱ را در جوانان تأیید می‌کند (وست، ۲۰۰۹، الف، صص. ۳۳۶-۳۳۷). هر چند بیشتر جوانان با اختلالات خورد و خوراک روبرو نیستند (فالکنر^۲، ۲۰۰۷، ص. ۷۹)، اما در مجموع می‌توان گفت که تغذیه جوانان خوب نیست و بدتر نیز می‌شود (وست، ۲۰۰۹، ب، صص. ۳۶۲-۳۶۳). مرگ و معلولیت ناشی از حادثه در جوانان کشورهای توسعه‌یافته در حال کاهش است، هر چند پایگاه سلامت آنها تغییر چندانی نیافته است (وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۷). این در حالی است که مرگ‌ها و معلولیت‌های ناشی از حادثه در بین جوانان بسیاری از کشورهای جهان سوم حتی در حال افزایش است. البته جنبه‌های مثبت نیز وجود دارد. شواهد تحقیقاتی حاکی از آن است که مشارکت جوانان در ورزش و تحرک جسمانی افزایش یافته است (لوری، کِرمِر و تِرو، ۲۰۰۷، ص. ۳۹).

وضعیت سلامت روانی جوانان

در بررسی سلامت روانی نوجوانان و جوانان در ایران، اطلاعات باز هم محدودتر است - ضمن آن که هیچ اطلاعات طولی قابل استنادی نیز درباره جوانان وجود ندارد. هر چند مطالعه مفصلی در باره وضعیت سلامت روان افراد بالای ۱۵ سال تهرانی در سال ۱۳۸۷ انجام شده، اما داده‌های تفکیکی از وضعیت جوانان در آن مطالعه ارائه نشده است (احمدعلی نوربالا، سیدعباس باقری یزدی، محسن اسدی لاری، محمدرضا واعظ مهدوی، ۱۳۸۹). مطالعه سال ۱۳۸۰ سازمان ملی جوانان نشان داده است که نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله بر اساس شاخص‌های شش‌گانه رشد روانی - اجتماعی اریکسون در مقوله‌های صمیمیت و اعتماد، میانگین پایین‌تری را نسبت به سایر مقوله‌ها ابراز کرده‌اند (احمدنیا، ۱۳۸۰). مطالعه صفرعلی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ نشان داد ۷۹ درصد دختران نوجوان شهر خوی خُلق طبیعی و ۱۷ درصد افسردگی خفیف داشته‌اند (فاطمه صفرعلی‌زاده، حمیده پرتواعظم، زینب حبیب پور، ۱۳۸۸). در بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۲ شیوع لحظه‌ای علایم اختلال روانی ۷۲ درصد برآورد گردید که از این بین ۷ درصد حداقل در یک بعد دچار اختلال شدید بودند. در این مورد نشان داده شد که علائم مربوط به اختلال افکار پارانوییدی، افسردگی و اختلال وسواسی جبری به ترتیب دارای بالاترین درصدها بودند (صادق‌علی تازیکی، سیما بشارت، محمدرضا ربیعی، ۱۳۸۴). در مطالعات مختلف جهانی نیز بهداشت روانی به حوزه جدیدی از نگرانی بدل شده است که با شواهدی از افسردگی گسترده و اضطرابات

¹ eating disorders

² Faulkner

روانشناختی در میان جوانان تقویت یافته است (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹). فرلانگ نشان داده که افزایش مشکلات روانی جوانان مقوله‌ای است که در بسیاری از جوامع مشاهده می‌شود و تقریباً امری جهانی است (همان). افزایش منظم اختلالات افسردگی، خودکشی، خشونت، اختلالات سلوک و سوءمصرف مواد که از داده‌های کشورهای مختلف به دست می‌آید (وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۶) تردیدی باقی نمی‌گذارد که سلامت روانی در بین جوانان در حال کاهش یافتن است. اِکرزلی^۱ مطرح می‌کند که روندهای طولانی مدت بهداشت روانی را به دشواری می‌توان مشخص کرد، اما شواهد به دست آمده از تحقیقات نشان می‌دهد که از هر دو نفر جوان، یک نفر مشکلات کم اهمیت روانشناختی و از هر ۱۰ نفر جوان ۳ نفر مشکلات روانشناختی معنی‌دار مثل سردرد، دل‌درد و بی‌خوابی دارد (۲۰۰۹، صص. ۳۵۳-۳۶۰).

سلامت جوانان و رفتارهای پرخطر

مصرف مواد دخانی و سیگار

بر اساس مطالعه یوسفی در سال ۱۳۸۸، ۴۴ درصد جوانان تجربه مصرف مواد دخانی را داشته‌اند. ۷۵ درصد کسانی که تجربه مصرف مواد دخانی داشته‌اند، قلیان و ۵۷ درصد سیگار را تجربه کرده‌اند و ۷ درصد نیز کاملاً سیگاری بوده‌اند (یوسفی، ۱۳۸۸). مطالعه گرمارودی و همکاران در همان سال نشان داد ۵ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه تجربه مصرف سیگار در ماه منتهی به تحقیق داشته‌اند (غلامرضا گرمارودی، جلیل مکارم، سیده شهره علوی، زینب عباسی، ۱۳۸۸). مطالعه مؤمن‌نسب و همکاران نیز نشان می‌دهد که به ترتیب ۲۵ و ۳۰ درصد دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ سابقه مصرف سیگار و قلیان داشته‌اند (مرضیه مؤمن‌نسب، سید سعید نجفی، محمد حسین کاوه، فرناز احمدپور، ۱۳۸۵). در مطالعه یوسفی، ۲۱ درصد جوانان علت مصرف را ابراز هویت و جلب توجه، ۱۸ درصد همراهی با دوستان و ۹ درصد تقلید عنوان کرده‌اند که اگر تمامی اینها عناصر مرتبط با هویت دانسته شود، می‌توان گفت دلایل هویتی از اهم دلایل نزدیکی جوانان در ایران با مواد دخانی است (یوسفی، ۱۳۸۸). در مطالعات دیگر نسبت‌های متفاوتی در خصوص مصرف سیگار و مواد دخانی به دست آمده است، از جمله در مطالعه شاهرخی در سال ۸۳، نسبت جوانان سیگاری ۱۳/۵ درصد به دست آمده است. این در حالی است که در مطالعه سازمان ملی جوانان در سال ۸۰، میزان سیگاری‌های بین ۱۲ تا ۱۸ سال، ۲ درصد گزارش شده است (شاهرخی، ۱۳۸۵). در مطالعه اچ.بی.اس.سی. در سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۶ متوسط آنهایی که در هفته حداقل یک بار سیگار

