

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره نهم، پاییز ۱۴۰۲: ۶۳-۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹

نوع مقاله: پژوهشی

## مطالعه خودمراقبتی در بین جوانان شهر تهران

\* میترا سرابیان

\*\* پروین سوادیان

\*\*\* علیرضا کلدی

### چکیده

خودمراقبتی به عنوان الگوی رفتاری‌ای که طی زندگی انجام می‌شود، در نگهداری و بهبود سلامتی و کاهش هزینه‌های افراد و جامعه در نتیجه پایین آمدن هزینه‌های بستری و توانبخشی، در آینده نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. الگوی زندگی جوانی بر سلامت عمومی جامعه تأثیر می‌گذارد و این اثرات در درازمدت<sup>۱</sup> باقی می‌ماند. پژوهش حاضر با هدف شناخت، خودمراقبتی جوانان را ارزیابی کرده است. مطالعه حاضر با روش کیفی (اکتشافی) انجام شده است. داده‌های اولیه پژوهش، مصاحبه باز و نیمه ساختاریافته با مشارکت ۱۱ نفر در بین جوانان ۱۸ تا ۳۴ ساله با نمونه‌گیری هدفمند و رسیدن به اشباع نظری انجام شد. مصاحبه‌ها، حضوری و تحلیل داده‌ها با راهبرد تحلیل مضمون انجام گرفت. یافته‌های کیفی شامل مضامینی چون رفتارهای سلامت‌محور، فشار اجتماعی گروه همسالان، تأثیر محیط اجتماعی، محدودیت‌ها و موانع، فواید خودمراقبتی، عوامل تأثیرگذار و انتظارات از

---

\* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی گرایش گروه‌های اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

m.sarabian55@gmail.com

ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و

Parvin.savadian@iau.ac.ir

تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\*\*\* استاد بازنشسته گروه جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

a-kaldi@srbiau.ac.ir



سازمان‌ها و نهادهای مرتبط بود. دو دسته عوامل بیرونی و درونی نیز شناسایی شد که شامل موارد مثبت و منفی بود. نتایج تأیید می‌کنند که خودمراقبتی، پدیده‌ای چندعاملی است و عوامل اقتصادی و اجتماعی، محرک‌های اولیه سلامت به شمار می‌روند. جوانان به فواید خودمراقبتی، از جمله افزایش اعتماد به نفس و کاهش هزینه‌های درمانی توجه دارند. همچنین موانع اجتماعی و اقتصادی مانند کمبود وقت، فشارهای روانی و محدودیت‌های مالی، تأثیر منفی بر رفتارهای خودمراقبتی آنان دارد. این موانع می‌تواند مانع از اتخاذ تصمیم‌های سالم در زندگی روزمره شود و علاوه بر تحت‌الشعاع قرار دادن سلامت جسمی افراد، آنان را در معرض انواع آسیب‌های و انحرافات اجتماعی قرار دهد. در عین حال خودکارآمدی و تأثیر همسالان نیز نقش مهمی در ترغیب جوانان به رفتارهای سالم ایفا می‌کند. در مجموع این یافته‌ها، اهمیت شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر خودمراقبتی جوانان را برجسته می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** خودمراقبتی، فشار اجتماعی گروه همسالان، موانع و فواید، جوانان.

## مقدمه

امروزه جوانان در معرض رفتارهای پرخطر زیادی قرار دارند و این موضوع از جمله مسائل اجتماعی مهم در حوزه جوانان است؛ رفتارهای پرخطری نظیر مصرف دخانیات و مواد مخدر و روان گردان‌ها، مصرف مداوم مواد غذایی مضر و فست‌فودها، مصرف الکل، ورزش نکردن یا نداشتن تحرک بدنی. آنچه می‌تواند به پیشگیری یا کاهش اثرات این مسئله کمک کند، خودمراقبتی<sup>۱</sup> است.

خودمراقبتی، توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و مقابله با بیماری و ناتوانی، با حمایت یک کارمند بهداشتی و یا بدون آن است. خودمراقبتی، عملی است که افراد با استفاده از دانش و اطلاعاتی که در اختیار دارند، مراقب سلامت خود هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۴). امروزه مراقبت از خود به عنوان یک مهارت و ضرورت شناخته شده، زیرا علاوه بر بالا رفتن هزینه‌های شخصی و کاهش کیفیت زندگی افراد، بر میزان خدمات عمومی که سازمان‌ها و نهادهای بهداشتی در زمینه‌های بستری و توانبخشی ارائه می‌دهند نیز تأثیر بسیاری می‌گذارد.

بسیاری از الگوهای رفتاری و عادات در جوانی که با رفتارهای سلامتی مرتبط هستند، می‌تواند منجر به بیماری یا به خطر افتادن سلامتی گردد که بروز این مشکلات، نیاز به مداخلات پزشکی را ایجاد می‌کند. این عادات و الگوهای رفتاری شامل رژیم غذایی نامناسب، مصرف دخانیات، مواد مخدر، الکل، نداشتن تحرک فیزیکی و حتی مصرف بی‌رویه داروها می‌شود. داشتن تندرستی، یکی از مهم‌ترین دستاوردهای انسان در قرن حاضر به شمار می‌رود که تا حد زیادی به شرایط فردی بستگی دارد؛ اما عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی (ر.ک: Bilgel & karahasan, 2018). عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۹۱، مصدق راد، ۱۴۰۰) نیز نقش بسیار مؤثری در افزایش یا کاهش آن دارد. جامعه به وجود آورنده شرایطی است که می‌تواند فرد را به سوی ارتقا و حفظ تندرستی یا بالعکس سوق دهد. شرایط اجتماعی می‌تواند تأثیرات بسیاری بر سلامت افراد جامعه داشته باشد. تصمیم‌گیری‌های مرتبط با آن می‌تواند موجب تقویت یا تضعیف مراقبت از خود در جامعه شود.

خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم

شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد (رفیعی فر و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، عوامل پرخطر پزشکی شامل فشارخون بالا، کلسترول بالا، دیابت و سابقه شخصی یا خانوادگی سکته مغزی یا حمله قلبی است. تخمین زده می‌شود که ۷۰ درصد سکته‌های مغزی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد که ۸۷ درصد از مرگ‌های ناشی از سکته مغزی و سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده را نیز تشکیل می‌دهد. بر اساس نتایج پیمایش ملی بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۴۰۰، حدود ۳۲٪ افراد ۱۸ سال و بالاتر کشورمان، فشارخون بالا داشته‌اند (وزارت بهداشت، ۱۴۰۳).

مصرف جدی سیگار از سنین شانزده سالگی آغاز می‌گردد و کسانی که زودتر سیگاری می‌شوند، نسبت به کسانی که دیرتر سیگاری می‌شوند، بیشتر به اعتیاد کشیده می‌شوند و حتی احتمال ترک سیگار نیز در آنان کمتر است (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۳۲). برای کاهش بروز بیماری‌های مزمن و غیر واگیر در دوران سالمندی نیاز است تا رفتارهای سلامت‌محور در دوره جوانی مورد توجه قرار گیرد. هرچند دوره جوانی در زندگی، اهمیت خاصی دارد، مطالعات انجام شده بیشتر بر کودکان، نوجوانان و سالمندان متمرکز بوده است و اطلاعات کمی از کیفیت غذایی و تحرک بدنی و رفتارهای پرخطر جوانان در دسترس است. بنابراین رفتارهای پرخطر یا رفتارهایی که منجر به بیماری‌هایی مزمن (برای مثال رژیم‌های غذایی، نداشتن تحرک بدنی، اعتیاد و مصرف الکل یا سیگار) می‌شود، می‌تواند افراد را در معرض بیماری‌ها قرار دهد که علاوه بر کاهش یا از دست دادن سلامتی، پیامدهای آن، هزینه سنگینی بر جامعه و فرد تحمیل می‌کند.

پرداختن به خودمراقبتی، بسیار ضروری به نظر می‌رسد، وقتی سودمندی‌های مراقبت‌های اولیه، مانند کاهش ویزیت‌ها، رضایت از زندگی و بالا بردن کیفیت زندگی و جلوگیری از مرگ‌های زودرس در نظر گرفته می‌شود. خودمراقبتی در بین اقشار جامعه از جمله جوانان، بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی را موجب می‌گردد. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه، سلامت این قشر، اهمیت بسزایی دارد.

با توجه به اهمیت نقش جوانان در جامعه، نیاز است تا در حوزه بهداشت و سلامت، برنامه‌های مداخله‌ای و پیشگیرانه مؤثر برای جوانان سیاست‌گذاری شود؛ زیرا نداشتن رفتارهای بهداشتی در جوانان، سلامتی آنان را در بزرگسالی با مخاطره روبه‌رو می‌سازد و هزینه‌های گزاف و طولانی‌مدت بر دوش خانواده‌ها گذاشته، منابع خانواده را هدر می‌دهد. علاوه بر آن باعث به خطر افتادن میلیون‌ها انسان شده، منجر به فقر می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف واکاوی فرایند خودمراقبتی در بین جوانان با رویکردی کیفی با در نظر داشتن رفتارهای بهداشتی انجام شده است. مراقبت از خود، رفتارهایی با ابعاد متفاوت و پیچیده است. در این بررسی سعی شده است تا نقش عوامل اجتماعی و فردی در شکل دادن به خودمراقبتی در نظر گرفته شود. بنابراین پرسش‌های این پژوهش عبارتند از:

- جوانان، خودمراقبتی را چگونه درک کرده و رفتار می‌کنند؟
- چگونه خودمراقبتی بر جنبه‌های سلامت آنان تأثیر می‌گذارد؟
- نقش دوستان و همسالان و محیط اجتماعی در رفتارهای خودمراقبتی جوانان چیست؟
- جوانان، چه انتظاراتی از سازمان‌ها و نهادهای مرتبط دارند؟

### ملاحظات نظری

با توجه به اینکه در مطالعات به روش کیفی، چارچوب نظری و فرضیه وجود ندارد، از نظریه‌ها به عنوان چراغ راه و ایجاد حساسیت نظری بهره گرفته می‌شود. امروزه عوامل تعیین‌کننده سلامت از مسائل زیستی فراتر رفته و به دو قلمرو فردی و اجتماعی گسترش یافته‌اند (فاضلی، ۱۳۹۵: ۵۰). به عبارتی سلامت، مقوله‌ای است که درون یک شبکه علی گسترده متشکل از متغیرهای متنوع و فراوانی قرار گرفته است که به طور قطع نمی‌توان جای مشخصی برای آن در این زنجیره علی تعیین نمود؛ چراکه خود گاهی معلول و گاهی علت متغیرهای متعددی است (علیزاده اقدام، ۱۳۹۳: ۷۴).

