

## بررسی مقایسه‌ای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی با دختران تحت سرپرستی خانواده

نازی نجات\* زهرا کاشانی‌نیا\*\* دکتر ربابه معماریان\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** رفتارهای بهداشتی نوجوانان بر سلامت آنان و سلامت و توسعه جامعه مؤثر است. پژوهش حاضر با هدف شناخت و مقایسه رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی با دختران تحت سرپرستی خانواده در شهر تهران انجام گرفته است. **روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی و مقطعی نمونه مورد تحقیق ۱۱۰ دختر نوجوان، شامل کل دختران تحت سرپرستی بهزیستی (۵۵ نفر) و ۵۵ نفر دختران تحت سرپرستی خانواده بودند که با افراد گروه اول در یک مدرسه تحصیل می‌کردند و به شکل تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (مجذور کای، آنالیز واریانس، من‌ویتنی و ویل‌کاکسون) و توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** بین میانگین نمره رفتارهای بهداشتی تغذیه ( $p < 0/003$ )، خواب و استراحت ( $p < 0/001$ )، ورزش ( $p < 0/0013$ ) و بهداشت فردی ( $p < 0/001$ ) به تفکیک و میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی خانواده (۱۱۲/۳) با دختران تحت سرپرستی بهزیستی (۸۷/۸) اختلاف معناداری ( $p < 0/001$ ) دیده شد و آزمون‌های آماری بین میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی و متغیرهای مورد مطالعه به جز سن ( $p = 0/01$ ) واحدهای مورد پژوهش در گروه تحت سرپرستی خانواده ارتباط معناداری را نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** نمره رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی شبانه‌روزی از دختران تحت سرپرستی خانواده پایین‌تر بود که این امر نیازمند بررسی و برنامه‌ریزی آموزشی و بهداشتی جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی و سلامت آنان می‌باشد.

نویسنده مسئول: نازی نجات؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک

e-mail: n-nejat@tums.ac.ir

**واژه‌های کلیدی:** رفتارهای بهداشتی، دختران نوجوان، خانواده، مراکز شبانه‌روزی بهزیستی، سرپرستی

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷

### مقدمه

مناسب و بهداشت فردی را می‌توان نام برد (۵و۴) از سوی دیگر عدم فعالیت فیزیکی، بی‌حرکی و رفتارهای نادرست تغذیه‌ای موجب بیماری و مرگ و میر در همه گروه‌های جمعیتی از جمله نوجوانان می‌شود (۶). با این حال نوجوانی را بیشتر دوره سلامتی می‌پندارند و با همین پیش فرض آنان بیش از دیگر گروه‌های سنی از خدمات مراقبتی و پیشگیری بی‌بهره‌اند (۷).

ارتقای سلامتی نیاز اساسی انسان‌ها است (۱) و رفتارهای بهداشتی و شیوه زندگی مهم‌ترین عامل در پیشگیری از بیماری و مرگ و میر و ارتقای سلامت محسوب می‌شود (۲و۳). از جمله رفتارهای بهداشتی، ایمن‌سازی، الگوی خواب مناسب، ورزش کافی، تغذیه

\* مربی گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک  
\*\* مربی گروه آموزشی کودکان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

بر اساس سرشماری ۱۳۸۵، نوجوانان حدود ۱۷ میلیون نفر از جمعیت کشورمان را تشکیل می‌دهند (۸). کشور ما با داشتن چنین سرمایه عظیمی از نوجوانان، نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق و توجه به سلامت و رشد آنان می‌باشد (۹) چرا که در این دوران عادات و رفتارهای طول دوره زندگی مثل تغذیه و ورزش شکل می‌گیرد (۶) و همچنین مجموعه رفتارهای خطرناک نوجوانی تأثیر جدی و منفی بر سلامت آنان دارد (۱۰). این رفتارهای خطرناک در دوران نوجوانی رایج بوده و بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت علت ۷۰٪ مرگ‌ها، رفتارهایی است که در این دوران ایجاد شده و نوعاً قابل اصلاح می‌باشد (۱۱). شناخت این رفتارهای خطرناک نوجوانی و نتایج آن‌ها در مطالعات نوجوانی مهم است (۱۲) و دادن آموزش‌های لازم و صحیح قبل از شروع و یا تثبیت آن‌ها بسیار اهمیت دارد (۱۳).

نتایج تحقیقی که در بین ۸۷۸ نوجوان آمریکایی توسط Sanchez و همکاران انجام گرفت، نشان داد که ۸۰٪ از آنان در زمینه تغذیه و ورزش و رفتارهای خطرناک سلامتی راهنمایی نشده‌اند (۶).