¹ Eckersley

می‌کشند، در ۱۱ ساله‌ها ۱ درصد، در ۱۳ ساله‌ها ۶ درصد و در ۱۵ ساله‌ها ۱۹ درصد بوده است (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۱۲۰-۱۲۱). این نسبت برای سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ به ترتیب در ۱۱ ساله‌ها به ۱ درصد، در ۱۳ ساله‌ها به ۶ درصد و در ۱۵ ساله‌ها به ۱۸ درصد رسیده است که نشان از کاهش مصرف سیگار دارد (کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۱۴۴-۱۴۵). مقایسه روندها آشکار می‌کند که مصرف سیگار بین جوانان در بسیاری از کشورهای اروپا و شمال آمریکا در حال کاهش است (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹).

سوء مصرف مواد و اعتیاد

نسبت قابل توجهی از معتادان کشور (۴۵ درصد) جوان بوده‌اند (صداقت و دیگران، ۱۳۸۵، ص ۲۰۴) در مطالعه شاهرخی در شهرهای اصفهان، مشهد و شهرکرد مصرف حشیش در بین جوانان معتاد ۲/۱ درصد و مصرف آمفتامین ۷/۲ درصد به دست آمده است (شاهرخی، ۱۳۸۵). همین مطالعه آشکار کرده است که ۵/۸ درصد جوانان معتاد مورد مطالعه تریاک و ۱۳/۴ درصد هروئین مصرف کرده‌اند. مصرف متادون در این مطالعه ۲/۷ درصد برآورد شده است (همان). مطالعه‌ای دیگر در تهران بین نوجوانان کانون اصلاح و تربیت نشان داده است که در بین آنها تجربه مصرف اکستازی بیش از سایر مواد صنعتی بوده است (میرزایی، ۱۳۸۷). مطالعه گرمارودی و همکاران در سال ۱۳۸۸ نشان داد ۲/۷ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه تجربه مصرف مواد مخدر داشته‌اند (غلامرضا گرمارودی، جلیل مکارم، سیده شهره علوی، زینب عباسی، ۱۳۸۸). مطالعه مؤمن‌نسب و همکاران نیز نشان می‌دهد که به ترتیب ۸/۳ و ۴/۳ درصد دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ سابقه مصرف مواد مخدر و داروهای غیرمجاز داشته‌اند (مرضیه مومن‌نسب، سید سعید نجفی، محمد حسین کاوه، فرناز احمدپور، ۱۳۸۵). مطالعه سال ۱۳۸۶ علی‌زاده در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان نیز نشان داد که ۴/۷ درصد سابقه مصرف حشیش، ۴/۸ درصد تریاک، ۰/۷ درصد هروئین و ۲/۷ درصد اکستازی داشته‌اند (نرگس شمس‌علیزاده، مرضیه مقدم، بهزاد محسن‌پور، نرگس رستمی‌گوران، ۱۳۸۷). مطالعه اچ.بی.اس.سی. در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷ نشان می‌دهد که ۱۸ درصد از ۱۵ ساله‌ها در اروپا و شمال آمریکا حداقل یک بار حشیش استفاده کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، ص. ۱۳۶) هر چند آنهایی که در ۳۰ روز منتهی به تحقیق از آن استفاده کرده‌اند، محدود به ۶ درصد از ۱۵ ساله‌ها بوده است (همان، ص. ۱۴۰). مطالعه سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ نیز نشان می‌دهد که نسبت ۱۵ ساله‌هایی که حداقل یک بار حشیش استفاده کرده‌اند به ۱۷ درصد (کاری و دیگران، ۲۰۱۲، ص. ۱۶۶) اما آنهایی که در ۳۰ روز منتهی به تحقیق از آن استفاده کرده‌اند، به ۸ درصد رسیده است (همان، ص. ۱۶۷). مطالعات در همان

کشورها نشان داده است که هر چند مصرف مواد غیرقانونی از دوره نوجوانی آغاز می‌شود، اما در اکثر موارد مصرف آنها محدود به دوره گذار به بزرگسالی است و معمولاً کنترل می‌شود (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۳۰).

مصرف الکل

اطلاعات درباره مصرف الکل در بین جوانان ایران محدود است. مطالعه سال ۱۳۸۶ علی‌زاده و همکاران در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان نشان می‌دهد که ۱۷ درصد دانشجویان سابقه یک‌بار یا بیشتر مصرف الکل و ۱/۱ درصد سابقه مصرف مستمر آن را داشته‌اند (نرگس شمس‌علیزاده، مرضیه مقدم، بهزاد محسن پور، نرگس رستمی گوران، ۱۳۸۷). مطالعه مؤمن‌نسب و همکاران نیز نشان می‌دهد که ۹ درصد دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ سابقه مصرف الکل داشته‌اند (مرضیه مؤمن‌نسب، سید سعید نجفی، محمد حسین کاوه، فرناز احمدپور، ۱۳۸۵). مطالعه گرمارودی و همکاران در سال ۱۳۸۸ نیز نشان داد ۷/۴ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه در ماه منتهی به تحقیق تجربه مصرف الکل داشته‌اند (غلامرضا گرمارودی، جلیل مکارم، سیده شهره علوی، زینب عباسی، ۱۳۸۸). مطالعه‌ای که در خصوص نگرش‌ها و نظرات جوانان درباره مصرف الکل انجام شده است، نشان می‌دهد که ۱۷ درصد جوانان مصرف کنترل‌شده الکل را خالی از اشکال می‌دانند. ۹ درصد نیز تأیید کرده‌اند که مصرف مشروبات الکلی در جشن‌ها و میهمانی‌ها اشکالی ندارد (گراوند، ۸۸، ص ۲۲). این امر با توجه به حرمت مصرف مشروبات الکلی جای تأمل بسیار دارد، ضمن آن که نگرش‌ها نزدیک به عمل هستند و آمادگی برای رفتار را به وجود می‌آورند. مطالعات در سطح جهان و از جمله مطالعه اچ.بی.اس.سی. در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷ نشان می‌دهد که ۵ درصد ۱۱ ساله‌ها، ۱۱ درصد ۱۳ ساله‌ها و ۲۶ درصد ۱۵ ساله‌ها حداقل یک بار در هفته مشروب الکلی می‌نوشند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۱۲۴-۱۲۵). این نسبت‌ها برای سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ به ترتیب ۴، ۸ و ۲۱ درصد بوده است (کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۱۵۴-۱۵۵). برای سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷ نسبت ۱۵ درصد از ۱۵ ساله‌ها در سن ۱۳ سالگی یا کمتر تجربه مستی داشته‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۱۲۸) که این میزان برای سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ به ۱۴ درصد رسیده است (کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۱۵۶). نیز ۳ درصد ۱۱ ساله‌ها، ۱۱ درصد ۱۳ ساله‌ها و ۳۳ درصد ۱۵ ساله‌ها بر اساس مطالعه ۲۰۰۶-۲۰۰۷ حداقل دو بار تجربه مستی داشته‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۱۳۲-۱۳۳). برای سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ این نسبت‌ها به ترتیب ۲، ۹ و ۳۲ درصد بوده است (کاری و دیگران، ۲۰۱۲، صص. ۱۵۶-۱۵۷).