مدل باور سلامتی<sup>۱</sup> شامل چندین سازه اساسی است که پیش‌بینی می‌کند که چرا مردم، عمل پیشگیری را انجام می‌دهند؛ چرا به دنبال انجام غربالگری می‌روند؛ چگونه

شرایط بیماری خود را کنترل می‌کنند. اگر افراد، خودشان را در معرض خطر احساس کنند، به این باور رسیده باشند که بیماری، عواقب جدی برای آنها در بر خواهد داشت و یا اینکه این باور وجود داشته باشد که رفتار پیشگیری‌کننده در دسترس آنها در کاهش حساسیت یا جدیت بیماری مؤثر است و همچنین این باور که موانع قابل پیش‌بینی نظیر هزینه‌های شرکت در برنامه‌ها از فواید آن کمتر است، رفتار پیشگیری‌کننده را در پیش می‌گیرند (گلنز و دیگران، ۱۳۹۷: ۶۱).

باورها، تصورات ذهنی در نظر گرفته می‌شوند که با کنش‌های افراد درباره بیماری و سلامتی در ارتباط هستند. الگویی که مدعی است رفتارهای مربوط به سلامتی (مانند تغذیه، تحرک بدنی و مصرف دخانیات) را می‌توان از طریق باورها تبیین نمود. «طبق الگوی باورها برای سلامتی به طور آرمانی، تغییرات رفتاری به دو عامل بستگی دارد: از یکسو ادراک تهدید سلامتی، از سوی دیگر ادراک پیشه گرفتن رفتار خاصی می‌تواند از شدت تحریک بکاهد. هر یک از این دو عامل می‌تواند بر اساس باورهای زیربنایی و در واقع بر پایه اطلاعاتی که هیئت پزشکی به دست می‌دهد، پیدا شوند. این اطلاعات همانا باور کردن تهدید و پیامدهای آن، باور کردن و جدی گرفتن دستورهای مربوط به پیشگیری می‌باشند. چنین الگویی قبل از هر چیز مستلزم آن است که افراد، عقلانی فکر کنند و اجتناب از خطراتی که سلامتی را تهدید می‌کند، همیشه برای آنها ضروری‌ترین برنامه زندگی باشد. آنگاه این الگو، باور یا اطلاعاتی را پایه کار قرار می‌دهد که جدا از سایر باورها و اطلاعات است، بی‌آنکه توجه کند چگونه در مجموعه‌های پیچیده‌ای که تصورات ذهنی به وجود می‌آورند، جا می‌گیرد. البته تصورات ذهنی مانند صافی‌هایی عمل می‌کنند که افراد، اطلاعات تازه را در آن می‌گذارند و تفسیر می‌کنند و آنگاه می‌پذیرند و یا از قبول آن امتناع می‌ورزند. بالاخره باید گفت که این الگو، پیوند میان اطلاعات، باورها و رفتارها را صرفاً در سطح فردی مورد توجه قرار می‌دهد» (آدام و هرستلیک، ۱۳۹۶: ۱۰۵-۱۰۶).

روزنستاک<sup>۱</sup> (۱۹۷۴)، کاپلان، سالیس و پاترسون<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) معتقدند که باورها درباره برآیندهای رفتار سلامتی و نیز درباره احتمالات و تلاش برای عملی کردن آنها شامل منافع ادراک‌شده و هزینه‌ها یا موانع ادراک‌شده می‌شود (مسهودنیا، ۱۳۹۴: ۲۷۱-۲۷۲).

نظریه اجتماعی - شناختی، از عوامل فردی در تغییر رفتار سلامتی فراتر رفته، عوامل محیطی و اجتماعی را به آن می‌افزاید. این نظریه، یکی از جامع‌ترین الگوهای نظری رفتار انسانی است که تاکنون مطرح شده است. نظریه اجتماعی - شناختی، گاهی نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۲</sup> نیز نامیده می‌شود. نظریه اجتماعی - شناختی، نوعی نظریه<sup>۳</sup> پیش‌بینی رفتار و مبین یک رویکرد بالینی در تغییر رفتار سلامتی است. این نظریه به طور گسترده‌ای درباره رفتار سلامتی، با تأکید بر پیشگیری، تقویت تندرستی و تعدیل سبک‌های زندگی ناسالم در مورد بسیاری از رفتارهای پرخطر به کار گرفته شده است. نظریه اجتماعی - شناختی، بر اینکه مردم چگونه فکر می‌کنند و اثرات آن بر رفتار آنان تأکید دارد. این نظریه فرض می‌کند که رفتار می‌تواند بر اساس تقابل سه‌گانه بین سه مفهوم اساسی، یعنی فرد، محیط و رفتار تبیین شود. بر این اساس نوعی تعامل مستمر و پویا میان فرد، محیط و رفتار وجود دارد، به صورتی که هرگونه تغییری در هر یک از عوامل، بر دو عامل دیگر نیز تأثیر می‌گذارد (مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۲۸۳-۲۸۴).

نظریه فشار اجتماعی<sup>۴</sup>، شکلی از نظریه<sup>۳</sup> یادگیری اجتماعی است. این نظریه در ارتباط با رفتارهای سلامتی، بر نقش مؤثر همسالان<sup>۴</sup> تأکید دارد و معتقد است که پذیرش رفتارهای خطرآفرین برای سلامتی، برای مثال مصرف سیگار، تحت تأثیر آنچه فشار اجتماعی آشکار<sup>۵</sup> نامیده می‌شود، قرار دارد. استدلال می‌شود که همسالان، سیگار را تعارف کرده، سپس از راه متلک و گوشه و کنایه یا انتقاد به فرد تحمیل می‌کنند (Evans & Raines, 1990، به نقل از همان: ۲۸۶).

مدل فشار اجتماعی، پایه آنچه رویکرد تلقیح اجتماعی<sup>۶</sup> درباره پیشگیری نام دارد ایجاد کرده است. این رویکرد، از روش‌های فیلم‌برداری برای نشان دادن واکنش جسورانه نسبت به فشار اجتماعی استفاده می‌کند و سعی می‌کند مقاومت نوجوانان را نسبت به فشارهای همسالان درباره رفتارهای ناسالم افزایش دهد (مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۲۸۶). رابرت اگنیو در شکل جدید نظریه فشار، سه نوع منبع فشار معرفی می‌کند. وی

1. Kaplan, Sallis & Patterson
2. Social learning theory
3. Social pressure theory
4. Peers
5. Explicit social pressure
6. Social inoculation approach

«استدلال می‌کند که عدم دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت<sup>۱</sup>، اولین نوع فشار در نظریه فشار عمومی است که جامعه با داشتن چنین مشخصه‌ای، احتمالاً بیشتر از سایر جوامع سبب انسداد اهداف می‌شود» (Agnew, 1998)، به نقل از علیوردی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۶: ۹۱). نوع دوم فشار با حذف محرک ارزشمند مثبتی<sup>۲</sup> که شخص بدان عادت کرده است، ایجاد می‌شود (Bao et al, 2004: 284). نوع سوم فشار با وجود یک محرک منفی<sup>۳</sup> ایجاد می‌شود؛ قرار گرفتن شخص در معرض موقعیت‌های آزاردهنده و حوادث ناامیدکننده، مانند قربانی جنایت بودن، تنبیه بدنی شدن، مورد سوء استفاده قرار گرفتن یا روابط منازعه‌آمیز با والدین یا همالان (همان: ۲۸۵). نظریه فشار عمومی، راهکارهای تقابلی غیر از جرم (راهکارهای تقابلی شناختی، عاطفی و رفتاری) را که افراد در چارچوب ابزار قانونی می‌توانند با فشار مقابله کنند، معرفی کرده است (Agnew, 1992: 51).

نظریه هنجار اجتماعی<sup>۴</sup> بر ادراک افراد از هنجارهای اجتماعی درباره رفتار سلامت تأکید دارد که به عنوان شکلی از نفوذ اجتماعی عمل می‌کند. به‌ویژه در صورتی که رفتارهای مرتبط با سلامتی که افراد ادراک می‌کنند، از سوی گروه مرجع اجتماعی آنان نیز تأیید شود. بر اساس نظریه هنجار اجتماعی، این ادراک به‌ویژه درباره رفتارهایی نظیر مصرف سیگار مهم است؛ زیرا مطالعات نشان می‌دهد که چگونه افراد جوان و نوجوان تمایل دارند تا درباره تعداد سیگارهایی که مصرف کرده‌اند، در میان همسالان خود اغراق کنند. بنابراین این نظریه معتقد است که دلیل عمده گرایش افراد به رفتارهای پرخطر برای سلامتی، کیفیت برداشت و ادراک آنان از یک رفتار خاص، برای مثال سیگار کشیدن است. از این‌رو صاحب‌نظران نظریه هنجار اجتماعی معتقدند که این نظریه در برنامه‌های پیشگیری که با هدف کاهش شروع مصرف سیگار انجام می‌شود، کاربرد فراوانی دارد (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۲۸۷).

با مرور تئوری‌های مرتبط درمی‌یابیم که عدم خودمراقبتی ناشی از فشارهای اجتماعی و فشار گروه همسالان و روی آوردن به رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار و مواد مخدر و مشروبات الکلی، شرکت در جمع‌ها و جشن‌هایی که برای چنین رفتارهای

- 
1. Failure to achieve positively goals
  2. Removal of positively valued stimuli
  3. Presentation of negative stimuli
  4. Social Norm Theory



پرخطری ترتیب داده می‌شود، می‌تواند نقش پررنگی در به خطر انداختن سلامت اجتماعی جوانان و افزایش آسیب‌های اجتماعی در میان آنان داشته باشد.

### پیشینه پژوهش

تحقیقات انجام شده نشان داده است که نقش اقدامات فردی و درک صحیح از خود در مراقبت‌های بهداشتی اولیه از سوی افراد در حفظ و بهبود تندرستی تأثیرگذار است. این در حالی است که تأثیر عوامل اجتماعی همواره وجود داشته است. همچنین یافته‌های مطالعات انجام شده بر اهمیت سیاست‌گذاری‌ها تأکید داشتند.