دلیل دیگر اهمیت سلامت نوجوانی آن است که رفتارهای بزرگسالی در نوجوانی تثبیت می‌شود (۱۴) رفتارهای پرخطر بهداشتی نظیر تغذیه نادرست، عدم فعالیت ورزشی، استعمال سیگار و مصرف الکل اغلب در نوجوانی آغاز و تا بزرگسالی تداوم می‌یابد. این رفتارها می‌تواند در آینده منجر به بیماری‌های مزمن گردد (۱۵).

برنامه‌ریزی پیرامون سلامت نوجوانان با توجه به رفتارها و عوامل خطرناک این دوره

بسیار مهم است. اهداف سازمان جهانی بهداشت در برنامه‌ریزی‌های آینده خود تحت عنوان انسان‌های سالم تا سال ۲۰۱۰ برای نوجوانان عبارتند از: کاهش تعداد مرگ و میر کودکان و نوجوانان، کاهش کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن، افزایش نسبت نوجوانان دارای فعالیت جسمانی حداقل ۷-۵ روز در هفته و هر بار نیم ساعت، افزایش نسبت دسترسی نوجوانان به مکانی برای فعالیت جسمانی در بین روز و تعطیلات، کاهش نسبت دندان‌های پوسیده در کودکان و نوجوانان، کاهش مرگ‌های ناشی از بیماری‌های شریانی، تعدیل تماشای تلویزیون به میزان دو ساعت یا کمتر و ... (۱۶).

آنچه مسلم است خانواده واحد اساسی در شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای بهداشتی می‌باشد (۵) همچنین والدین نقش اساسی در کاهش رفتارهای خطرناک نوجوانان و ارتقای سلامت آنان دارند (۱۴). ریشه بسیاری از ویژگی‌های شخصیتی و رفتار فردی را باید در خانواده جستجو کرد. درک نوجوانان از رفتارهای والدین می‌تواند در ایجاد رفتارهای بهداشتی و اجتماعی آنان تأثیرگذار باشد و ممکن است نوجوانان بیشترین تأثیر را از نظر رفتارهای بهداشتی از والدین بگیرند (۱۷) به خصوص دختران که زمینه انعطاف‌پذیری در آن‌ها بیشتر است و در دنیای بسته‌تری زندگی می‌کنند (۱۸). محیط خانواده که محیط طبیعی و به‌هنگام زندگی است، مناسب‌ترین محل برای شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای بهداشتی می‌باشد و این در حالی است که دختران مقیم مراکز شبانه‌روزی از داشتن این شرایط بی‌بهره‌اند و هیچ محلی به‌عنوان پایگاه مراجعه و مشاوره برای رفع نیازهای آنان در پرورشگاه‌ها وجود ندارد تا به نحوی جایگزین

خانواده نقش اساسی در ایجاد و استمرار این رفتارها دارد.

از جمله مسؤولیت‌ها و وظایف تمامی دست‌اندرکاران حرف بهداشتی و علوم پزشکی است که در جهت ایجاد رفتارهای بهداشتی و تشخیص رفتارهای غیر بهداشتی و پیشگیری از آن در جامعه کوشش کنند (۲۴) از طرفی رهنمودهای سازنده جهت بهبودی شرایط زندگی ایتم حدوداً ۲۳ بار در قرآن کریم وارد شده است. لذا با توجه به کلیه موارد ذکر شده و این که پرستاران بهداشت جامعه مناسب‌ترین افراد در تأمین سلامت نوجوانان‌اند (۲۵)، تحقیق حاضر با هدف بررسی و مقایسه رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان (۱۸-۱۳ ساله) تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی تهران با دختران تحت سرپرستی خانواده در شهر تهران در زمینه تغذیه، خواب و استراحت، ورزش و بهداشت فردی انجام گرفت تا با شناسایی و مقایسه رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان هر دو گروه گامی در جهت ارزیابی آموزش و اصلاح و ارتقای رفتارهای بهداشتی آنان برداشته شود.