روابط جنسی

مطالعات درباره روابط جنسی قبل از ازدواج در ایران محدود و در ضمن نیازمند بررسی بیشتر در صحت نتایج است. مطالعه‌ای نشان داده است که تقریباً ۵۵ درصد جوانان به نحوی از انحاء با جنس مخالف رابطه داشته‌اند و ۲۴ درصد افرادی که با جنس مخالف رابطه داشته‌اند، رابطه‌شان به آمیزش جنسی منجر شده است (۱۳/۲ درصد کل). از این میان ۲/۱ درصد از کل نمونه با حاملگی ناخواسته روبرو شده‌اند (روابط جنسی دختران و پسران قبل از ازدواج، ۸۶). مطالعه گرامرودی و همکاران در سال ۱۳۸۸ نیز نشان داد ۵ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه تجربه رابطه با جنس مخالف داشته‌اند (غلامرضا گرامرودی، جلیل مکارم، سیده شهره علوی، زینب عباسی، ۱۳۸۸). مطالعه مؤمن‌نسب و همکاران نیز نشان می‌دهد که ۳۲ درصد دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ که سابقه مقاربت جنسی داشته‌اند بیش از دو شریک جنسی داشته و ۴۰ درصد نیز از وسایل محافظتی استفاده نکرده‌اند (مرضیه مومن‌نسب، سید سعید نجفی، محمد حسین کاوه، فرناز احمدپور، ۱۳۸۵). نظرسنجی درباره روابط جنسی قبل از ازدواج نشان داده است که علیرغم مخالفت بیشتر جوانان با آن- براساس توزیع پاسخ‌ها به گویه‌ها به شکلی متضاد- نوعی افکار عمومی^۱ در این باره شکل گرفته است: به ترتیب ۴۰ درصد و ۴۹ درصد جوانان تأیید کرده‌اند که داشتن دوست پسر برای دختران و داشتن دوست دختر برای پسران اشکالی ندارد (گراوند، ۱۳۸۷، ص ۲۱). در همین مطالعه، ۵۹ درصد جوانان تأیید کرده‌اند که اجتناب از ارضای تمایلات جنسی تا زمان ازدواج ضرورتی ندارد (همان). از همه مهم‌تر پاسخ‌های متضاد در تأیید یا رد گویه "روابط جنسی قبل از ازدواج، واقعیتی است که بزرگ‌ترها حاضر به پذیرش آن نیستند"، آشکار می‌کند که افکار عمومی در این باره قطبی شده است (همان، ص ۳۱). عواقب آشکار روابط جنسی غیر معمول آن بوده است که در سال ۸۵ حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر جوان ۱۵ تا ۲۹ سال در کشور مبتلای به بیماری‌های آمیزشی بوده‌اند (گزارش سلامت جوانان، ۱۳۸۵، ص ۹۷). در همین حال نزدیک به ۴۵ درصد مبتلایان به اچ.آی.وی جوانان ۱۵ تا ۳۵ سال بوده‌اند (همان، ص ۴۷) که البته بدیهی است تنها بخشی از آن تحت تأثیر رفتارهای پرخطر جنسی است. شایان ذکر است که میزان ارتباطات جنسی خارج از ضوابط در ایران نسبت به سایر کشورها بسیار اندک است. مطالعه اچ.بی.اس.سی. سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷ نشان داده است که در ۴۱ کشور مورد مطالعه به طور میانگین ۲۷ درصد جوانان ۱۵ ساله آمیزش جنسی را تجربه کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، ص. ۱۴۴) که از میان این افراد ۲۱ درصدشان

^۱ public opinion

از قرص ضدبارداری و ۷۷ درصد از محافظ لاستیکی در پیشگیری از بارداری ناخواسته استفاده کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، صص. ۱۴۸-۱۵۲). در مطالعه‌ی اچ.بی.اس.سی. سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ به طور میانگین گزارش شده است که ۲۶ درصد جوانان ۱۵ ساله آمیزش جنسی را تجربه کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، ص. ۱۷۴) که از این میان ۲۲ درصد از قرص ضدبارداری و ۷۸ درصد از محافظ لاستیکی در پیشگیری از بارداری ناخواسته استفاده کرده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، ص. ۱۷۹).

حوادث

میزان مرگ و مصدومیت ناشی از حوادث در گروه‌های سنی جوان نسبت به سایر جمعیت به گونه معنی‌داری بالاتر است. در سال ۱۳۸۵ در هر صد هزار جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله ۹ نفر بر اثر حوادث فوت کرده و ۱۱ نفر نیز مصدوم شده‌اند (گزارش سلامت، ۱۳۸۵، صص ۱۱۵-۱۲۵). میزان مرگ و مصدومیت ناشی از حوادث در بین گروه‌های سنی با افزایش سن کاهش یافته است. نیز ۵۲ درصد مرگ و میر ناشی از حوادث خانگی در گروه سنی ۱۵ تا ۳۹ سال اتفاق افتاده است که ۳۱ درصد آن در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است (همان). مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که حداقل در کشورهای توسعه‌یافته جراحی و مرگ ناشی از حادثه کاملاً کاهش یافته است (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹).

