

نیازهای بهداشت باروری دانشجویان قزوین

دکتر معصومه سیمبر* دکتر فهیمه رمضانی تهرانی** دکتر زینب هاشمی***

The needs of reproductive health of the university students of Qazvin

M.Simbar

F.Ramezani Tehrani

Z.Hashemi

Abstract :

Background: Reproductive – sexual health of the youth is one of the most unknown aspects of health in our community, while the world is faced with the risk of AIDS spreading.

Objective: This study aimed to demonstrate a few aspects of the youth needs. Hopefully this could be a background for the future interventional programs for the youth health promotion.

Methods: This study was an analytical descriptive study. Using quota sampling, 1111 male and female students of Qazvin Medical Sciences and Imam Khomeini International university were participated in the study . The questionnaire used contained 43 close questions respecting to reproductive health . The data were analyzed by SPSS.

Findings: 654 participants were female and 457 were male (Mean age; 21.4 ± 2.4 and 22.7 ± 3.5 , respectively). The study showed that students have a moderate level of knowledge and positive attitude about reproductive health . There are realities such as; premarital intercourse, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancies and unsafe abortion in our community as well as other communities, although it is much less than worlds figure. Study of Health belief Model of students showed that majority of students perceive the risk of AIDS and STDs. They also perceive the benefits of reproductive health. However majority of them believe that the risk of these diseases is moderate and the youth ability to practice health behavior is low or moderate. Majority of them believe that the services are not adequate and the main barriers for the youth reproductive health promotion, are non-advocating environment and low knowledge of youth.

Conclusion: Thus, an interventional program is the demand of the youth of Iran. The results of the study also emphasizes the relationship between quality of life and improving of reproductive health.

Key words: Reproductive Health, University Students, Knowledge, Attitude, Practice, Health Belief Model, AIDS, STDs Prevention, Contraceptives

چکیده :

زمینه: وضعیت بهداشت باروری و جنسی جوانان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی جامعه محسوب می شود که حساسیت آن کمتر مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته و این در حالی است که جهان با خطر گسترش بیماری خطرناک و لاعلاج ایدز مواجه است.

هدف: مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و مدل باورهای بهداشتی دانشجویان راجع به بهداشت باروری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۰ بر روی ۱۱۱۱ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه های علوم پزشکی و بین المللی امام خمینی قزوین انجام شد. روش نمونه گیری سهمیه ای و ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه ای حاوی ۴۳ سؤال بسته در خصوص بهداشت باروری بود که توسط خود دانشجویان تکمیل می شد. داده ها با آزمون های آماری من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در نمونه مورد مطالعه ۶۵۴ نفر مونث و ۴۵۷ نفر مذکر و به ترتیب دارای میانگین سنی 21.4 ± 2.4 و 22.7 ± 3.5 سال بودند. دانشجویان اطلاعاتی متوسط و نگرشی مثبت نسبت به آموزش بهداشت باروری داشتند . واقعیت‌هایی نظیر نزدیکی قبل از عقد دائم، بروز بیماری های مقاربتی، حاملگی نا خواسته و سقط غیر ایمن نیز در میان آنان وجود داشت. اکثر دانشجویان به خطر ناشی از رفتارهای جنسی خطرناک معتقد و اهمیت زیادی برای بهداشت باروری قائل بودند و توانایی جوانان را در رعایت بهداشت باروری کم یا متوسط می دیدند. اکثر آنها به عدم کفایت خدمات مربوطه معتقد بودند و علت اصلی آن را نبودن جو مناسب برای ارائه خدمات می دانستند.

نتیجه گیری: مداخله های آموزشی و بهداشتی در جهت ارتقای سلامت و بهداشت باروری نیاز و خواسته جوانان است.