غلامی و گرامی (۱۴۰۳) در پژوهش خود با عنوان «واکاوی روش‌های نفوذ و خنثی‌سازی فشار همسالان در استفاده از دخانیات و مواد مخدر در دانشجویان خوابگاهی» با هدف واکاوی روش‌های نفوذ و خنثی‌سازی فشار همسالان در استفاده از مواد مخدر به چهار مقوله اصلی نفوذ غایب همسالان، روش‌های نفوذ منفعلانه، روش‌های نفوذ فعالانه همسالان و روش مقابله مؤثر رسیدند.

مطالعه سرابیان و همکاران (۱۴۰۲) با عنوان «عوامل مؤثر بر خودمراقبتی جوانان شهر تهران» که به روش کمی انجام شد، مؤید این بود که هرچه جوانان، موانع و محدودیت‌های بیشتری بر سر راه خودمراقبتی ادراک کنند، خودمراقبتی‌شان کاهش می‌یابد و با بیشتر شدن فشار اجتماعی گروه همسالان نیز مراقبت از خود در بین جوانان کمتر می‌شود.

مفتون و همکاران (۱۳۹۷)، مطالعه‌ای با عنوان «تبیین محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و تعیین ابعاد مدیریتی آن» به روش کیفی طی نشست‌ها با صاحب‌نظران حوزه‌های بهداشتی و بالینی انجام دادند. یافته‌های این تحقیق نشان‌دهنده محورهای اصلی خودمراقبتی در سطوح پیشگیری اولیه شامل حفظ و ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها و در سطح بعدی موارد تشخیص زودرس، درمان و کنترل بیماری‌های پنهان، سازگاری بیمار با تشخیص احتمالی بیماری، تبعیت از شروع به موقع درمان مناسب و در سطح سوم پیشگیری شامل تشخیص بیماری، درمان و کنترل بیماری، سازگاری بیمار با بیماری یا ناتوانی، ارزیابی علایم و مصرف

داروی مناسب، مراقبت تسکینی و توان بخشی بود. همچنین ابعاد مدیریتی برنامه‌های خودمراقبتی در نظام ارائه خدمت شامل سه جنبه آماده‌سازی سیستم سلامت، آماده‌سازی افراد جامعه و بیماران و سازوکارهای پرداخت می‌شد. بر اساس نتایج این مطالعه، خودمراقبتی، جزئی از حیطه‌های مراقبت است.

افراسیابی و امیرمحمدی (۱۳۹۷) در پژوهش خود با عنوان «مطالعه کیفی مصرف قلیان در میان پسران جوان شهر جیرفت» به هشت مقوله اصلی از جمله فشار دوستان دست یافتند. نتایج این مطالعه نشان داد که مصرف قلیان در زمینه اجتماعی و تعاملات متناسب با مصرف شکل می‌گیرد و رشد می‌کند.

در مطالعه پناهی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان «عوامل مرتبط با مصرف سیگار در دانشجویان: کاربرد الگوی باور بهداشتی»، تفاوت معناداری میان سازه‌های الگوی یادشده وجود داشت که پیشگویی‌کننده مصرف سیگار در بین دانشجویان بود.

زارع و همکاران (۱۳۹۴) تحقیقی با عنوان «تبیین مفهوم خودمراقبتی در نوجوانان» در رشته بهداشت باروری به روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام دادند. یافته‌ها در پنج مضمون اصلی و ده مضمون فرعی شامل تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، رعایت بهداشت، خواب و مصرف توتون، تنباکو، مواد مخدر و الکل خلاصه شد. در نتایج، بررسی ضرورت تدوین برنامه‌های سلامت‌محور بر خودمراقبتی از سوی سیاست‌گذاران عنوان شد.

نتایج مطالعه مقایسه‌ای که میرزائیان و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان «بررسی و مقایسه وضعیت خودمراقبتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه تبریز» انجام دادند، نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در دو دانشگاه از سطح متوسط خودمراقبتی و کمترین درصد آنان از سطح خودمراقبتی خوب برخوردارند. بین خودمراقبتی دانشجویان دو دانشگاه اختلاف معنادار وجود داشت که نشان‌دهنده تأثیر نوع دانشگاه و برخی خصوصیات فردی و اجتماعی دانشجویان بر خودمراقبتی آنان بود.

لیچنر و همکاران (۲۰۲۱) با مطالعه ارتباط میان مفهوم خودمراقبتی و رفتار ریسکی جوانان، به توصیف ارتباط میان رفتار پرخطر و خودمراقبتی می‌پردازند که بر رفتار جوانان اثرگذار است. از این‌رو بر اساس ارتباطات تعیین‌شده می‌توان میزان توسعه خودمراقبتی را برای پیشگیری از رفتار پرخطر تعیین نمود.

جونز (۲۰۱۸) در بررسی‌ای که با عنوان «قدرت معنوی و ارتقا خودمراقبتی با دیدگاه فوکویی» انجام داد، طی مطالعه قوم‌نگارانه در نظر داشت که چگونه سیاست‌های دولت برای ارتقای خودمراقبتی در نظام مراقبت‌های بهداشتی انگلستان نه تنها تأکید بیشتری بر مسئولیت بیمار و سلامت خود دارد، بلکه به دنبال تشکیل شیوه‌های جدید معنوی به عنوان مسئول رفتار بیماران از طریق جمع‌آوری دانش مدیریت شیوه‌های آموزشی دارد. کاراهاسون و بیلگل (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان «خودارزیابی سلامت و انتخاب درونی در مراقبت‌های اولیه» که با هدف بررسی اثرات علی مراقبت‌های اولیه در وضعیت سلامت ذهنی در کشور ترکیه انجام شد، نشان دادند که مراقبت‌های اولیه به صورت درونی تعیین می‌گردد و استفاده از مراقبت‌های اولیه ارزیابی سلامت به طرز قابل توجهی بعد از کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عوامل دموگرافیک، رفتارهای بهداشتی، عوامل پرخطر و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی سلامت را بهبود می‌بخشد. مطالعه‌ای که شاندرآ و سونالکار (۲۰۱۶) با عنوان «خودمراقبتی از سلامت در ایالات متحده» انجام دادند، شامل فعالیت‌هایی مانند مصرف دارو، تزریق به خود و مراقبت از زخم می‌شد. در این تحقیق، قومیت، جنسیت، نژاد، درآمد، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و سلامت بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که خودمراقبتی، یکی از مشکلات مداوم مدیریت سلامت است که به طور برابر در دسترس همگان نیست و از نظر زمان، مکان و دسترسی به طور یکسان توزیع نمی‌گردد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خودمراقبتی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله باورها و فشارهای اجتماعی قرار دارد. بر اساس این مطالعات، درک موانع و محدودیت‌ها نیز مانند فشار اجتماعی به کاهش خودمراقبتی می‌انجامد. همچنین درک صحیح از خود و توانایی مدیریت سلامت از عوامل کلیدی در انجام رفتارهای بهداشتی و مؤید اهمیت سیاست‌گذاری‌های بهداشتی است. تمرکز تحقیقات انجام‌شده، بیشتر بر نوجوانان و سالمندان بوده و مطالعه حاضر به طور خاص بر جوانان تمرکز دارد. برنامه‌ریزی بهداشتی برای جوانان ضروری است تا نیازها و چالش‌های این گروه سنی شناسایی شود.

## روش پژوهش

در این مطالعه برای بررسی دقیق داده‌ها از رویکرد کیفی (اکتشافی) و برای تجزیه و

تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. «تحقیق کیفی به مجموعه فعالیت‌های بامعنایی اطلاق می‌گردد که با هدف توسعه درک و فهم زندگی اجتماعی انسان‌ها و کشف چگونگی ساخت معنا از سوی انسان‌ها انجام می‌شود» (ایمان، ۱۳۸۸: ۱۴۹). تحلیل مضمون<sup>۱</sup>، روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. این روش، فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفضیلی تبدیل می‌کند (Braun & Clarke, 2006: 3). برای دستیابی به پاسخ سؤال‌های بخش کیفی تحقیق از فن مصاحبه عمیق و سؤالات نیمه‌ساختاریافته استفاده شد.

جامعه آماری در این مطالعه، جوانان ۱۸ تا ۳۴ ساله مناطق ۲۲گانه شهر تهران بود که بر اساس آخرین اطلاعات درگاه ملی آمار در سال ۱۳۹۵، ۲۸۵۱۰۸۵ نفر بودند. شرکت‌کنندگان شامل جوانانی بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. یعنی تلاش شد جوانانی از مناطق مختلف شهر و دارای ویژگی‌های مختلف شامل مجرد، متأهل، شاغل، دانشجوی، دختر و پسر و... جزء مشارکت‌کنندگان باشد. حجم نمونه در حین پژوهش تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه داشت. مصاحبه هشتم به اشباع رسیدیم و پس از تکراری شدن آن، سه مصاحبه دیگر برای بهتر شدن روند جمع‌آوری اطلاعات ادامه یافت و در نهایت یازده مصاحبه انجام شد.

برای اعتبار داده‌های کیفی پس از جمع‌آوری داده‌ها و رسیدن به اشباع، مصاحبه‌ها چندین بار مرور و بازخوانی شد و پس از کشف اطلاعات، کلیه عناصر و اجزاء ارزیابی شد و در فرایندی منظم، این مفاهیم به یکدیگر مرتبط و محورهای به‌دست‌آمده با شیوه تحلیل مضمون شش‌مرحله‌ای کلارک و براون (۲۰۰۶) کدگذاری شد.

در فرایند تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ابتدا مفاهیم اولیه استخراج شد. سپس با دسته‌بندی مفاهیم، مضامین فرعی شناسایی شده، در نهایت بعد از دسته‌بندی مضامین فرعی، مضامین اصلی از متن مصاحبه‌ها شناسایی شد. در طول تحلیل با قرار دادن کدهای باز یا مضمون‌های فرعی شبیه به هم در یک دسته، مضمون اصلی به دست آمد. بدین منظور با انتخاب دقیق نمونه‌ها در سطح داده‌ها و تحلیل آنها از طریق کدگذاری، ثبات و پایداری کدها نزد کدگذار دیگر حاصل شد.

### جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شماره	نام مستعار	سن	جنس	وضعیت تأهل	منطقه سکونت	میزان تحصیلات	میزان درآمد
۱	صبا	۲۰	زن	مجرد	۵	دانشجوی کارشناسی	۱۰ میلیون (خانواده)
۲	ریحانه	۲۵	زن	مجرد	۵	کارشناسی	۱۵ میلیون (خانواده)
۳	ملیحه	۱۹	زن	مجرد	۵	دانشجوی کارشناسی	۳۰ میلیون (خانواده)
۴	فریبا	۲۰	زن	مجرد	۲	دانشجوی کارشناسی	۱۰۰ میلیون به بالا (خانواده)
۵	امیر	۱۹	مرد	مجرد	۱۰	دانشجوی کارشناسی	۸ میلیون (خانواده)
۶	بهروز	۲۶	مرد	مجرد	۱۴	کارشناسی ارشد	۵ میلیون (شخصی)
۷	صادق	۲۶	مرد	مجرد	۳	کارشناسی	۱۲ میلیون (شخصی)
۸	آرمان	۳۴	مرد	متأهل	۲	دیپلم	۱۰ میلیون (شخصی)
۹	امید	۳۱	مرد	مجرد	۴	کارشناسی	۱۴ میلیون (شخصی)
۱۰	نرگس	۲۸	زن	متأهل	۲	کارشناسی	۱۵ میلیون (خانواده)
۱۱	مریم	۳۰	زن	متأهل	۲	کارشناسی	۱۵ میلیون (خانواده)

پرسش‌های اصلی پژوهش در مجموع ۱۲ پرسش بود و با توجه به ماهیت نیمه‌ساختار یافته، در هر مصاحبه با جوانان، پرسش‌های دیگری نیز با توجه به پاسخ‌ها و برای روشن‌تر شدن مفهوم پاسخ‌های ارائه‌شده طرح گردید. محتوای این مصاحبه‌ها ضبط شد و برای تحلیل‌های بیشتر به شکل متن کلمه به کلمه به روی کاغذ آمد که هر کدام حدود ۱۲۰۰ تا نزدیک به ۴۰۰۰ واژه بود.

پرسش‌ها به دو دسته عوامل درونی و بیرونی تقسیم شد. عوامل درونی مرتبط با باورهای فرد و تجربه‌های وی می‌شد و پرسش‌هایی که مرتبط به عوامل بیرونی بود شامل انتظاراتی که از نهادها داشتند، تأثیراتی که از محیط اجتماعی گرفته بودند و امکانات موجود برای جوانان بود. برخی از پرسش‌ها به باورهای شخصی درباره خودمراقبتی و یا اعتقاد به اینکه آیا اصولاً نیاز می‌دانند خودمراقبتی کنند یا آیا

خودمراقبتی در جوانی می‌تواند در سلامتی آینده فرد مؤثر باشد یا خیر بود. در پرسش‌های بعدی از مصاحبه‌شونده خواسته می‌شد که توضیح دهد چه رفتارهای بهداشتی را لازم می‌داند تا انجام دهد، چه رفتارهایی را عملاً انجام می‌دهد، درباره داشتن یا نداشتن خودمراقبتی، چه تجربه‌هایی دارد یا چه سود و زیان‌هایی از انجام دادن و یا حتی انجام ندادن آن می‌برد و اینکه تا چه حد باور دارد آیا قادر است با خودمراقبتی، سلامتی‌اش را مدیریت کند. تعدادی دیگر از پرسش‌ها به موانع یا محدودیت‌های موجود و تأثیرات عواملی چون دوستان و همسالان و محیط اجتماعی می‌پرداخت. دسته‌ای از آنها شامل عوامل کلان‌تری چون انتظاراتی که از سازمان‌ها و نهادهای مربوطه داشتند، می‌شد.

در عین حال منابعی که جوانان برای به دست آوردن اطلاعات مفید درباره مراقبت از خودشان به آن رجوع می‌کردند نیز دسته‌بندی شد. ویژگی‌های فردی نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، میزان درآمد و منطقه‌ای که در آن سکونت می‌کنند نیز مورد پرسش قرار گرفت. مسائل اخلاقی و عوامل تأثیرگذار «سیبر»<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) چون محرمانگی<sup>۲</sup>، رازنگهداری<sup>۳</sup> و ناشناس ماندن<sup>۴</sup> نیز رعایت شد.

### یافته‌ها: مضامین اصلی و فرعی

#### رفتارهای سلامت‌محور

مراقبت از خود برای هر فرد، معنای متفاوتی داشت. از نظر برخی، تحرک بدنی مناسب و تغذیه سالم، خودمراقبتی محسوب می‌شد و از نظر برخی دیگر از شرکت‌کنندگان، مراقبت از خود، چیزی بیشتر از تغذیه و انجام ورزش بود. استفاده از خدمات پزشکی مانند چکاپ‌های منظم پزشکی یا طب تکمیلی بررسی عوامل خطر ساز و اقدامات لازم را نیز در برمی‌گرفت. توانایی حل مسئله یا آنچه به عنوان هنر نه گفتن مطرح می‌شود نیز یکی از مضمون‌های خودمراقبتی از نظر شرکت‌کنندگان معرفی شد.

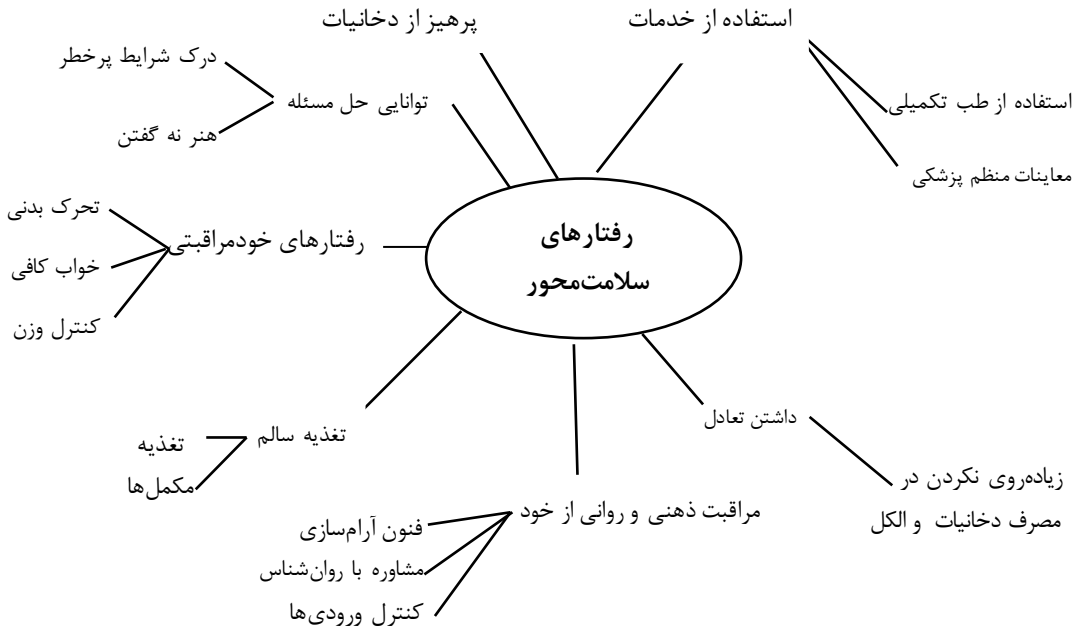
---

1. Sieber  
2. privacy  
3. confidentiality  
4. anonymity

صبا: «اینکه آدم‌های اطرافمان را بشناسیم. آنقدری عاقل شده باشیم که بدانیم اطرافمان ممکن است چه خطرهایی وجود داشته باشد که بتوانیم خودمان را حفظ کنیم. اینکه ممکن است چه خطرهایی به سرمان بیاید، چه فیزیکی و چه روانی. وقتی در اجتماع هستیم، اگر کسی پیشنهاد مواد مخدر یا دخانیات داد، اینقدر عقلمان برسد که بدانیم چه جوابی بدهیم و آلوده به آن نشویم. یا اینکه سیگار یا هر چیز دیگری».

علاوه بر مراقبت‌های جسمی، مراقبت‌های روانی و ذهنی نیز عنوان شد. برخی، فنون آرام‌سازی مانند مدیتیشن، مشاوره با روان‌شناس، دور کردن استرس و قرار گرفتن در محیط‌های آرامش‌بخش را شامل رفتارهای خودمراقبتی دانستند. توجه به ورودی‌های ذهنی نیز اهمیت داشت. ورودی‌ها شامل چیزهایی می‌شد که می‌بینیم، می‌شنویم و مصرف می‌کنیم. این ورودی‌ها، تأثیر مستقیمی بر سلامت ذهنی و روانی ما دارند و با کنترلشان می‌توانیم از وارد شدن اطلاعات منفی و استرس‌زا به ذهن جلوگیری کنیم و سلامت روانی خود را بهبود بخشیم.

بهروز: «از طرفی هم می‌تونه روانی باشه. می‌تونه بگه من هرچی رو گوش ندم. من هر چیزی را نبینم. ورودی‌های خودم رو کنترل کنم. مراقب اینپوت‌هام (Input) باشم».



شکل ۱- نقشه تحلیل مضمون رفتارهای سلامت محور

### فواید انجام رفتار بهداشتی

داشتن سلامتی که لازمه‌اش مراقبت از خود در همه سنین زندگی است، ابعاد گسترده‌ای دارد. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و نه صرفاً نداشتن بیماری یا ناتوانی (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۲۴). صرفه اقتصادی، حفظ توانایی، تعامل بهتر با اطرافیان، کسب موقعیت‌های اجتماعی بالاتر، احساس ارزشمندی و حفظ سلامت در سالمندی از جمله مواردی بود که به عنوان مضمون‌های اصلی شناسایی شد.