تفاوت‌ها و تمایزات در سلامت و بهداشت

جنسیت

مشاهدات و مطالعات نشان داده است که سلامت و بهداشت در گروه‌های مختلف به گونه معنی‌داری متفاوت است. جنسیت از متغیرهایی است که بیشترین تفاوت‌ها را آشکار می‌کند. هر چند این تفاوت‌ها در سلامت جسمانی کمتر است، اما در سلامت روانی، دختران مشکلات بیشتری را نشان می‌دهند (کاری و دیگران، ۲۰۰۸، ص. ۱۶۹). تحقیقات در این باره افزایش در علائم مرضی جسمانی و افسردگی روانشناختی را در بین دختران تأیید می‌کند. پدیدارشدن افزایش افسردگی در دختران نوجوان، ممکن است به واسطه انتظارات سستی از نقش زنانه در ترکیب با افزایش انتظارات آموزشی از دختران جوان - که امری متأخر است - باشد. به علاوه، این افزایش ممکن است با نقش بلوغ در ارتباط باشد، زیرا بلوغ برای مردان، تغییرات جسمانی و بالغ‌شدنی را به همراه دارد که عموماً مثبت ارزیابی می‌شود، اما قاعدگی برای بسیاری از زنان، با علائم ناخوشی جسمانی و

روانی از جمله افزایش در توده چربی بدن و نارضایتی از وضع اندام همراه می‌شود (سوئیتینگ^۱ و دیگران). در مطالعه اچ.بی.اس.سی. دختران در خودارزیابی از سلامت، احساس رضایت و شکایت از علائم بیماری‌های جسمانی سطوح پایین‌تری را گزارش کرده‌اند. در مقابل، پسران سطح بیشتری از جراحات و زخمی‌شدن را بیان نموده‌اند. بیشتر احتمال می‌رود که پسران اضافه وزن داشته و یا چاق باشند و دختران صبحانه نخورند و در حال رژیم برای لاغرشدن باشند. سرانجام در زمینه رفتارهای خطرناک دختران آشکارا کمتر در معرض این رفتارها هستند و کمتر هم به این رفتارها دست می‌زنند- هر چند حداقل در سیگارکشیدن این تفاوت‌ها در حال کم‌رنگ‌تر شدن است (کاری و دیگران، ۲۰۰۸، صص. ۱۶۸-۱۶۹). بر اساس مطالعه‌ای در اسکاتلند نتیجه‌گیری شده است که احتمالاً زنان در گزارش مشکلات سلامتی اغراق می‌کنند. این امر به نقش‌های جنسیتی یا به امتیازات مردانگی و تبعات زنانگی پس از بلوغ منتسب شده است، زیرا که دومی با مشکلات بیشتری همراه است که البته فرهنگی نیز هست- مردانگی پس از بلوغ، مثبت و زنانگی پس از بلوغ، منفی تلقی می‌شود (وست و دیگران). در مطالعه‌ای طولی، افزایش‌های زمینه‌ای^۲ بیشتری در اختلالات روانی اجتماعی دختران و زنان جوان مشاهده شده است (سوئیتینگ و دیگران). شواهد تحقیقاتی حاکی از آن است که مشارکت دختران نوجوان در فعالیت‌های ورزشی کمتر است، ضمن اینکه این شکاف با افزایش سن بیشتر می‌شود (لوری، کریم و ترو، ۲۰۰۷، ص. ۳۹). فرلانگ و کارتمل در جمع‌بندی اثر جنس به سلامت نتیجه‌گیری می‌کنند در حالی که در کودکی دختران سالم‌ترند، در جوانی این الگو برعکس می‌شود و زنان با احتمال بیشتری در معرض خطر رنج از بیماری‌های مزمن و یا ناخوشی‌های روانی قرار می‌گیرند. در همین حال در عین اینکه دختران بیشتر در معرض بیماری‌ها قرار می‌گیرند، مردان محتمل‌تر است که در این دوره بمیرند (فرلانگ و کارتمل، ۲۰۰۷، ص. ۶۶).

سن

از متغیرهای دیگری که تفاوت‌های بسیار در وضع سلامت پدید می‌آورد، سن است. طبیعی است که با افزایش سن، نوع مشکلات سلامتی نوجوانان و جوانان تغییر یابد. تحقیقات نشان داده است که تقریباً در همه جا جوان‌ترها ادراک مثبت‌تری درباره تجربیات مدرسه دارند و با افزایش سن، وضع سلامت خود را در سطح پایین‌تری ارزیابی می‌کنند. این در حالی است که شکایت از ناراحتی‌های جسمانی و عاطفی^۳، احساس چاقی

¹ Sweeting

² background increases

³ emotional

و داشتن اضافه وزن، تحرک بدنی کمتر و مصرف بیشتر غذاهای ناسالم در گروه‌های سنی بالاتر نوجوانان و جوانان شایع‌تر است. ضمن اینکه نگرانی در مورد تصور از بدن^۱ تنها در میان دخترهای جوان با افزایش سن فراوان‌تر می‌شود (کاری و دیگران، ۲۰۰۸، ص. ۱۷۱). در ارزیابی از مطالعات مختلف در جهان نتیجه‌گیری شده است که تقریباً تمام ۱۹ تا ۲۰ ساله‌ها کمتر از میزان توصیه شده پروتئین مصرف کرده‌اند. آنها در بین تمام گروه‌های سنی دیگر، مصرف بیشتری از نمک و شکر را داشته‌اند (وست، ۲۰۰۹، ب، ص. ۳۶۲). درباره رفتارهای پرخطر نشان داده شده است که با افزایش سن به شکل قابل توجهی این رفتارها افزایش می‌یابد (کاری و دیگران، ۲۰۰۸، ص. ۱۷۲). البته این نظر نیز وجود دارد که با افزایش سن، رفتارهای پرخطر توسط خود فرد کنترل شده و کاهش می‌یابد. در واقع بر این اساس رفتارهای پرخطر، رفتارهایی مربوط به دوره گذار به بزرگسالی است و کارکردهایی در هویت بخشی و ایجاد مهارت‌های مورد نیاز برای ورود به دنیای بزرگسالی دارد و در طی دوران گذار محدود می‌شود (فرلانگ، ۲۰۰۹، ص. ۳۲۹). در این مورد حتی کلمن مطرح می‌کند علیرغم آن که مردم، محققان و سیاست‌گذاران بر جنبه‌های منفی مصرف مواد تأکید دارند، اما اگر به معنای عمل جوانان تأکید کنیم و دلایلی که باعث رفتارهای پرخطر می‌شود و نیز معنای رشدی آن رفتارها، به درک دقیق‌تری از جوانان می‌رسیم (انگلس^۲ و فون دین این دین^۳، ۲۰۰۷، ص. ۱۰۹). وست نیز اشاره می‌کند که برای جوانان رفتارهای پرخطری مثل سیگار کشیدن و امثال آن، ابعاد عادی هویتی دارد که ممکن است به اندازه آرایش مو و یا موسیقی مهم باشد (وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۶).