کلید واژه ها: بهداشت باروری، دانشجو، آگاهی، نگرش، عملکرد، مدل اعتقادات بهداشتی، روش های پیشگیری از بیماری های مقاربتی، ایدز، روش های پیشگیری از حاملگی

* استادیار گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** دانشیار مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری

*** پزشک عمومی

۱- مقدمه :

یکی از ناشناخته ترین ابعاد جامعه ما وضعیت بهداشت باروری و جنسی جوانان است و این در حالی است که سلامت جسمی، روانی و اقتصادی جوامع به شدت توسط عوارض و مرگ و میر ناشی از ایدز و سقط های غیر ایمن تهدید می شود. آخرین آمار ایدز در سطح جهان نشان می دهد ۶۰ میلیون نفر در سطح جهان به ایدز مبتلا هستند که حدود ۲۰ میلیون نفر آنها از عواقب ناشی از این بیماری فوت کرده اند. در هر دقیقه ۶ نفر به ویروس HIV آلوده می شوند و متأسفانه هیچ امیدی برای ساختن واکسن در آینده نزدیک وجود ندارد و راهی جز پیشگیری پیش روی جوامع قرار ندارد. (۲۰ و ۸) طبق آمار منتشر شده توسط اداره مبارزه با بیماری های وزارت بهداشت، بیش از ۳۴۰۰ مورد ایدز در سطح کشور گزارش شده است که ۶۰ درصد از طریق تزریق مواد مخدر و ۲۵ درصد از طریق جنسی مبتلا شده اند. پیش بینی می شود که آمار مبتلایان حتی بیش از رقم مذکور باشد، ضمن این که روند گسترش آن نیز به سرعت در حال افزایش است. (۱۷)

سالیانه نیمی از مبتلایان جدید ایدز و یک سوم مبتلایان جدید به بیماری های مقاربتی را افراد زیر ۲۵ سال تشکیل می دهند. (۲۰) بیش از نیمی از جوانان در نقاط مختلف دنیا فعالیت جنسی خود را از زمان نوجوانی آغاز می کنند و در هر دقیقه ۱۰ نوجوان دختر به سقط غیر ایمن دست می زنند. (۱۰)

آنچه مسلم است در فرهنگ اسلامی و ایرانی، نظام جنسی به عنوان بخشی از پیکره این دین کامل است که نه افراط و تفریط های غرب جدید و قدیم را دارد و نه لا ابالیگری و انحراف های جنسی را جایز می داند و بر ازدواج و فعالیت جنسی پس از آن تکیه دارد. (۲) اما باید اذعان نمود که فعالیت جنسی قبل و خارج از ازدواج در میان مسلمانان نیز وجود دارد و متأسفانه یکی از ناشناخته ترین مسائل جامعه ماست. تحقیق های معدود و

محدودی راجع به آگاهی، نگرش، اعتقادات و رفتارهای باروری-جنسی در ایران انجام شده است که نشان دهنده آگاهی های محدود نوجوانان و جوانان راجع به بهداشت باروری هستند. (۱ و ۳ و ۴ و ۶ و ۱۶) اکنون این مسوولیت به عهده محققین و مسوولین بهداشت و فرهنگ جامعه است تا مسائل مربوطه را شناسایی کنند و مداخله های همه جانبه ای برای پیشگیری و براساس نیازهای واقعی جوانان، طراحی و اجرا کنند. این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و باورهای بهداشتی دانشجویان انجام شد.

۱- مواد و روش ها :

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۰ در دانشگاه های علوم پزشکی و بین المللی امام خمینی قزوین انجام شد. ۱۱۱۱ دانشجوی دختر و پسر با استفاده از نمونه گیری سهمیه ای از رشته های مختلف پزشکی، مهندسی، علوم پایه و علوم انسانی در این طرح شرکت کردند.

ابزار جمع آوری نمونه ها پرسش نامه ای حاوی ۴۳ سؤال بسته بود. بخش اول پرسش نامه حاوی سؤال های دموگرافیک؛ بخش دوم مربوط به آگاهی از بهداشت باروری (روش های پیشگیری از بارداری و بیماری ها) بود که ۱۰ نمره به آن تعلق می گرفت و بخش سوم شامل ۱۰ گویه مربوط به بهداشت باروری بود که بر اساس طیف لیکرت تنظیم و توسط متخصصین بهداشت باروری تأیید شده و دارای ضریب همبستگی درونی بود. از میان ۱۰ گویه، ۵ گویه موافق با بهداشت باروری و ۵ گویه مربوط به باورهای غلط و مخالف بهداشت باروری بودند. به نگرش دانشجویان از کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، بی نظر، تا حدودی موافق و کاملاً موافق، نمره ای از ۱ تا ۵ تعلق می گرفت. از ۶۶۴ دانشجوی غیر پزشکی، در خصوص داشتن عمل جنسی قبل از عقد دائم سؤال شد که در صورت مثبت بودن پاسخ، مواردی