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی و مقطعی نمونه پژوهش شامل ۱۱۰ نفر دختر نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله در دو گروه بود. گروه اول شامل کلیه دختران مقیم در شش مرکز شبانه‌روزی بهزیستی در مناطق مختلف شمال، جنوب، شرق و غرب شهر تهران (۵۵ نفر) بود و گروه دوم ۵۵ نفر از دختران تحت سرپرستی خانواده که در همان مدارس (راهنمایی و دبیرستان) محل

والدین شود. آن‌ها در این سن بحرانی دچار مشکلات بسیاری می‌شوند و اغلب برای سؤالات بی‌شمار خود جوابی نمی‌یابند (۱۹). رادفر مطالعه‌ای را در زمینه رفتارهای بهداشتی دوران عادت ماهیانه دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی و دختران تحت سرپرستی خانواده انجام داد. نتایج مطالعه وی حاکی از آن بود که نمره رفتار بهداشتی دختران تحت سرپرستی خانواده بالاتر است و آنان رفتارهای صحیح‌تری دارند (۲۰).

رفتارهای بهداشتی نوجوانان علاوه بر خانواده تحت تأثیر دوستان و همکلاسی‌ها نیز قرار می‌گیرد (۱۷). همچنین شرایط اقتصادی و اجتماعی بر الگوی رفتارهای بهداشتی نوجوانان مؤثر است (۲۱).

تحقیقی توسط Berg-Kelly در مورد عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی نوجوانان در بین ۴۵۰۰ نوجوان سوئدی در سنین ۱۸-۱۳ سال انجام گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد، شرایط اقتصادی، اجتماعی و همچنین خانواده و گروه همسالان بر رفتارهای بهداشتی نوجوانان مؤثر است و به علت تأثیر رفتارهای نوجوانان در عملکرد آینده‌شان نیاز به مداخله در رفتارهای منفی آنان احساس می‌شود (۲۲). پژوهش دیگری نیز که توسط Koivusilta و همکاران انجام یافت مؤید این است که عوامل فردی، اجتماعی و رفتارهای بهداشتی نوجوانان بر سلامت آینده آنان مؤثر می‌باشد (۲۳).

رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان که مادران فردا هستند، تأثیر به‌سزایی بر سلامت فرزندان، خانواده، جامعه و محیط پیرامون آن‌ها داشته و بسیار حایز اهمیت است و

تحصیل گروه اول مشغول به تحصیل بودند. این گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین دانش‌آموزان کلاس‌های دوم و سوم راهنمایی و اول، دوم و سوم دبیرستان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که محتوای آن با استفاده از مطالب علمی موجود در کتب و مقالات مرتبط با موضوع پژوهش تهیه و اعتبار علمی آن با استفاده از روش اعتبار محتوا و اعتماد علمی با استفاده از آزمون مجدد ( $r=0/94$ ) سنجیده شد.

پرسشنامه در سه بخش، قسمت اول شامل مشخصات فردی (۷ سؤال) و قسمت دوم شامل اطلاعاتی مربوط به محل و شرایط زندگی دانش‌آموزان و برای دو گروه به طور جداگانه (۱۵ سؤال گروه تحت سرپرستی بهداشتی و ۱۸ سؤال گروه تحت سرپرستی خانواده) تنظیم شده بود. بخش سوم جهت سنجش نحوه رفتارهای بهداشتی هر گروه از نمونه‌ها در زمینه تغذیه (۱۰ سؤال شامل مصرف کافی از همه گروه‌های مواد غذایی، میان وعده‌های سالم و مناسب، خوردن صبحانه، عدم استفاده از غذاهای آماده و ...) خواب و استراحت (۱۰ سؤال شامل ساعات خواب کافی، شرایط خواب مناسب، استراحت بین روز و ...) ورزش (۱۰ سؤال شامل ورزش منظم، مستمر و کافی، رعایت شرایط مناسب ورزش، شرکت در ورزش‌های دسته جمعی و ...) بهداشت فردی (۲۰ سؤال شامل بهداشت پوست و مو، دهان و دندان، چشم، گوش و ...) تنظیم شده و برای پاسخگویی به هر سؤال چهار گزینه هرگز (نمره صفر) به ندرت (نمره یک) گاهی (نمره دو) همیشه (نمره سه) در نظر

گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی تهران و اداره کل آموزش و پرورش تهران و اخذ رضایت شفاهی و اعلام محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در پژوهش، دانش‌آموزان مورد مطالعه پرسشنامه‌ها را در مدت زمان ۴۰ دقیقه در حضور پژوهشگر تکمیل نمودند. جمع‌آوری داده‌ها دو ماه به طول انجامید. بعد از محاسبه نمره کل رفتار بهداشتی تغذیه، خواب و استراحت، ورزش و بهداشت فردی و نمره کل تمام رفتارهای بهداشتی، نمرات به ترتیب صعودی مرتب گردید و یک سوم پایین نمرات به عنوان سطح ضعیف، یک سوم میانی سطح متوسط و یک سوم بالا سطح خوب در نظر گرفته شد و بر این اساس هر یک از نمونه‌ها با توجه به نمره کسب شده، در یکی از سطوح مذکور طبقه‌بندی شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی (مانند میزان تحصیلات مادر با نمره کل رفتارهای بهداشتی) و آنالیز واریانس برای بررسی وجود تفاوت معنادار بین میانگین رفتارهای بهداشتی دو گروه مورد مطالعه (چون توزیع مشاهدات نرمال بوده و مقادیر از یکدیگر مستقل و در دو گروه می‌باشند)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