طبقه

متغیر دیگری که عامل تمایزات بسیار در سلامت است، طبقه است که بسیار مورد توجه نیز بوده است. مطالعه اچ.بی.اس.سی. نشان داده است که افراد با سطح آموزشی پایین‌تر و پایگاه شغلی نازل‌تر و درآمد کمتر، از سطح سلامت پایین‌تر و نرخ مرگ و میر بالاتر برخوردار بوده‌اند (کاری و دیگران، ۲۰۱۰، ص. ۱۷۷ و کاری و دیگران، ۲۰۱۲، ص. ۱۷۷). بیکاری نیز به عنوان تجربه مشترک جوانان طبقه پایین دلیلی بر سطح پایین‌تر سلامت روانی و حتی مشکلاتی مثل خودکشی و خودزنی^۴ در طبقات پایین است (سوئیتینگ و دیگران). مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که خورد و خوراک کمتر سالم و هله هوله خوری ناسالم^۵ با فقر بیشتر و

^۱ body image

^۲ Engels

^۳ von den Eijnden

^۴ Self-harm

^۵ unhealthy snacking

کیفیت مادری پایین تر^۱ - که خود تحت تأثیر طبقه است - همبسته می باشد (سوئیتینگ و دیگران). مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد که اعتیاد شدید به سیگار^۲ با بیشترین عواقب سلامتی، در میان طبقات پایین تر شایع تر است (سوئیتینگ و دیگران). در مطالعه‌ای دیگری پیرامون رابطه طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی با بیماری‌های قلبی کرونری در کودکان و نوجوانان، رابطه معنی داری بین نوع طبقه، تغذیه و بیماری‌های قلبی مشاهده شده است (هلمز^۳). علیرغم مطالعاتی که نشانگر رابطه بین طبقه و سلامت است به نظر می‌رسد مسئله بدین سادگی نیست؛ مطالعاتی وجود دارد که در آن نقش نابرابری‌های طبقاتی در سلامت تأیید نمی‌شود (همان). هر چند این امر به تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری نسبت داده می‌شود، اما این تعبیر نیز وجود دارد که اثر تفاوت‌های طبقاتی بر سطح بهداشت و سلامت در دوره جوانی کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، دوره نوجوانی و جوانی، دوره‌ای از برابری در سلامت است که وست از آن تعبیر به برابری نسبی^۴ می‌کند (وست، ۲۰۰۹، الف). وست براساس شواهد مطرح می‌کند که جوانی اولیه^۵ از حیث سلامت و بهداشت از سایر مراحل زندگی متفاوت است. در واقع، تفاوت‌های مرگ و میر در بچگی که از عوامل طبقاتی ناشی می‌شود، در جوانی ناپدید می‌شود و بار دیگر در بزرگسالی اولیه^۶ دوباره ظاهر می‌گردد. این الگو در دیگر شاخصه معرف سلامت یعنی ناخوشی طولانی مدت^۷ نیز دیده می‌شود. بعداً همراه با شرایط جدید در ورود به بازار کار و پیشرفت در نقش‌های بزرگسالی است که تفاوت‌های سلامت نیز دوباره پدیدار می‌شود (همان، ص. ۳۳۷). فرلانگ و کارتمل منتقد این نگاه هستند و معتقدند که علیرغم برابری نسبی در این دوره، تفاوت‌های جسمانی و تفاوت‌ها در رفتارهای اثرگذار بر سلامت همچنان قابل مشاهده و تعریف است. به عنوان مثال، همبستگی بین وزن و طبقه همچنان رابطه بین تغذیه و پایگاه سلامت را منعکس می‌کند که البته خود در توزیع بیماری‌ها در بزرگسالی انعکاس خواهد یافت. به علاوه، بخش مهمی از تفاوت‌های سلامت از تجربیات شغلی در بزرگسالی ریشه می‌گیرد که خود ناشی از تفاوت‌های طبقاتی و جنسیت در تاریخ زندگی فرد است و به نوبه خود تفاوت‌های طبقاتی را در آینده زندگی تقویت می‌کند (فرلانگ و کارتمل، ۲۰۰۷، ص. ۶۷). وست این امر را رد نمی‌کند و معتقد است که احتمالاً تعامل ترکیبی محیط اولیه و محیط بزرگسالی با همدیگر و نیز با اثرات رفتار سلامت (به طور مشخص سیگارکشیدن و رژیم غذایی) باعث ادامه تولید تصویر آشنای

¹ fewer maternal qualification

² heavy smoking

³ Helms

⁴ relative equality

⁵ early youth

⁶ early adulthood

⁷ long-standing illness

نابرابری‌های سلامت در بزرگسالی می‌شود (وست، ۲۰۰۹، الف، ص. ۳۳۸). ضمن این که وست در مرور شواهد مرتبط با «فرضیه برابردن»^۱ جدایی پایگاه سلامت و وضع سلامت را مفید دانسته و آن را پیشنهاد می‌دهد. او بر این اساس مطرح می‌کند که شواهد فریضه برابری برای مرض/ معلولیت (به ویژه بیماری‌های مزمن و سخت) ضعیف‌تر و برای شاخص‌های سلامت روانی و جسمانی و ابراز علائم مرضی^۲ قوی‌تر است (همان).