از پسران ($MR = 509 \text{ vs } 588$) است. به علاوه این آزمون آگاهی بیشتر پسران را نسبت به دختران در مورد بیماری‌های مقاربتی ($MR=607 \text{ vs } 520$) و روش‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی ($MR = 579 \text{ vs } 539$) نشان داد ($P=0/05$). میزان آگاهی در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری، بیماری‌های مقاربتی و روش‌های پیشگیری از آنها، با تجرد و عدم تجرد ارتباط نداشت (جدول شماره ۱).

تفاوت آگاهی و نگرش دانشجویان در رشته‌های مختلف تحصیلی معنی‌دار بود و همچنین بین سن، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیل والدین با رتبه آگاهی و نگرش دانشجویان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. ارتباط بین رتبه آگاهی و نگرش با وضعیت تأهل معنی‌دار نبود. آزمون اسپیرمن ارتباط مثبت معنی‌داری بین آگاهی و نگرش دانشجویان نشان داد ($P < 0/01$ و $r = 0/26$) (جدول شماره ۲).

از میان ۶۶۴ دانشجوی رشته‌های غیر پزشکی که به سؤال‌های عملکرد پاسخ دادند، ۵۴ نفر مدعی بودند که نزدیکی قبل از عقد دائم داشته‌اند که ۵۲ نفر آنها مذکر ($16/2$ درصد از پسران) و ۲ نفر مؤنث بودند. ۳۹ نفر از این افراد مجرد و مذکر بودند، ۲ نفر مؤنث نیز عقد کرده و ازدواج کرده بودند. ۳۲ نفر از افرادی که به این سؤال پاسخ مثبت دادند، از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. ۲۶ نفر (۴۸ درصد) از کاندوم استفاده می‌کردند در ۴ مورد حاملگی ناخواسته اتفاق افتاده بود، ۶ مورد بیماری مقاربتی و ۳ مورد سقط عمدی نیز گزارش شد.

اکثر دانشجویان با آموزش بهداشت باروری موافق بودند (جدول شماره ۳).

در خصوص مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ابتلا به حاملگی ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی و سقط عمدی نیز سؤال می‌شد.

باورهای بهداشتی آنها با سؤال‌هایی بر اساس الگوی باورهای سلامتی مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش میزان ترس آنها از بیماری‌های مقاربتی و حاملگی ناخواسته، درک آنها از میزان تأثیر این بیماری‌ها بر زندگی و فواید بهداشت باروری، نظر آنها در مورد توانایی جوانان در رعایت بهداشت باروری و موانع موجود و خدمات بهداشت باروری مورد سؤال قرار می‌گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش‌های آماری تعیین درصد و نسبت و آزمون‌های من ویتنی، کروسکال والیس و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند. این طرح توسط کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت و پس از تصویب و قبل از اجرا، موافقت نامه کتبی از نماینده محترم ولی فقیه هر دو دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین و نیز از مسوولین دانشگاه اخذ گردید.

۱- یافته‌ها:

در این مطالعه ۱۱۱۱ دانشجو شرکت کردند که ۶۵۴ نفر مؤنث و ۴۵۷ نفر مذکر با سن متوسط $21/4$ و $17/$ سال بودند. ۹۲۴ نفر از شرکت کنندگان مجرد بودند. میانگین نمره آگاهی دانشجویان $5/7$ از ۱۰ نمره بود. آزمون من ویتنی نشان داد که آگاهی دانشجویان دختر و پسر و نیز مجرد و غیر مجرد راجع به بهداشت باروری تفاوت معنی‌داری ندارد. اما آگاهی دختران در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری بیشتر