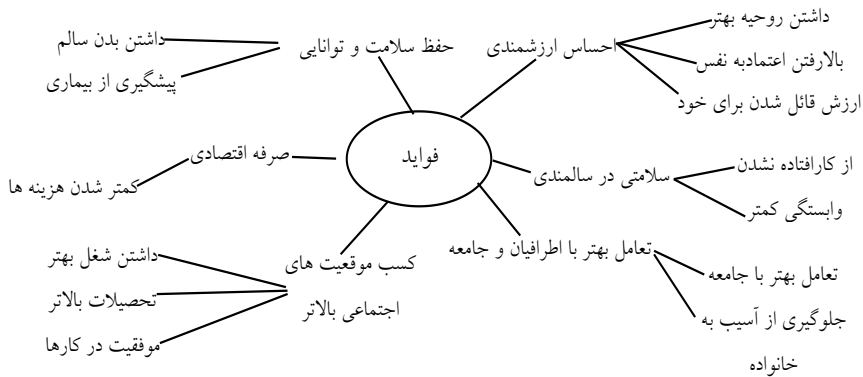
کسب موقعیت‌های اجتماعی بالاتر بیان‌کننده بدن سالم به سرمایه فیزیکی و تبدیل آن به سرمایه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی اشاره می‌کند. به دست آوردن شغل بهتر، روابط اجتماعی، تحصیلات و داشتن اوقات فراغت بهتر در سایه داشتن بدن سالم میسر می‌گردد. در این مصاحبه‌ها دقیقاً به شغل و تحصیلات و اوقات فراقت اشاره شده است.



صبا: «شاید در کارها موفق تر باشم. شغل بهتر، آینده بهتر و تحصیلات بهتر به نظرم در خیلی چیزها تأثیر دارد. مثلاً آدم وقتی بدن سالمی داشته باشد، خیلی راحت تر می تواند هر جا دلش خواست برود. لازم نیست به دیگران بگویم نمی توانم این کار را بکنم».

از آنجا که سلامت در سنین بالا، یکروزه به دست نمی آید و روندی ادامه دار و مستمر است، جوانان پاسخگو، مراقبت از خود را پروسه ای کاملاً پویا ارزیابی کردند و معتقد بودند که شاید در جوانی، باز خورد آن دیده نشود، ولی در آینده فرد کمتر دچار مشکل می گردد.

صادق: «بعدها آدم خودش آسیب نمی بیند. در سنین پیریش حداقل کمتر به کسی وابسته میشه. اون چیزی که به نظر من خیلی مهمه اینکه آدم سنش زیاد بشه، از کار افتاده نشه».



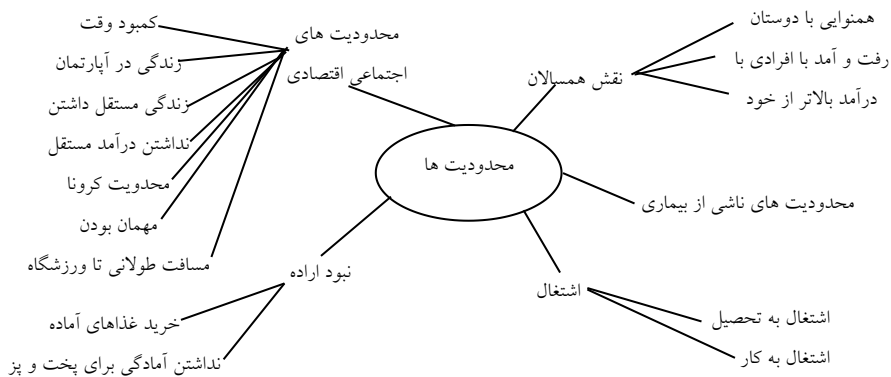
شکل ۲- نقشه تحلیل مضمون فواید کسب شده از خودمراقبتی

### محدودیتها و موانع

محدودیت های پیش روی جوانان، کمبود وقت، زندگی کردن به طور مستقل و جدا از خانواده، مسافت زیاد تا ورزشگاه ها، زندگی در آپارتمان های کوچک، نداشتن استقلال در انتخاب غذا در موقعیت های خاص و نداشتن درآمد مستقل، مجموعه ای از محدودیت های اجتماعی و اقتصادی را شامل می شد. زندگی مستقل از دو بعد مستقل

بودن و نبودن مطرح شده است. در جایی، یکی از پاسخگویان از نداشتن استقلال مالی شکایت کرده که مانعی بر سر راه خودمراقبتی است. فرد دیگر، داشتن زندگی و درآمد مستقل را که به تنهایی تمام وقتش را مشغول کرده، به عنوان مانع ذکر کرد. بنابراین هر موقعیتی، مزایا و معایبی داشت. اما آنچه بسیار پررنگ به نظر می‌رسید، مشکلات اقتصادی بود که به عنوان محدودیت ذکر شده است.

ملیحه: «اولین چیز، درآمده. نداشتن درآمد مستقل. الان دندونم خرابه یا حس می‌کنم چشمم ضعیف شده یا الان یه مشکلی دارم ولی چون می‌دونم باید برم از پدرم پول بخوام تا اون کار رو انجام بدم. [...] این مستقل نبودنه، خوب می‌گم بی خیال، حالا بعداً می‌رم انجام می‌دم». صادق: «من خوب خیلی ساله که دارم تقریباً مستقل زندگی می‌کنم و این زندگی تنهایی باعث میشه که تمام بار زندگی رو دوش یک نفر باشه. یک ماه کار نکنی، یک ماه نمی‌تونی غذا بخوری. در نتیجه آدم ترجیح می‌ده که مثلاً یک ماه بیشتر کار بکنه، ولی موقعیتی که داره رو از دست نده. بعد در ازاش خیلی وقت‌ها زندگی خود آدم تحت الشعاع قرار می‌گیره».



شکل ۳- نقشه تحلیل مضمون محدودیت‌ها در خودمراقبتی

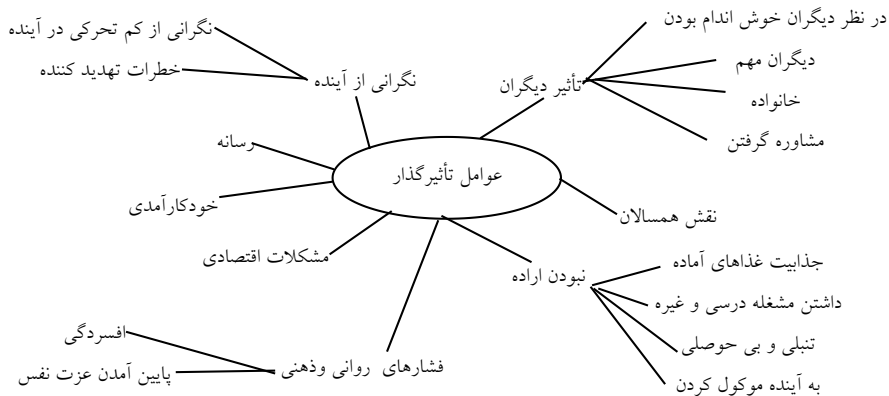
## عوامل تأثیرگذار

بسیاری از عوامل در انجام رفتارهای بهداشتی جوانان، نقش دارد. این رفتارها، بسیار حیاتی است، زیرا پایه‌گذار سلامتی در میان‌سالی و سالمندی است. نبود اراده، نقش همسالان، مشکلات اقتصادی، رسانه، تأثیر دیگران، فشارهای روانی، خودکارآمدی و نگرانی از بیماری‌ها و مشکلات در آینده می‌تواند انگیزه‌ای قوی برای جوانان باشد تا اقدامات خودمراقبتی را جدی بگیرند. از جمله مسائل عنوان‌شده، ترس از وضعیتی بود که احتمال داشت در آینده دچار شوند.

بهروز: «یه جا با خودم نشستم فکر کردم که مثلاً این کاری که الان دارم می‌کنم، درست نیست. این وضعیت من قراره در آینده به کجا برسه یا سلامتی من چقدر دیگه قراره به خطر بیفته. خوب من یکجا نشستم، هیچ حرکتی نمی‌کنم یا مثلاً تغذیه درستی ندارم و بیشتر درونی از سمت ذهن بود. از جانب بدش می‌دیدم آینده رو و باعث می‌شد ترغیب بشم یه کاری رو انجام بدم. بیشتر از اون ترسه که کارها رو انجام می‌دادم».

رسانه‌ها نیز در بعد مثبت، نقش کلیدی در انتقال اطلاعات و آموزش‌های مرتبط با خودمراقبتی داشت.

مریم: «هر سؤالی دارم، سرچ می‌کنم و جوابش معمولاً هست. برای مراقبت از خودم هم همین کار را کردم تا الان».



شکل ۴- نقشه تحلیل مضمون عوامل تأثیرگذار بر خودمراقبتی

### فشار اجتماعی گروه همسالان

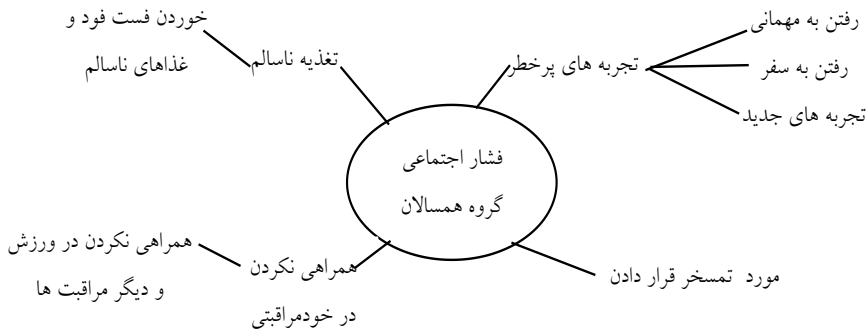
فشار اجتماعی گروه همسالان، شرایطی است که در آن افراد تحت تأثیر همسالان خود قرار می‌گیرند و به شکلی خاص رفتار می‌کنند. در واقع همسالان بر رفتار، نگرش‌ها و تصمیم‌های فرد تأثیر می‌گذارند و می‌توانند مثبت یا منفی و یا به صورت مستقیم مانند تشویق، فرد را به انجام عملی خاص یا غیر مستقیم مانند تطابق با هنجارهای و انتظارات گروه تشویق کنند. این مضمون به پیشنهادهایی که از طرف دوستان می‌شود، می‌پردازد، مانند رفتن به مهمانی‌ها و تجربه‌های جدید.