اثرات تعاملی جنس و سن و طبقه بر سلامت

اثرات متغیرهای سن، جنس و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در طول دوره جوانی و بنابر موقعیت‌های مختلف زمانی و مکانی تغییر یافته و حتی جابجا می‌شود. در حالی که در دوران کودکی اثرات وضعیت اقتصادی- اجتماعی در سلامت فرد بیشتر و آشکارتر است، اثر آن در دوره جوانی کاهش می‌یابد- هرچند هیچگاه کاملاً حذف نمی‌شود. پس از بلوغ، اثرات متغیر طبقه با تمایزی که در جریان بلوغ دختران و پسران ایجاد می‌شود و نیز در سایه تفاوت‌های ناشی از نقش‌های جنسیتی رنگ می‌بازد. در حالی که در این دوره از جوانی اولیه، اثر متغیر جنس آشکارتر است، در مراحل بعدی نقش متغیر سن اثرات خود را بیشتر نمایان می‌سازد. براین اساس می‌توان حوزه‌های مختلف سلامت را عرصه حضور و تعامل متغیرهای مختلف دانست؛ یعنی، در حالی که اثر طبقه و موقعیت اقتصادی- اجتماعی بر تغذیه بیشتر است، اثرات متغیرهای دیگر از جمله جنسیت و سن بر تصور از بدن و بهداشت پوست و مو و حتی رفتارهای پرخطر تعیین‌کننده‌تر است. آنگونه که وست مطرح می‌کند مجموعه بچگی و جوانی نوعاً با مجموعه‌ای از مراحل رشدی که اجتماعاً ساخته شده است (ساخته‌ای اجتماعی است) مشخص می‌شود. در طی این مراحل در ابتدا فرد درگیر فعالیت‌های جسمانی می‌شود و بعدها در معرض متن اجتماعی که درگیر زمینه‌ها و الگوهای رفتار پرخطر است قرار می‌گیرد- که به دلیل هنجارهای اجتماعی مرتبط با سن و فرصت‌های دسترسی همبسته با آن در مراحل سنی متأخرتر دوره جوانی پیش می‌آید (ن. ک. به وست، ۲۰۰۹، الف و ب). با چنین ملاحظه‌ای و در نظرگرفتن فرضیه برابری نسبی دوره جوانی در سلامت می‌توان فراتر از متغیرهای جنس، سن و طبقه به ضعیف‌شدن اثر عوامل ساختاری در طی این دوره و افزایش عاملیت فرد تاکید کرد. وست مطرح می‌کند که اثرات ساختاری در طی دوره جوانی تضعیف شده و عاملیت افزایش می‌یابد. بر این اساس، در اواخر دوره جوانی سبک زندگی (وست، ۲۰۰۹، ب، ص. ۳۶۲)

¹ equalization hypothesis

² malaise symptoms

تعیین‌کننده وضع سلامت می‌شود- حداقل در حوزه رفتارهایی که با فعالیت‌های انتخابی همراه است مثل سوء مصرف مواد، فرلانگ و کارتمل در نقد این دیدگاه خطای شناخت‌شناسانه دوره مدرنیته متأخر^۱ را مطرح می‌کنند که براساس آن در حالی که افراد تصور می‌کنند عاملیت آنهاست که زندگی‌شان را پیش می‌برد، عوامل ساختاری سنتی مثل طبقه همچنان در خفا زندگی‌شان را تعیین می‌بخشد (فرلانگ و کارتمل، ۲۰۰۷، ص. ۱۰۹).

بحث و نتیجه گیری

موضوع بهداشت و سلامت جوانان، کمتر مورد توجه نهادهای علمی و تحقیقاتی و نیز دستگاه‌های سیاستی و اجرایی قرار گرفته است. فارغ از فقدان داده‌های مؤثر که تفکیک‌های سنی لازم را برای توجه به مقوله بهداشت جوانان فراهم کند، رویکردی که دوره نوجوانی و جوانی را حد نهایی سلامت و زندگی مطلوب تلقی می‌کند و نیز می‌انگارد که عوامل اثرگذار بر سلامت دوره جوانی همان‌هایی است که در بچگی و بزرگسالی عمل می‌کرده است، مانع مهم توسعه این حوزه از تحقیق و سیاست‌گذاری بوده است. با تغییر شتابان در جامعه جدید، همراه با شکل‌گیری دوره جوانی که اساساً منحصر به فضای زندگی مدرن است و نیز تغییراتی که در فرایند گذار به بزرگسالی رخ داده است، رفتارهای بهداشتی و سلامت جوانان دچار تغییر شده و در مجموعه مدیریت سلامت جامعه اهمیت بسیار یافته است. داده‌های موجود جهانی و ایران آشکار می‌کند که وضع سلامت جوانان علیرغم توفیقاتی که جامعه جدید در گسترش رفاه داشته، در حال بدتر شدن است. در واقع، با گسترش دایره نفوذ مادی‌گرایی و فردی‌شدن امور مختلف در زندگی جوانان، هم سلامت جسمانی و هم سلامت روانی جوانان دچار مشکلات ویژه و در حال گسترشی شده است. در حوزه سیاستی، پاسخ به این سؤال که چگونه وضع بهداشت جوانان بهبود می‌یابد، بستگی به نوع نگاه به مقوله بهداشت جوانان دارد که اساساً از منظر بزرگسالان- که سیاست‌گذاران عموماً آنها را نمایندگی می‌کنند- و خود جوانان بسیار متفاوت می‌نماید؛ در حالی که سیاست‌گذاران بیشتر بر رفتارهای پرخطر جوانان تأکید می‌کنند، جوانان به امور عادی و مهارتی در توسعه و ترمیم رفتارهای بهداشتی علاقه‌مندند؛ اموری که جنبه‌های معمول زندگی‌شان مثل قد، وزن، پوست و مو، تناسب اندام و اموری از این قبیل را تحت تأثیر قرار دهد و در ضمن مهارت‌های مورد نیازشان را در روبروشدن با شرایط پرخطر به آنها بیاموزاند. مطابق تشریح و تحلیل عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی و نیز بررسی وضع حوزه‌های مختلف سلامت جوانان بر اساس داده‌های موجود نتیجه گرفته می‌شود

¹ The epistemological fallacy of late modernity

که سیاست‌گذاری در رفتارهای بهداشتی جوانان نیازمند ایجاد ساختارهای مناسب با تکیه بر فعالیت‌های داوطلبانه خود ایشان است که با در اختیار گذاشتن اطلاعات و خدمات مورد نیاز مطابق آنچه خود جوان‌ها بدان احساس نیاز می‌کنند، تحول در حوزه بهداشت جوانان را سبب شود.