اکثر واحدهای تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی (۴۵/۵٪) در سنین کودکی (۱۰-۵ سال) به مراکز سازمان بهزیستی سپرده شده‌اند، اکثر آن‌ها در مراکز ملاقات‌کننده

داشتند (۶۲/۷٪) که با فواصل زیاد به دیدنشان می‌آمدند. اکثر واحدها جهت دیدن اقوام خود از مراکز خارج نمی‌شدند و بیشتر واحدها با مربیان خود ارتباط بیشتری داشتند (۵۲/۷٪). در بین دختران تحت سرپرستی خانواده بیشترین آن‌ها (۳۴/۵٪) فرزند اول خانواده بودند و در خانواده‌های ۲ یا ۳ فرزندی (۸۱/۸٪) و نزد پدر و مادرشان زندگی می‌کردند.

تحصیلات پدر (۸۳/۶٪) و مادر (۷۴/۵٪) اکثر دختران تحت سرپرستی خانواده دیپلم و بالاتر بود و پدران اکثر آنان کارمند (۵۰/۹٪) و مادرشان خانه‌دار (۶۵/۵٪) بودند و بیشترین درصد دانش‌آموزان (۵۴/۵٪) وضعیت اقتصادی خانواده خود را مطلوب توصیف کردند.

یافته‌های پژوهش بیانگر این است که میانگین نمره رفتار بهداشتی در زمینه تغذیه در گروه تحت سرپرستی خانواده از گروه تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر بوده و بر اساس نتایج بین میانگین نمره رفتار بهداشتی تغذیه در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/0003$ ) (جدول شماره ۱).

میانگین نمره رفتار بهداشتی در زمینه خواب و استراحت در گروه تحت سرپرستی خانواده از گروه تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر بوده و آزمون آماری آنالیز واریانس اختلاف معناداری با  $p<0/001$  بین میانگین نمره رفتار بهداشتی خواب و استراحت در دو گروه نشان می‌دهد (جدول شماره ۱).

میانگین نمره رفتار بهداشتی در زمینه ورزش در گروه تحت سرپرستی خانواده از گروه تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی

بیشتر بوده و آزمون آماری آنالیز واریانس اختلاف معناداری با  $p=0/0013$  بین میانگین نمره رفتار بهداشتی ورزش دو گروه نشان می‌دهد (جدول شماره ۱).

میانگین نمره رفتار بهداشتی در زمینه بهداشت فردی در گروه تحت سرپرستی خانواده از گروه تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر بوده و آزمون آماری آنالیز واریانس اختلاف معناداری با  $p<0/001$  بین میانگین نمره رفتار بهداشتی بهداشت فردی در دو گروه نشان می‌دهد (جدول شماره ۱).

میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی (در زمینه تغذیه، خواب و استراحت، ورزش و بهداشت فردی) در گروه تحت سرپرستی خانواده از گروه تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر بوده و آزمون آنالیز واریانس اختلاف معناداری با  $p<0/001$  بین میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی در دو گروه نشان می‌دهد (جدول شماره ۲).

در این مطالعه ارتباط بین متغیرهایی چون سن و مقطع تحصیلی، رتبه تولد، شغل والدین، تحصیلات والدین و طول مدت اقامت در مراکز شبانه‌روزی، سن ورود به مراکز شبانه‌روزی و ... دختران نوجوان با نمره کل رفتارهای بهداشتی آن‌ها سنجیده شد و ارتباط معنادار فقط در مورد سن گروه تحت سرپرستی خانواده با نمره کل رفتارهای بهداشتی آنان وجود داشت ( $p=0/01$ ). به این ترتیب که بیشترین درصد (۵۱/۶٪) آن‌هایی که نمره کل رفتارهای بهداشتی خوب داشتند ۱۳ ساله بودند.