بهر روز: «بعد از اینکه آدم وارد دانشگاه میشه، شاید از ۱۸ سالگی یه سری داستان‌ها شروع بشه، چون ۱۸ سالگی، جایی که شما وارد دانشگاه می‌شید و شاید اولین پارتی زندگیتون باشه، اولین مسافرت دوستانه زندگی باشه. ۱۸ سالگی معمولاً این اتفاق میفته. قبل از اون شاید شما مسافرت با پنج تا دوست نری. چرا؟ چون اونا تو ۱۶ سالگی گواهی‌نامه ندارند که بخوان مثلاً با همدیگه سوار ماشین یکی بشن برن مسافرت. ولی بعد ۱۸ سالگی، یکی گواهی‌نامه می‌گیره، یکی ویلای پدرش رو می‌گیره. خودبه‌خود وارد

این قضیه همیشه. بعد ۱۸ سالگی یه سری چیزا ما تجربه می‌کنیم. تو این هشت سالی که از ۱۸ سالگی‌ام گذشته، سعی و خطا کردم».

یکی از فشارهای اجتماعی که افراد ممکن است تجربه کنند، مورد تمسخر قرار گرفتن به دلیل هم‌نوا نشدن با گروه همسالان است. مضمون اصلی مورد تمسخر قرار دادن، به تمایل نداشتن افراد به مخالفت با گروه همسالان به دلیل سخنان کنایه‌آمیز و مورد انتقاد قرار گرفتن اشاره دارد.

نرگس: «ولی وقتی با دوستانم هستم، همون‌طور که گفتم، باید همه‌چیز رو در نظر بگیرم، چون نمی‌تونم خیلی مخالفت کنم. ممکنه مسخره‌ام کنن یا بگن خیلی استریل شدم».



شکل ۵- نقشه تحلیل مضمون نقش گروه همسالان در خودمراقبتی

### تأثیر محیط اجتماعی

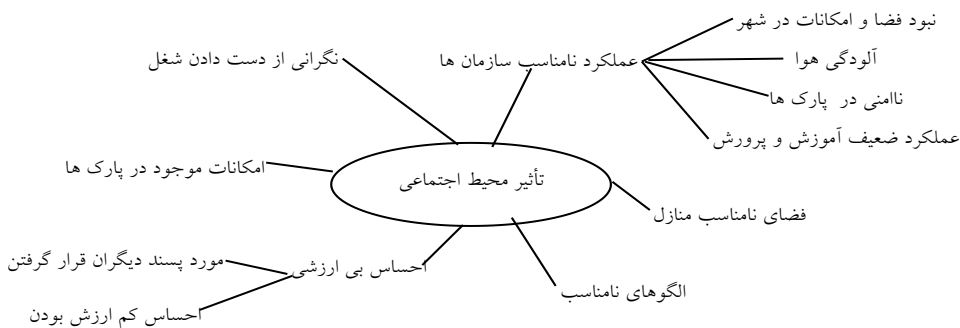
محیط اجتماعی، نقش بسیار مهمی بر رفتارها خودمراقبتی جوانان دارد. شرکت-کنندگان به نبودن الگوهای مناسب، بی‌توجهی در این محیط‌ها و در نتیجه احساس بی-ارزشی در جوانان، فضای نامناسب منازل و دسترسی نداشتن به فضای عمومی سالم شهری و فرصت‌های ورزشی اجتماعی اشاره کردند.

نرگس: «محیط اجتماعی برای من کاری نکرده. مثلاً شب‌ها می‌خوام برم راه برم، امنیت نیست. واقعاً احساس امنیت ندارم برم بیرون و دستگاه‌های

موجود در این پارک‌ها، استانداردهای لازم رو ندارن و بسیار بی کیفیت هستن. نیاز دارم قبل از خواب، کالری بسوزونم که همیشه».

احساس بی‌ارزشی در جوانان می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر رفتارهای بهداشتی آنان داشته باشد، زیرا ممکن است انگیزه کمتری برای مراقبت از خود داشته باشند. بهروز: «هیچکی نمی‌خواد ارزش قائل بشه، آدم خسته میشه. احساس می‌کنم ارزشی تو این جامعه ندارم [...] انتظار دارم از جامعه که ارزش بیشتری به من بده».

آرمان: «محیط اجتماعی، هیچ تأثیری رو خودمراقبتی‌ام نداشته. هیچ‌کس دلش برای آدم نمی‌سوزه».



شکل ۶- نقشه تحلیل مضمون تأثیر (مثبت و منفی) محیط اجتماعی بر خودمراقبتی

### انتظارات از سازمان‌ها و نهادها

سازمان‌ها و نهادها می‌توانند نقش مهمی در ترغیب جوانان به مراقبت از خود ایجاد کنند. ترویج فرهنگ و آموزش و آگاهی‌دادن در این زمینه، ایجاد محیط‌های مناسب، به وجود آوردن شرایط و هزینه‌های پایین برای برگزاری کلاس‌ها، استفاده از اپلیکیشن‌های

به‌روز و کارآمد از مواردی بود که افراد برای برآورده شدن انتظارات از نهادها و سازمان‌های مرتبط عنوان کردند.

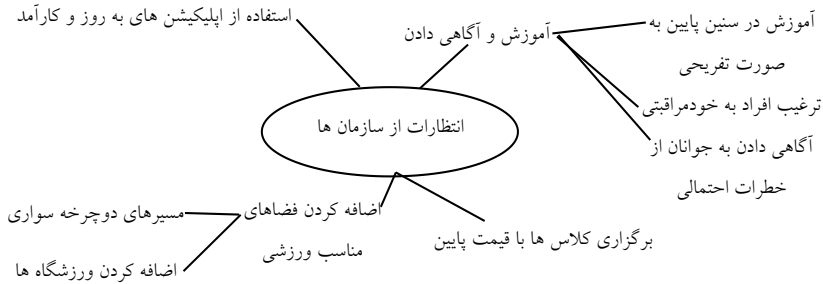
با توجه به پیشرفت فن‌آوری هم‌اکنون ابزار دیجیتال و اپلیکیشن‌هایی برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی در دسترس هستند. از این ابزار برای مانیتورینگ تغذیه سالم، ورزش و تحرک فیزیکی متناسب با فرد، اندازه‌گیری استرس، فشارخون و غیره به کار می‌رود. اپلیکیشن‌های مورد اعتماد می‌تواند به ارتقای سلامتی افراد کمک کند. این مضمون به استفاده از فناوری برای مراقبت از خود اشاره دارد.

صادق: «برنامه‌هایی که جذاب باشد، در سطح چیزی باشد که تو دنیا داره تولید میشه که آدم بتونه جذبش بشه. بینه قاعدتاً باعث آگاهی دادن میشه».

آموزش و آگاهی در سنین پایین و در مدرسه، یکی از مهارت‌های ضروری است که به عهده والدین و آموزش و پرورش است. این مضمون به تأثیر آموزش و آگاهی به‌ویژه در دوران کودکی و جوانی به صورت تفریح و سرگرمی اشاره دارد که تا جوانی می‌تواند ادامه داشته باشد.

ملیحه: «به نظر من باید از بچگی شروع شه، چون همون عاده‌اس. الان هر چقدر سن آدم بره بالاتر، بخواد تغییر ایجاد کنه، سخت‌تره دیگه یا بخواد عادت تو خودش ایجاد کنه. هر چی کوچک‌تر باشه اون بچه، ولی این جوری نباشه، کلاس اول، دوم بهش بگی و دیگه نگی».

آرمان: «الان من فکر می‌کنم کشور ما رتبه اول اچ پی وی (HPV) رو تو دنیا داره. این یه نمونه ساده‌اش می‌تونه باشه. همین نهاد‌های بهداشتی و نهاد‌های آموزشی اگر آموزش می‌دادند، این اتفاق نمی‌افتاد. همه بچه‌های دهه هفتاد و دهه هشتاد، این بلا داره سرشون میاد».



شکل ۷- نقشه تحلیل مضمون انتظارات از نهادها و سازمان ها

### توانایی مدیریت سلامت

مدیریت سلامت در حفظ و نگهداری از سلامتی در بین جوانان به معنای توانایی و مهارت های فردی و همچنین باور فرد برای مدیریت و ارتقای سلامت جسمی و روانی خود است که شامل مجموعه ای از فعالیت ها و رفتارهای بهداشتی است و به حفظ و بهبود سلامت فرد کمک می کند.

باور به توانایی مدیریت سلامت در بین شرکت کنندگان در پاسخ به اینکه «تا چه حد توانایی مدیریت سلامت خود را دارید؟» از حداقل ۴۰٪ تا حداکثر ۹۰٪ درصد بود.

جدول ۲- توانایی مدیریت سلامت شرکت کنندگان

شماره	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
درصد	۴۰٪	۵۰٪	۶۰٪	۹۰٪	۶۰٪	۶۵٪	۵۰٪	۳۰٪	۵۰٪	۴۰٪	۶۰٪

عوامل تأثیرگذار بر مراقبت از خود، به دو بخش بیرونی و درونی تقسیم شد. عوامل بیرونی، ده عامل و درونی، هفت عامل به دست آمد.



### جدول ۳- عوامل بیرونی و درونی تأثیرگذار بر خودمراقبتی

عوامل بیرونی	صرفه اقتصادی، کسب موقعیت‌های اجتماعی بالاتر، تعامل بهتر با اطرافیان، رسانه، تأثیر دیگران، مشکلات اقتصادی- اجتماعی، اشتغال به کار یا تحصیل، عملکرد نامناسب سازمان‌ها، فضای نامناسب منازل، امکانات موجود در فضاهای عمومی
عوامل درونی	احساس ارزشمندی، حفظ و نگهداری سلامت، خودکارآمدی، نگرانی از از دست دادن توانمندی و سلامت در میان‌سالی و سالمندی، فشارهای روانی و ذهنی، الگوهای نامناسب

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی با هدف واکاوی و شناخت خودمراقبتی از طریق مصاحبه در بین جوانان ۱۸-۳۴ ساله شهر تهران و با استفاده از تحلیل مضمون تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شده است.

در مطالعه کیفی (اکتشافی) انجام شده به هفت مضمون اصلی، محدودیت‌ها و موانع انجام خودمراقبتی، فواید به‌دست‌آمده از خودمراقبتی، رفتارهای سلامت‌محور، عوامل تأثیرگذار بر خودمراقبتی، فشار گروه همسالان، تأثیر محیط اجتماعی بر خودمراقبتی و انتظارات جوانان از سازمان‌های مرتبط دست یافتیم و به دانسته‌های جدید درباره رفتارهای سلامتی و عوامل مؤثر بر آن رسیدیم.