منابع

- احمدنیا، ش. (۱۳۸۰). بهداشت رشد جسمانی و روانی - اجتماعی نوجوانان. سازمان ملی جوانان.
- اسمعیل محمدنژاد، اسمعیل شریعت، جمال‌الدین بیگجانی، قاسم ابوطالبی. (۱۳۹۰). "وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی شهر ساوه در سال ۱۳۸۸". مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان. ۸(۱)، ۷۴-۸۰.
- بنی‌جمالی، م. (۱۳۸۰). سنجش نگرش مراجعان مراکز خدمات مشاوره‌ای نسبت به مشاوره و خدمات مشاوره‌ای. کتاب اول، مشاوره در نظر مردم، واقعیت‌ها و آرمان‌ها. سازمان ملی جوانان.
- بنی‌جمالی، م. (۱۳۸۰). سنجش نگرش مراجعان مراکز خدمات مشاوره‌ای نسبت به مشاوره و خدمات مشاوره‌ای. کتاب دوم: مشاوره، نگرش، رغبت‌ها و مقاومت‌ها. سازمان ملی جوانان.
- تازیکی، ص.، بشارت، س.، ربیعی، م.ر. (۱۳۸۴). "توزیع فراوانی علائم اختلال روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان بر اساس پرسشنامه SCL-90-R". مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۷(۱)، ۷۲-۷۴.
- جلالی‌نیا، ش.، رضوانی تهرانی، ف.، برادران افتخاری، م.، ملک افضلی، ح.، پیکری، ن. (۱۳۸۹). "بررسی کیفی دیدگاه نوجوانان در خصوص الگوها و باورهای تغذیه‌ای". مجله علمی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۲۰(۴)، ۲۵۸-۲۶۴.
- جوادی‌یگانه، م.ر.، عباسی، م. (۱۳۸۰). بررسی مسائل جنسی جوانان و راهکارهایی برای تخفیف مسائل آن براساس "مدل تغییرات اجتماعی برنامه‌ریزی شده". گزارش فاز اول. سازمان ملی جوانان.
- خراسانی‌زاده، ع. (۱۳۸۸). بررسی میزان آشنایی جوانان با پیامدهای جسمی و روانشناختی مواد روانگردان قدیم و جدید. سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۳). دختران جوان و تصویر ذهنی از بدن. سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۴). بررسی رفتارهای خطرناک جوانان با تاکید بر روابط جنسی آزاد (مطالعه موردی شهر تهران). سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۶). روابط جنسی دختران و پسران قبل از ازدواج. سازمان ملی جوانان.

- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۷). گزارش ملی جوانان بررسی وضعیت بهداشت طی سالهای ۷۵ تا ۸۵ (پزشکان). سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۷). گزارش ملی جوانان بررسی وضعیت بهداشت طی سالهای ۷۵ تا ۸۵ (تخت‌ها و موسسات درمانی). سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۷). گزارش ملی جوانان بررسی وضعیت بهداشت طی سالهای ۷۵ تا ۸۵ (فوت‌شدگان). سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۷). گزارش موضوعی وضعیت سلامت جوانان جمهوری اسلامی ایران در سال ۸۵. سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۷). نظر جوانان نسبت به رفتارهای پرخطر و شیوع آن. سازمان ملی جوانان.
- سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۹). مروری بر پژوهش‌ها و مطالعات اسلامی انجام شده در حوزه‌های مشاوره‌ای و روانشناسی، روانپزشکی و بهداشت روانی از سال ۷۰ تا ۱۳۷۷.
- سامانیان، ایرانلو، فارس، آذرتاش. (۱۳۸۷). بررسی وضعیت سلامت جوانان شهر بجنورد.
- شاهرخی، ش. (۱۳۸۵). بررسی شیوع اعتیاد به ۵ ماده مخدر و شاخص‌های اعتیاد در میان نوجوانان و جوانان ۲۵ تا ۲۹ سال در شهرستان‌های اصفهان، مشهد، شهرکرد در سال ۸۳. سازمان ملی جوانان.
- شمس‌علیزاده، ن.، مقدم، م.، محسن‌پور، ب.، رستمی‌گوران، ن. (۱۳۸۷). شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳، ۱۸-۲۶.
- صداقت، خیرخواه، سنگی، وطن‌پرست. (۱۳۸۵). گزارش بخشی بهداشت و سلامت جوانان در سال ۱۳۸۳. سازمان ملی جوانان.
- صداقت، خیرخواه، وطن‌پرست. (۱۳۸۷). شناسایی سازمان‌های مرتبط پاسخ اولویت اول سلامت جوانان و استخراج و تحلیل برنامه‌های این سازمان‌ها. سازمان ملی جوانان.
- صداقت، خیرخواه، وطن‌پرست. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت بهداشت جوانان در سال ۸۱. سازمان ملی جوانان.

- صفرعلیزاده، ف.، پرتواعظم، ح.، حبیب پور، ز. (۱۳۸۸). "همبستگی افسردگی و شاخص توده بدنی در نوجوانان دختر شهر خوی در سال ۱۳۸۸". فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی رفسنجان. (۱ و ۲).
- کلشادی، ر.، صدری، غ.، هاشمی پور، م.، صرافزادگان، ن.، علیخاصی، ح.، بشردوست، ن.، انصاری، ر.، پشیمی، ر.، رفیعی طباطبائی، ص. و شهاب، م. (۱۳۸۲). "وضعیت چربی خون و چربی رژیم غذایی نوجوانان: برنامه قلب سالم اصفهان- پروژه ارتقای سلامت قلب از دوران کودکی". مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. ۴(۳ و ۴)، ۱۶۷-۱۷۶.
- گرمارودی، غ.، مکارم، ج.، علوی، س.ش.، عباسی، ز. (۱۳۸۸). "عادات پرخطر بهداشتی در دانش آموزان شهر تهران". فصلنامه پایش. ۹(۱)، ۱۳-۱۹.
- مقدم، م. (بدون تاریخ). نقش دینی در پیگیری از بیماری‌های خطرناک جوانان.
- مومن‌نسب، م.، نجفی، س.س.، کاوه، م.ح.، احمدپور، ف. (۱۳۸۵). "بررسی میزان شیوع رفتارهای مخاطره آمیز بهداشتی در دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر خرم آباد در سال ۸۴-۸۳". یافته. ۸(۲).
- نوربالا، ا.، باقری‌یزدی، س.ع.، اسدی‌لاری، م.، واعظ‌مه‌دوی، م. ر. (۱۳۸۹). "وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷". مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۶(۴)، ۴۷۹-۴۸۳.
- یوسفی. (۱۳۸۸). نظر جوانان در خصوص مصرف سیگار و قلیان (با تاکید بر جنسیت). سازمان ملی جوانان.