**جدول ۱-** توزیع فراوانی دختران نوجوان (۱۸-۱۳ ساله) بر حسب نمره رفتارهای بهداشتی در دو گروه مورد مطالعه

سطح معناداری*	تحت سرپرستی خانواده		تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی		گروه فراوانی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	رفتارهای بهداشتی	
$p=0/0003$	۲۳/۶	۱۳	۵۲/۷	۲۹	ضعیف (کمتر از ۱۹)	
	۳۲/۷	۱۸	۲۹	۱۶	متوسط (۲۰-۲۳)	
	۴۳/۶	۲۴	۱۸/۱	۱۰	خوب (۲۴-۳۰)	
	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	جمع	
$p<0/001$	۱۰/۹	۶	۵۰/۹	۲۸	ضعیف (کمتر از ۱۵)	
	۳۲/۷	۱۸	۳۴/۵	۱۹	متوسط (۱۶-۲۰)	
	۵۶/۳	۳۱	۱۴/۵	۸	خوب (۲۱-۲۸)	
	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	جمع	
$p=0/0013$	۲۷/۲	۱۵	۴۰	۲۲	ضعیف (کمتر از ۱۵)	
	۲۳/۶	۱۳	۲۸/۱	۲۱	متوسط (۱۶-۲۰)	
	۴۹	۲۷	۲۱/۸	۱۲	خوب (۲۱-۲۸)	
	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	جمع	
$p<0/001$	۵/۴	۳	۵۶/۳	۳۱	ضعیف (کمتر از ۳۸)	
	۳۰/۹	۱۷	۳۴/۵	۱۹	متوسط (۳۹-۴۷)	
	۶۳/۶	۳۵	۹	۵	خوب (۴۸-۶۰)	
	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	جمع	

\* آزمون ANOVA

**جدول ۲-** توزیع فراوانی دختران نوجوان (۱۸-۱۳ ساله) بر حسب نمره کل رفتارهای بهداشتی (تغذیه، خواب و استراحت، ورزش و بهداشت فردی) در دو گروه مورد مطالعه

سطح معناداری*	تحت سرپرستی خانواده		تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی		گروه فراوانی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	کل رفتارهای بهداشتی	
$p<0/001$	۱۰/۹	۶	۵۰/۹	۲۸	ضعیف (کمتر از ۹۰)	
	۳۲/۷	۱۸	۴۰	۲۲	متوسط (۹۱-۱۱۰)	
	۵۶/۴	۳۱	۹/۱	۵	خوب (۱۱۱-۱۴۴)	
	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	جمع	

\* آزمون ANOVA

### بحث

است. همچنین بین متغیرهای مورد مطالعه و نمره کل رفتارهای بهداشتی نمونه‌ها به جز متغیر سن در نمونه‌های تحت سرپرستی خانواده ارتباط معناداری وجود نداشت. بدین معنی که بیشترین درصد (۵۱/۶٪) واحدهای مورد پژوهش در این گروه که نمره رفتارهای

نتایج پژوهش نشان داد که نمره رفتار بهداشتی تغذیه، خواب و استراحت، ورزش، بهداشت فردی و نمره کل رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی خانواده از دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر بوده

هستند زیرا در این دوران به علت بروز تغییرات زیاد در شخص، نیاز به مواد مغذی افزایش می‌یابد و بدی تغذیه در این دوران می‌تواند اثرات نامطلوبی بر سلامت فرد به جای گذارد (۲۸).

خواب و استراحت کافی از جمله نیازهای جسمی نوجوانان است، مخصوصاً خوابی که همراه با امنیت و احساس آرامش باشد (۱۸). اما عوامل بسیاری وجود دارد که می‌تواند شکل طبیعی خواب را بر هم زند این عوامل جسمی روانی تأثیرگذار بر خواب شامل: سن، جنس، خصوصیات شخصی، تغذیه، ورزش، اضطراب و فشار روانی، محیط و ... می‌باشد (۲۹). با توجه به این که اکثر دختران نوجوان تحت سرپرستی خانواده نمره رفتارهای بهداشتی خواب و استراحت خوب داشتند و بالعکس اکثر دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی نمره رفتار بهداشتی خواب و استراحتشان ضعیف بود، به نظر می‌رسد که وجود احساس آرامش و امنیت در خانواده بر میزان رفتار بهداشتی خواب و استراحت مؤثر است.