عوامل به دو دسته بیرونی و درونی تقسیم شد. ده عامل بیرونی برای انجام دادن یا ندادن خودمراقبتی شناسایی شد. داشتن صرفه اقتصادی، کسب موقعیت‌های اجتماعی بالاتر، تعامل بهتر با اطرافیان، رسانه‌ها، تأثیر دیگران، مشکلات اقتصادی و اجتماعی، اشتغال به کار یا تحصیل، عملکرد نامناسب سازمان‌ها، فضای نامناسب منازل و امکانات موجود در فضاهای عمومی از عوامل بیرونی بود. هفت عامل نیز از جمله عوامل درونی دسته‌بندی شد که شامل احساس ارزشمندی با انجام مراقبت از خود، حفظ و نگهداری سلامت و توانایی، خودکارآمدی، نگرانی از از دست دادن سلامت و توانایی در میان‌سالی و سالمندی، فشارهای روانی و ذهنی، الگوهای نامناسب و نبودن اراده می‌شد.

در پاسخ به پرسش‌های «خودمراقبتی شامل چه رفتارهایی است، چگونه از سلامت خود مراقبت می‌کنید و چه تجربه‌هایی دارید»، به رفتارهای سلامت‌محور رسیدیم. برخی

از این رفتارها، محورهایی بود که در مطالعه اولیه، هدف گذاری شده بود و برخی نیز به واسطه نظر شرکت کنندگان به مفاهیم پیشین اضافه شد. هدف از پرسیدن این پرسش‌ها، جلب توجه شرکت کنندگان به رفتارهای بهداشتی بود که اعتقاد به انجام آن داشتند. رفتارهای سلامتی، شامل رفتارهایی می‌شد که در عمل انجام داده یا تجربه انجام دادن و یا ندادن آن را داشتند.

با استفاده از تحلیل مضمون در مصاحبه‌هایی که با جوانان درباره رفتارهای سلامت محور و خودمراقبتی انجام شد، به مضمون‌های اصلی رسیدیم که شامل پرهیز از دخانیات و الکل، تغذیه سالم، رفتارهای خودمراقبتی جسمی و روانی، توانایی‌های حل مسئله در شرایط پرخطر، استفاده از خدمات پزشکی و داشتن تعادل در کارها بود. بر اساس تحلیل این مضمون‌های اصلی می‌توان نتیجه گرفت که خودمراقبتی به عنوان یکی از مفاهیم گسترده و چندبعدی، شامل مواردی همچون «هنر نه گفتن در مواجهه با پیشنهادهایی که سلامتی فرد را با خطر مواجه می‌کند، تغذیه سالم و استفاده از مکمل‌های مورد نیاز فرد بسته به شرایط جسمانی، انجام ورزش، خواب کافی و کنترل وزن، استفاده از خدمات پزشکی از قبیل آزمایش، معاینات و طب مکمل» است. پژوهش حاضر نیز مؤید مطالعات لینچر و همکاران (۲۰۲۱) و زارع و همکاران (۱۳۹۴) بوده و ارتباط تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی مناسب، رعایت بهداشت، خواب کافی و مصرف الکل و دخانیات با خودمراقبتی تأیید شد.

مضمون‌هایی که در مصاحبه با جوانان درباره خودمراقبتی شناسایی شده، به عنوان چارچوبی کلی برای تحلیل رفتارهای جوانان در حوزه خودمراقبتی استفاده می‌شود. با شناخت آنها می‌توان به رفتارهای خاص جوانان در این زمینه پی برد و عوامل مؤثر بر آن را شناسایی کرد. برای مثال با بررسی مضمون پرهیز از دخانیات و الکل می‌توان به رفتارهای جوانان درباره استفاده از سیگار و الکل، عوامل مؤثر بر این رفتارها، اثرات سلامتی این مواد و راه‌های پیشگیری از استفاده آنها پرداخت. توانایی حل مسئله، رفتارهای خاص جوانان درباره تصمیم‌گیری‌های سلامتی، یا دوری از خطر و عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری‌های آنها را شناسایی می‌کند. همچنین با بررسی خودمراقبتی ذهنی و روانی می‌توان رفتارهای جوانان درباره اعتماد به نفس، رفع استرس و اضطراب و مراقبت از

سلامت روانی را دریافت و راه‌های پیشگیری از بروز بیماری‌ها و اختلالات را بررسی کرد و در نتیجه برنامه‌های آموزشی و پیشگیری مؤثری برای بهبود سلامت جامعه ارائه کرد. در این راستا ایجاد آگاهی و آموزش درباره اهمیت خودمراقبتی و ترویج رفتارهای سالم می‌تواند از مهم‌ترین راه‌ها برای بهبود سلامت جامعه و جلوگیری از بروز بیماری‌ها باشد.

نظریهٔ باور سلامتی به برآیندهای رفتار سلامتی و نیز درباره احتمالات و تلاش برای عملی کردن آنها به موانع و منافع که افراد به آن باور دارند، اشاره می‌کند. منافع ادراک‌شده، به قضاوت‌ها درباره کارآمدی احتمالی یک اقدام در کاهش خطر بیماری اشاره دارد. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه با جوانان، مضمون‌های اصلی مرتبط با فواید و منافع خودمراقبتی شناسایی شد. مواردی چون احساس ارزشمندی و به عبارتی داشتن روحیه بهتر و اعتماد به نفس بالاتر، صرفه اقتصادی یا کاهش هزینه‌های درمانی در طول زندگی، کسب موقعیت‌های اجتماعی بالاتر شامل شغل، تحصیلات و موقعیت‌های بهتر، سلامتی در سالمندی و جلوگیری از از کار افتادگی و در نتیجه وابستگی کمتر، حفظ سلامتی به عنوان سبک زندگی سالم، توانایی بیشتر برای انجام کارهای روزانه و تعامل بهتر با اطرافیان و جلوگیری از آسیب ناشی از بیماری به خانواده است که در مجموع نقش مهمی در ایجاد احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس و موقعیت‌های آینده آنان دارد. همچنین بسیاری از جوانان عقیده داشتند که خودمراقبتی موجب کاهش هزینه‌های درمانی شده، نیاز به مراجعه پزشکی و درمان‌های پرهزینه بعدی را کمتر می‌کند. این امر، ارتباط مستقیم با کاهش بار مالی حال حاضر، دوران میان‌سالی و سالمندی بر دوش فرد خواهد شد. مطالعه محبی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان‌دهنده ارتباط فواید ادراک‌شده از رفتارهای بهداشتی با مراقبت از خود بود.

هزینه‌ها یا موانع درک‌شده در نظریهٔ باور سلامتی، هم از نظر مادی و هم روان‌شناختی، بر پیامدهای بالقوه منفی ناشی از درگیری در یک رفتار خاص و همچنین احتمال انجام رفتارهای پیشگیرانه تأثیر می‌گذارد. باور داشتن موانع و محدودیت‌ها شامل عوامل متعدد درونی و بیرون از فرد می‌شود. یافته‌های پژوهش هزاوه‌ای و همکاران (۱۳۹۴) نیز رابطهٔ موانع درک‌شده و خودمراقبتی را نشان داد؛ موانع اجتماعی و یا اقتصادی که موجب محدودیت بهداشتی درمانی یا خرید محصولات سالم می‌شود. فشارهای روانی که شامل افسردگی و کم بودن عزت نفس بود، یکی از مضمون‌های قابل

ملاحظه است. زندگی مستقل داشتن که موجب کمبود وقت و کمبود منابع مالی شده و زندگی در آپارتمان‌ها از موانع اجتماعی محسوب می‌شود و تحرک و ورزش را در فضاهای مشترک محدود می‌کند. نداشتن درآمد مستقل نیز کمبود منابع مالی در پی دارد. مهمان بودن، موجب نبودن گزینه‌های انتخاب و عدم تمایل به دنبال کردن یک روند خودمراقبتی و پیشگیری است.

مضمون بعدی، اشتغال به تحصیل یا کار به دلیل فشار کار و کوتاهی زمان، کم بودن ورزشگاه‌ها در محله‌هاست که موجب بالا رفتن هزینه و مسافت طولانی می‌شود. نبودن اراده برای مراقبت از خود، نگرانی از خطرات آینده و در واقع تهدیدی که فرد از انجام ندادن رفتارهای بهداشتی احساس می‌کند، از عوامل مثبتی است که افراد را ترغیب به خودمراقبتی می‌کند. یکی از مهم‌ترین عوامل، خودکارآمدی است که فرد در خود، توانایی مدیریت حفظ و نگهداری سلامتی‌اش را دارد و در نهایت نقش همسالان و دوستان به دلیل فشار و همنوایی با هم‌تایان عنوان شد. برخی بیماری‌های مزمن یا ناتوانی‌های جسمی نیز توجه به خودمراقبتی را کمتر می‌کرد.

با توجه به موانعی که برای خودمراقبتی در بین جوانان وجود دارد، باید برنامه‌های مناسبی برای ترویج این موضوع در جامعه ارائه شود. این برنامه‌ها می‌تواند شامل برگزاری کارگاه‌های آموزشی، توسعه برنامه‌های ترویجی در رسانه‌های جمعی، فراهم کردن شرایط مناسب برای دسترسی به فضاهای ورزشی و غیره باشد.

با توجه به تحقیق انجام‌شده با استفاده از روش تحلیل مضمون مصاحبه‌های انجام‌شده درباره فشار اجتماعی گروه همسالان با رفتارهای بهداشتی، مشخص شد که مواردی از جمله تجربه‌های پر خطر، تغذیه ناسالم، مورد تمسخر قرار دادن و همراهی نکردن در خودمراقبتی، تحت فشار اجتماعی قرار می‌گیرد. مطالعه غلامی و گرامی (۱۴۰۳) نیز فشار گروه همسالان را تأیید می‌کند. «فشار گروه همسالان تا جایی پیش می‌رود که سیگار کشیدن به عنوان نمادی از هویت گروه همسالان در نظر گرفته می‌شود» (غلامی و گرامی، ۱۴۰۳: ۱۰۲).

یافته‌ها، تأییدی بر نظریه فشار اجتماعی است. در همین زمینه اوانز و راینز (۱۹۹۰) معتقدند که در ارتباط با رفتارهای سلامتی، همسالان نقش مؤثری ایفا کرده، پذیرش رفتارهای خطرآفرین سلامتی تحت تأثیر آنچه فشار اجتماعی آشکار نامیده می‌شود قرار

دارد. نتایج نشان داد که فشار اجتماعی می‌تواند تأثیر چشمگیری بر رفتارهای بهداشتی جوانان داشته باشد. در واقع می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که فشار اجتماعی همتایان، عاملی مهم در ایجاد رفتارهای ناسالم است. برای مثال افراد ممکن است به دلیل فشار اجتماعی، تغذیه ناسالمی داشته باشند یا به وسیله همسالانشان مورد تمسخر قرار گیرند و از انجام رفتارهای بهداشتی خودداری کنند.

بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که آگاهی از تأثیر فشار اجتماعی بر رفتارهای بهداشتی افراد می‌تواند بهبودی در این رفتارها را ایجاد کند. به این منظور باید افراد را برای مقابله با فشار اجتماعی و ایجاد رفتارهای بهداشتی، آموزش داد. همچنین باید برای ایجاد فرهنگ سالم در جامعه تلاش کرد، تا توجه به سلامت، بهداشت فردی و جامعه، به عنوان یک ارزش عمومی بالا نگاه داشته شود.

این فشار می‌تواند تأثیر زیادی بر رفتارهای بهداشتی افراد داشته باشد. اما مضمون‌های فرعی مانند تجربه‌های پرخطر به شرایطی اشاره دارد که در آنها، افراد با خطراتی مواجه می‌شوند که ممکن است بر رفتارهای بهداشتی آنها تأثیر داشته باشد.

متغیرهای گوناگونی بر خودمراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد؛ از جمله مؤلفه‌های اجتماعی وضعیت اقتصادی که یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت افراد معرفی شده است. در مطالعه کاراهاسون و بیلگل (۲۰۱۸) نیز نقش وضعیت اقتصادی و ارتباط آن با خودمراقبتی تأیید شده است. ترغیب به مراقبت از خود و تغییر رفتارهای بهداشتی نیازمند بهبود شناخت عوامل فردی و اجتماعی است. عوامل اقتصادی و اجتماعی، محرک‌های اولیه سلامت به شمار رفته، در شکل‌دهی به رفتارهای بهداشتی، اهمیت بالایی دارد. خاستگاه اجتماعی-اقتصادی دسترسی و محدودیت منابع درآمدی، تغذیه و بهداشت، خودمراقبتی جوانان را به خطر می‌اندازد.

با توجه به اینکه خودمراقبتی، پدیده‌ای چندعاملی است و تحقق آن مستلزم در نظر داشتن ابعاد مرتبط با ساختارهای تأثیرگذار و عاملیت آن است، با در نظر گرفتن رابطه معکوس درک منافع از طرف فرد و محدودیت و موانع ادراک‌شده مداخلات آموزشی به طور غیر مستقیم موجب کاهش درک موانع شده و همچنین سیاست‌گذاری و آموزش مهارت‌های زندگی و توسعه سیاست‌های حمایتی برای بالا بردن خودمراقبتی در جوانان ضروری به نظر می‌رسد و نیز استفاده از فناوری‌های نوین مانند پلتفرم‌ها و

اپلیکیشن‌های به‌روز برای پیگیری مدیریت خودمراقبتی، شامل یادآوری روزانه، مشاوره آنلاین و منابع آموزشی که به طور مؤثرتری بر مراقبت از خود نظارت داشته باشند. همچنین طراحی برنامه‌های ارزیابی و نظارت برای بررسی نتایج مداخلات خودمراقبتی بر رفتارهای جوانان به منظور ارتقای این برنامه‌ها بر اساس بازخوردهای به‌دست‌آمده و تشکیل گروه‌های حمایتی در دانشگاه‌ها و مدارس برای احساس ارزشمندی و تعلق بیشتر و کاهش فشار اجتماعی پیشنهاد می‌شود. ضمن اینکه برای نهادینه کردن خودمراقبتی در جوانان از دوران کودکی باید اقدام شود و برنامه‌های آموزشی جذاب نظیر کتاب‌ها و اپلیکیشن‌های بازی و پویانمایی و سایر امکانات رسانه‌ای متناسب با سن کودکان زیر دبستان و سنین دبستان و دوره اول و دوم دبیرستان طراحی و تهیه گردد. در این برنامه‌ها، فواید خودمراقبتی و معایب رعایت نکردن آن به صورت غیر مستقیم و به نحوی جذاب ارائه شود. همچنین در برنامه مهدکودک‌ها، دبستان‌ها و سایر مراکز نگهداری کودک، برنامه‌های عملی برای آموزش این موضوع به صورتی جذاب و پرنشاط گنجانده شود. با توجه به اهمیت شکل‌گیری شخصیت فرد در سال‌های اولیه کودکی قطعاً چنین روشی مؤثرتر از سایر روش‌ها خواهد بود.

## منابع

- آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک (۱۳۹۶) جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس دنیا کتی، چاپ دوم، تهران، نشرنی.
- افراسیابی، حسین و ضیاءالله امیرمحمدی (۱۳۹۷) «مطالعه کیفی مصرف قلیان در میان پسران جوان شهر جیرفت»، مجله پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، دوره هفتم، شماره ۱، صص ۶۵-۸۰.
- ایمان، محمدتقی (۱۳۸۸) مبانی پارادایمی روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم انسانی، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- پناهی، رحمن و دیگران (۱۳۹۶) «عوامل مرتبط با مصرف سیگار در دانشجویان: کاربرد الگوی باور بهداشتی»، نشریه پایش، دوره شانزدهم، شماره ۳، صص ۳۱۵-۳۲۴.
- رفیعی فر، شهرام و دیگران (۱۳۹۳) بسته خدمت خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی مراکز بهداشتی شهری روستایی (طرح تحول نظام سلامت)، تهران، مهر متین.
- زارع، الهام و دیگران (۱۳۹۴) «تبیین مفهوم خودمراقبتی در نوجوانان»، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، دوره چهارم، شماره ۴، صص ۳۹۵-۴۰۵.
- سرابیان، میترا و دیگران (۱۴۰۲) «عوامل مؤثر بر خودمراقبتی جوانان شهر تهران»، نشریه پایش، دوره بیست‌ودوم، شماره ۴، صص ۴۱۵-۴۲۲.
- عباس‌زاده، محمد و دیگران (۱۳۹۱) «بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان»، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی، دوره اول، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۴۱.
- علیزاده اقدام، محمدباقر و دیگران (۱۳۹۳) «سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن: مطالعه‌ای بر روی نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان تبریزی»، نشریه جامعه‌شناسی کاربردی، دوره بیست‌وپنجم، شماره ۴، صص ۷۳-۹۰.
- علیوردی‌نیا، اکبر و دیگران (۱۳۸۶) «مطالعه جامعه‌شناختی بزهکاری: آزمون تجربی نظریه فشار عمومی آگنیو»، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره هشتم، شماره ۲، صص ۸۳-۱۱۱.
- غلامی، سمیه و محمدرضا گرامی (۱۴۰۳) «واکاوی روش‌های نفوذ و خنثی‌سازی فشار همسالان در استفاده از دخانیات و مواد مخدر در دانشجویان خوابگاهی»، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، دوره هجدهم، شماره ۷۲، صص ۷۹-۱۰۸.
- فاضلی، عصمت (۱۳۹۵) «مدل‌یابی گرایش به مصرف سیگار بر اساس باورهای سلامت، نگرش‌ها، هنجارهای ذهنی و تاب‌آوری»، فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، دوره

دهم، شماره ۳، صص ۴۹-۵۵.

گلنز، کارن و دیگران (۱۳۹۷) رفتار سلامت و آموزش سلامت، ترجمه صدیقه سادات طوافیان و دیگران، تهران، عقیل.

محبی، سیامک و دیگران (۱۳۹۲) «بررسی همبستگی خودمراقبتی تغذیه‌ای با سازه‌های الگوی ارتقای سلامت در زنان مبتلا به سندرم متابولیک»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره هفتم، شماره ۵، صص ۴۲-۵۲.

محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۹۶) جامعه‌شناسی بالینی حیطه مداخلاتی رفتارهای پرخطر، رفتار سلامت، کار و شغل، سالمندان و گروه‌های آسیب‌پذیر، جلد دوم، تهران، دانشگاه تهران.

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۶) جامعه‌شناسی پزشکی، چاپ دوم، تهران، دانشگاه تهران.  
مصدق‌راد، علی محمد (۱۴۰۰) «مدل کاربردی سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست سلامت»، نشریه پایش، دوره بیست‌ویکم، شماره ۱، صص ۷-۲۱.

مفتون، فرزانه و دیگران (۱۳۹۷) «تبیین محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و تعیین ابعاد مدیریتی آن»، نشریه پایش، دوره هفدهم، شماره ۴، صص ۳۶۱-۳۷۰.

میرزاییان، راضیه و دیگران (۱۳۹۲) «بررسی و مقایسه وضعیت خودمراقبتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه تبریز»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست‌ودوم، شماره ۶، صص ۷۶-۸۷.

هزاوه‌ای، سید محمد مهدی (۱۳۹۴) «بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون با مدل اعتقاد بهداشتی»، نشریه کومش، دوره هفدهم، شماره ۱، صص ۳۷-۴۱.

Agnew, Robe; (1992) «Foundation for a general strain theory of crime and delinquency», *Criminology Journal*, 30 (1), 47-88.

Bao, Wan-Ning; Haas, Ain; Pi, Yijun; (2004) «Life strain, negative emotions, and delinquency: An empirical test of general strain theory in the People's Republic of China», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 281-297.

Bilgel, Firat; karahasan, Burhan Can; (2018) «Self-rated health and endogenous selection into primary care», *Social Science & Medicine*, 197, 168-182.

Braun, Virginia; Clarke, Victoria; (2006) «Using thematic analysis in psychology», *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

Jones, Lorelei; (2018) «Pastoral power and the promotion of self-care» *Sociology*



of Health & Illness, 40 (6), 988-1004.

Lichner, Vladimír; Petriková, Františka; Žiaková, Eva; (2021) «Adolescents' self-concept in the context of risk behaviour and self-care», International Journal of Adolescence and Youth, 26 (1), 57-70.

Shandra, Carrie L; Sonalkar, Nihil; (2016) «Health self-care in the United States», Public Health, 138, 26-32.

Sieber, Joan E; (1992) Planning ethically responsible research: A guide for students and internal review board, Sage Publications, Inc.

[https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1).

<https://health.behdasht.gov.ir>.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>.