- Benzeval, M., Der, G., Ellaway, A., Hunt, K., Sweeting, H., & West P. (2009). Cohort Profile: West of Scotland Twenty-07 Study: Health in the Community. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1215–1223. doi:10.1093/ije/dyn213
- Coleman, J. C., Hendry, L. B., Kloep M. (2007). *Adolescence and Health*. Wiley.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds*. Wiley.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in*

Young Peoples's Health: Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) study: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. World Health Organization 2008.

- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). Health and Health Behavior among Young People, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 1 INTERNATIONAL REPORT. World Health Organization
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. World Health Organization
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith O. R. F., & Barnekow, V. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith O. R. F., & Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people: Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe
- Eckersley, R. (2009). Progress, culture and young people's wellbeing. In A. Furlong, Handbook of youth and young adulthood : new perspectives and agendas (pp. 353-360). Routledge.
- Engels, R. C. M. E., & Eijnden, R. v. d. (2007). Substance use in Adolescence. In John C. Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep, Adolescence and Health (pp. 101-122). Wiley.
- Erwin, E. J., Brotherson, M. J., & Summers, J. A. (2011). Understanding Qualitative Metasynthesis Issues and Opportunities in Early Childhood Intervention Research. in Journal of Early Intervention. 33 (3), 186-200. doi:10.1177/1053815111425493
- Faulkner, S. (2007). Eating disorders, dieting and body image. In John C. Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep (eds), Adolescence and Health (pp. 61-82). Wiley.
- Furlong, A. (2009). Handbook of youth and young adulthood : new perspectives and agendas. Routledge.
- Furlong, A., & Cartmel F. (2007). Young people and social change: new perspectives. McGraw-Hill/Open University Press.
- Glanz, K. Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (Eds.). (1997). Health behavior and health education: Theory, research and practice (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers. Quoted in: Spruijt-Metz, D. (1999). Adolescence, affect and health. Psychology Press.

- Gochman, D. S. (1982). Labels, systems, and motives: some perspectives for future research and programs. *Health Education Quarterly*(9), 263-270. Quoted in: Spruijt-Metz, D. (1999). *Adolescence, affect and health*. Psychology Press.
- Heaven, P. (1996). *Adolescent Health: The Role of Individual Differences (Adolescence and Society Series)*. Routledge.
- Helms, P. J. (2007). Being Different: Adolescents, Chronic Illness and Disability. In J. Coleman, *Adolescence and Health* (pp. 143-158). Wiley.
- Helms, P. J. (2007). Being Different: Adolescents, Chronic Illness and Disability. In J. Coleman, *Adolescence and Health* (pp. 143-158). Wiley. Quoted in: Spruijt-Metz, D. (1999). *Adolescence, affect and health*. Psychology Press.
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). Understanding Adolescent Health. In John C. Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep (eds), *Adolescence and Health* (pp. 1-18). Wiley.
- Jasiukaitytė, V., & Furlong, A. (2003). Making a Difference with Minority Youth in Europe: Evaluation and Impact Study of the LTTC Participation and Citizenship on Empowerment of Minority Youth Leaders (1997-2001). Council of Europe.
- Jones, J. (2009). *Youth*. Polity Press.
- Lowry, R., Kremer, L. B., & Trew, K. (2007). Young people: Physical health, exercise and recreation. In John C. Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep, *Adolescence and Health* (pp. 19-40). Wiley.
- Shucksmith, J. L., & Hendry, B. (1998). *Health Issues and Adolescents: Growing Up, Speaking Out*. Routledge.
- Spruijt-Metz, D. (1999). *Adolescence, affect and health*. Psychology Press.
- Stone, G. (1987). The scope of health psychology. In G. W. Stone, *Health psychology: a discipline and a profession*. University of Chicago Press. Quoted in John C. Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep. (2007). *Adolescence and Health*. Wiley.
- Sweeting, H., Young, R., & West, P. (2009). GHQ increases among Scottish 15 year olds 1987–2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 579–586. doi:DOI 10.1007/s00127-008-0462-6
- Walsh, D., & Downe, S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursin*. 50(2), 204–211. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03380.x
- West, P. (2009). Health in youth: changing times and changing influences. In A. Furlong, *Handbook of youth and young adulthood : new perspectives and agendas* (pp. 331-343). Routledge.
- West, P. (2009). Health-related behaviours in context. In A. Furlong, *Handbook of youth and young adulthood : new perspectives and agendas* (pp. 361-371). Routledge.

- West, P., Sweeting, H. & Young, R. (2010). Transition matters: pupils' experiences of the primary–secondary school transition in the West of Scotland and consequences for well-being and attainment. *Research Papers in Education*, 25(1), 21-50. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1080/02671520802308677>

Youth Health: Investigating the Situation and its Challenges

Seyyed Mohsen Banijamali

Youth Studies Adviser, Strategic Studies and Research Center, Ministry of Sports and Youth, Tehran, Iran

Received: 1 Feb. 2016
Accepted: 21 Apr. 2016

This paper, applying meta-synthesis method, is designed to discuss main youth health issues in Iran.

The article, considering conceptual problems in defining "youth health", describes why young people's health situation has been deteriorated. It also investigates why young people, in spite of advances in welfare conditions, are not at the stage of health policies. It concludes young people's health behaviors are not at the priority of health policies.

In addition to conceptual problems in prioritizing "youth health", the article explores a disagreement between adults and young people on what really youth health is about. Since adults have the power to define and make policies, the article concludes that under these circumstances young people has been excluded from health welfare regimes.

After mentioning conceptual problems, the article, in a comparative sense, describes health related behaviors among young people. Both risk behaviors and health behaviors are expressed in details. The argument includes health knowledge, moral health, body image, physical activity, diet, eating disorders and dental health. It also consists of tobacco, cigarettes, alcohol and substance use. Citing these issues, the article reviews youth health behaviors in Iran.

Furthermore, the article discusses of determinants of health behaviors, pursuing to know which one, structural factors or human agency, better describes health

situation among young people. Based on the facts, mentioned in the article, it has been approved that structural factors are yet the most important determinants of both states and statues of youth health. However it has been verified that effects of structural factors are changing due to the age of adolescents. It has been confirmed that while young people are growing up their lifestyle become more relevant in predicting their health situation.

Keywords: Youth, Youth Health, Health Concept, Health Challenges and Health Policies