ورزش نوجوانان به دلایل مختلفی می‌تواند بر ارتقای سلامت مؤثر و در صدر اولویت‌های مربوط به بهداشت نوجوانان باشد (۳۰) و با توجه به کاهش میزان فعالیت بدنی در بین نوجوانان، آنان نیازمند شرایط و برنامه‌هایی برای ارتقای رفتار بهداشتی ورزش می‌باشند (۳۱). بنابراین باید به نوجوانان فرصت داد که فعالیت بدنی داشته باشند و زمینه را برای رشد و کمال خود فراهم آورند و تکامل جسمی در آنها پدیدار گردد. در این

بهداشتی خوب (۱۱۴-۱۱۱) داشتند ۱۳ ساله بودند. به نظر می‌رسد از آن جا که دختران نوجوان در سنین پایین‌تر بیشتر تحت تأثیر و نفوذ خانواده به خصوص والدین هستند رفتارهای بهداشتی آنان نسبت به سنین بالاتر نوجوانی بهتر می‌باشد، بر اساس تحقیقی که توسط Berg-Kelly انجام یافت وی بدین نتیجه رسید که در اوایل سنین نوجوانی افراد بیشتر با شیوه زندگی بزرگسالان سازگار می‌شوند (۲۲).

نتایج تحقیقی که توسط Cusatis و Shannon انجام گرفت نشان داد که عوامل متعددی از جمله همانندسازی با والدین و نزدیکان بر رفتارهای بهداشتی تغذیه نوجوانان تأثیر می‌گذارد (۲۶) و نوجوانانی که با خانواده بر اساس یک روند معمول و با قاعده غذا می‌خورند و ارتباط خانوادگی بالایی دارند، تغذیه و رژیم غذایی مطلوب‌تری نسبت به سایر دختران دارند (۶) نتایج مطالعه حاضر نیز مؤید همین مسأله می‌باشد و دختران تحت سرپرستی خانواده از نمره رفتار بهداشتی تغذیه بالاتری نسبت به دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی برخوردار بودند. نداشتن برنامه غذایی متناسب با نیازهای تغذیه‌ای دختران نوجوان در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی از دیگر مسائلی است که تغذیه آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج تحقیقی که در مورد نوجوانان آسیایی، آمریکایی و اسپانیایی انجام شد نشان داد که نوجوانان نیازمند برنامه‌های ارتقای سلامتی در زمینه تغذیه سالم می‌باشند (۲۷)، چرا که آنان در دوران بلوغ در مقابل کمبودهای تغذیه‌ای بسیار آسیب‌پذیر

پژوهش مشخص شده که دختران نوجوان تحت سرپرستی خانواده نمره رفتار بهداشتی ورزشی بالاتری نسبت به دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی دارند.

مراقبت از پوست و مو و بررسی بینایی و شنوایی و توجه به سلامت دندان‌ها در دوران نوجوانی از مسایل مهمی است که باید مورد توجه قرار گیرد (۳۲). نتایج این پژوهش نشان داد که دختران نوجوان تحت سرپرستی خانواده نمره رفتار بهداشتی فردی بالاتری نسبت به دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی دارند و به نظر می‌رسد توجه و مراقبت خانواده از دخترانشان در زمینه بهداشت فردی و اختصاص زمانی برای آموزش آنان در این مورد نقش مهم و مؤثری در بروز رفتارهای بهداشتی و بهداشت فردی آن‌ها داشته است. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان نمره کل رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی خانواده از میزان نمره کل رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهیشتی بیشتر بوده است. آن چه مسلم است عوامل زیادی در میزان رفتارهای بهداشتی نوجوانان مؤثر می‌باشد اما نتایج پژوهش‌های قبلی انجام یافته و این پژوهش نشان داد که زندگی در محیط خانواده و برخوردار بودن از نعمت والدین بیشترین تأثیر را بر میزان رفتارهای بهداشتی در دوران بلوغ و نوجوانی دارد. اعضای خانواده و به خصوص والدین نقش اساسی در امر آموزش و آگاه نمودن و توجه و مراقبت از نوجوانان و فراهم آوردن شرایط و امکانات بهداشتی برای آنان دارند. نکته دیگر آن که

محیط خانه، محیط یاددهی و یادگیری از راه‌های مختلف به ویژه تقلید است و فرزندان که قسمت عمده‌ای از عمر خود را در این محیط می‌گذرانند از اعضای خانواده خود به خصوص والدین الگو می‌گیرند (۳۳)، این در حالی است که دختران مقیم در مراکز شبانه‌روزی از داشتن چنین نعمتی بی‌بهره‌اند و شرایط و امکانات لازم نیز در مراکز به منظور ارتقای میزان رفتارهای بهداشتی آنان وجود ندارد.

با استفاده از یافته‌های این پژوهش خانواده‌ها و به خصوص والدین به نقش مؤثر خود در جهت بالا بردن آگاهی‌های دخترانشان و توجه و نظارت بر آنان در زمینه رفتارهای بهداشتی پی برده و با آموزش و انجام رفتارهای بهداشتی، می‌توانند مربی و الگوی خوبی برای دختران نوجوان خود باشند. همچنین با توجه به اهمیت نقش خانواده در میزان رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان، همگان و مسؤولین کشور باید در جهت استحکام بیشتر خانواده‌ها بکوشند.

مدیران سازمان بهزیستی کشور با عنایت به نقش مربیان مراکز شبانه‌روزی در آموزش، نظارت و نقش الگویی آنان در زمینه رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان، می‌بایست کلاس‌های آموزشی در خصوص نیازهای دختران نوجوان برای مربیان برگزار نمایند و آموزش و نظارت بر رفتارهای بهداشتی دختران را مشخصاً در شرح وظایف مربیان درج کنند و عملکرد آنان را در این زمینه کنترل و ارزشیابی نمایند و امکانات و شرایط لازم را جهت ارتقای سطح بهداشت و سلامت برای دختران نوجوان فراهم سازند.



پاسخ‌گویی آن‌ها مؤثر می‌باشد که از محدودیت‌های این پژوهش بوده و غیر قابل کنترل است.

### نتیجه‌گیری

رفتارهای بهداشتی در دوران نوجوانی نقش مؤثری بر سلامت زندگی آتی افراد دارد به خصوص دختران که مادران فردای جامعه و تضمین‌کننده سلامت زندگی خانواده‌ها می‌باشند. شناسایی رفتارهای بهداشتی این گروه می‌تواند نقش اساسی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشد.

نتایج بررسی حاضر بیانگر این است که نمره رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی خانواده نسبت به دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بیشتر است. امید است نتایج این پژوهش بتواند محرک همکاری بین نهادهای مختلف اجتماعی از جمله سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، رسانه‌های گروهی و ... جهت ایجاد برنامه‌های گسترده بهداشتی و آموزشی برای دختران نوجوان باشد به ویژه دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی که به حکم دین مبین اسلام باید مورد توجه ویژه قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران و سازمان بهزیستی تهران و کلیه دختران نوجوان شرکت‌کننده در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

توجه مسئولین وزارت آموزش و پرورش باید به نقش حساس مربیان بهداشت مدارس معطوف گردیده و امکانات و شرایط لازم را به منظور ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی در اختیار آنان قرار دهند و با گنجاندن مطالب مربوط به بهداشت و سلامت و رفتارهای بهداشتی در سنین نوجوانی در کتب درسی دانش‌آموزان گامی مفید در ارتقای آگاهی و سلامت آنان بردارند.

رسانه‌های گروهی و سازمان صدا و سیما نیز از منابع و مراکزی می‌باشند که می‌توانند نقش مؤثری در آموزش و ارائه برنامه‌های بهداشتی برای دختران نوجوان داشته باشند.

پرستاران بهداشت جامعه نیز باید با تکیه بر دانش و مهارت و نقشی که بر عهده دارند با مشارکت اصولی و فعال در برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌های مختلف بهداشتی در جهت افزایش سطح آگاهی و عملکرد دانش‌آموزان در این خصوص کوشا بوده و با هماهنگی وزارت بهداشت و درمان و آموزش و پرورش در سطح مدارس به کار گرفته شوند.

در نهایت انجام این امور مستلزم همکاری هر چه بیشتر سازمان‌های یاد شده می‌باشد و اعضای گروه بهداشتی از جمله پرستاران بهداشت جامعه به حکم وظیفه با انجام تحقیقات بیشتر در زمینه‌های ذکر شده و با استفاده از یافته‌های پژوهش و در گروه‌های مختلف سنی و جنسی می‌توانند در توسعه و ارتقای سلامت جامعه سهیم باشند.

لازم به ذکر است که شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در نحوه

## منابع

- 1 - Duaso MJ. Issues and innovations in nursing practice, health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advance Nursing*. 2002 Aug; 39(5): 472-479.
- 2 - Pronk NP, Anderson LH, Crain AL, Martinson BC, O'connor PJ, Sherwood NE, Whitebird RR. Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors: Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27(2): 25-33.
- 3 - Sheahan SL. Documentation of health risk; and health promotion counseling by emergency department nurse practitioners and physicians. *J Nursing scholar*. 2000; 32(3): 245-50.
- 4 - Kannel WB. Lipids, diabetes, and coronary heart disease: insights from the Framingham Study. *Am Heart J*. 1985 Nov; 110(5): 1100-7.
- 5 - Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of community health nursing*. St. Louis: Mosby Co; 2002. P. 301.
- 6 - Sanchez A, Norman GJ, Sallis JF, Calfas KJ, Cella J, Patrick K. Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007 Feb; 32(2): 124-30.
- 7 - Nies M, McEwen M. *Community health nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2001.
- 8 - [Iran statistics center website]. [www.sci.org.ir](http://www.sci.org.ir). Census in 1385. (Persian)
- 9 - Naraghi Y. [Development and Under Development countries]. 3th ed. Tehran: Enteshar Publications; 1994. (Persian)
- 10 - Spear HJ, Kulbok PA. Adolescent health behaviors and related factors: a review. *Public Health Nurse*. 2001 Mar-Apr; 18(2): 82-93.
- 11 - World Health Organization. *World health report*. Geneva: WHO Pub; 1998.
- 12 - Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. *Nurs Res*. 2002 Jul-Aug; 51(4): 229-36.
- 13 - Singh Gk, Yu SM, Siahpush M, Kogan Md. High levels of physical inactivity and sedentary behaviors among US immigrant children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Aug; 162(8): 756-63.
- 14 - Schuster MA, Eastman KL, Fielding JE, Rotheram-Borus MJ, Breslow L, Franzoi LL, Kanouse DE. Promoting adolescent health: worksite-based interventions with parents of adolescents. *J Public Health Manag Pract*. 2001 Mar; 7(2): 41-52.
- 15 - Stanhope M, Lancaster J. *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby Co; 2000. P. 536-685.
- 16 - Hunt R. *Community-based nursing*. Philadelphia: Lippincott Co; 2001. P. 247.
- 17 - Cruz GT, Laguna EP, Raymundo CM. Family influences on the lifestyle of the Filipino youth. *Journal of Marriage and Family*. 2002; 416-429.
- 18 - Ghaemi A. [The girls' adolescence world]. Tehran: Amiri Publications; 1991. (Persian)
- 19 - Babaei N. [A study on the case of orphan and the problems of foster child, The Iranian social welfare organization]; 1994. (Persian)
- 20 - Radfar M. [Comparative study of health behavior of menstruation teenagers (11-18Years) under supervision of orphanage and families' supervision in Tehran]. MS thesis in psychiatric nursing, social welfare Sciences and rehabilitation University, 1996. (Persian)
- 21 - Friestad C, Klepp KI. Socioeconomic status and health behavior patterns through adolescence: results from a prospective cohort study in Norway. *Eur J Public Health*. 2006 Feb; 16(1): 41-7.
- 22 - Berg-Kelly K. Normative developmental behavior with implications for health and health promotion among adolescents: a Swedish cross-sectional survey. *Acta Paediatr*. 1995 Mar; 84(3): 278-88.

- 23 - Koivusilta LK, Rimpelä AH, Rimpelä M, Vikat A. Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Educ Res.* 2001 Apr; 16(2): 201-14.
- 24 - He K, Kramer E, Houser RF, Chomitz VR, Hacker KA. Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *J Adolescent Health.* 2004 Jul; 35(1): 26-33.
- 25 - Bekaert S. Improving healthcare provision for teenagers. *Practice Nurse.* 2003 March; 38-45.
- 26 - Cusatis DC, Shannon BM. Influences on adolescent eating behavior. *J Adolesc Health.* 1996 Jan; 18(1): 27-34.
- 27 - Unger JB, Reynolds K, Shakib S, Spruijt-Metz D, Sun P, Johnson CA. Acculturation, physical activity, and fast-food consumption among Asian-American and Hispanic adolescents. *J Community Health.* 2004 Dec; 29(6): 467-81.
- 28 - Neinstein LS. *Adolescent health care: a practical guide.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1996. P. 26.
- 29 - Tanaka H, Taira K, Arakawa M, Masuda A, Yamamoto Y, Komoda Y, Kadegaru H, Shirakawa S. An examination of sleep health, lifestyle and mental health in junior high school students. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002 Jun; 56(3): 235-6.
- 30 - Pender NJ, Bar-Or O, Wilk B, Mitchell S. Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nurse Res.* 2002 Mar-Apr; 51(2): 86-91.
- 31 - Nelson MC, Gordon-Larsen P, Adair LS, Popkin BM. Adolescent physical activity and sedentary behavior: patterning and long-term maintenance. *Am J Prev Med.* 2005 Apr; 28(3): 259-66.
- 32 - Betz C, Hunsberger M, Wright S. *Family centered nursing care of children.* Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1994.
- 33 - Safi A. [Balanced family, right, responsibilities and the couple's behavior toward each other]. Tehran: Parent-Teacher Association Islamic Republic of Iran Publications; 1994. (Persian)