جدول ۱: فراوانی آگاهی دانشجویان از روش های پیشگیری از بارداری، بیماری های مقاربتی و روش های پیشگیری از این بیماری ها به تفکیک رشته، جنس و وضعیت تأهل

| آگاهی (%) | وضعیت تأهل (%) | | جنس (%) | | رشته تحصیلی (%) | | | | |
|-----------|----------------|----------|---------|------|-----------------|-----------|--------|-------|---------------------------------|
| | مجرد | غیر مجرد | مؤنث | مذکر | علوم انسانی | علوم پایه | مهندسی | پزشکی | |
| ۸۲ | ۸۴ | ۸۱ | ۸۵ | ۸۰ | ۷۱ | ۷۶ | ۸۶ | ۹۲ | قرص |
| ۷۲ | ۷۶ | ۷۱ | ۶۸ | ۷۸ | ۶۲ | ۶۵ | ۷۹ | ۸۰ | کاندوم |
| ۶۴ | ۶۶ | ۶۳ | ۷۴ | ۴۹ | ۴۴ | ۶۱ | ۵۴ | ۸۸ | آی یودی |
| ۴۴ | ۴۳ | ۴۹ | ۵۰ | ۳۵ | ۲۶ | ۳۲ | ۳۹ | ۶۹ | نورپلانت |
| ۵۱ | ۵۳ | ۵۱ | ۶۰ | ۴۳ | ۳۷ | ۳۷ | ۴۶ | ۷۲ | تزریقی |
| ۱۷ | ۱۸ | ۱۷ | ۱۸ | ۱۵ | ۷ | ۸ | ۱۳ | ۳۱ | روش های اورژانس |
| ۴۴ | ۴۱ | ۴۴ | ۵۳ | ۶۲ | ۲۴ | ۳۷ | ۴۴ | ۶۴ | تفویم قاعدگی |
| ۴۲ | ۴۱ | ۴۲ | ۴۲ | ۴۳ | ۲۶ | ۲۷ | ۵۲ | ۵۷ | روش منقطع |
| ۶۴ | ۶۴ | ۶۴ | ۶۷ | ۵۹ | ۴۳ | ۶۱ | ۶۶ | ۸۲ | واژکتومی |
| ۶۹ | ۶۹ | ۷۰ | ۷۵ | ۶۱ | ۵۴ | ۶۷ | ۶۶ | ۸۵ | توبکتومی |
| ۵۵ | | | | | | | | | میانگین |
| ۴۶ | ۴۹ | ۴۵ | ۳۹ | ۵۵ | ۲۷ | ۳۰ | ۳۵ | ۷۵ | سوزاک |
| ۴۰ | ۴۶ | ۳۸ | ۴۰ | ۴۰ | ۲۰ | ۲۳ | ۲۲ | ۷۴ | سفلیس |
| ۸۷ | ۸۷ | ۸۷ | ۸۶ | ۸۹ | ۸۲ | ۸۷ | ۸۷ | ۹۲ | ایدز |
| ۵۷ | | | | | | | | | میانگین |
| ۷۵ | ۷۶ | ۷۰ | ۷۵ | ۷۶ | ۶۷ | ۷۷ | ۷۵ | ۸۱ | پایبندی به اصول اخلاقی |
| ۴۹ | ۴۷ | ۴۹ | ۳۹ | ۶۲ | ۳۱ | ۳۵ | ۵۹ | ۶۴ | استفاده از کاندوم |
| ۶۱ | ۵۶ | ۶۲ | ۶۰ | ۶۳ | ۵۱ | ۶۷ | ۶۴ | ۶۸ | عدم استفاده از سرنگ و تیغ آلوده |
| ۱۷ | ۱۴ | ۱۷ | ۱۳ | ۲۲ | ۸ | ۱۱ | ۱۸ | ۲۶ | تأخیر در فعالیت جنسی |
| ۵۴ | | | | | | | | | میانگین |

جدول ۲. ارتباط عوامل دموگرافیک با رتبه آگاهی و نگرش دانشجویان به بهداشت باروری

| آزمون | ضریب همبستگی | میانگین رتبه نگرش | آزمون | ضریب همبستگی | میانگین رتبه آگاهی | | |
|-----------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|-------|---------------------|
| کروسکال-والیس $P < .001$ | - | ۴۶۴ ۵۰۳ ۳۹۹ ۳۷۶ | کروسکال-والیس $P < .001$ | - | ۷۴۱ ۳۹۰ ۱۴۲ ۳۵۹ | پزشکی | رشته تحصیلی |
| من ویتنی $P = .0772$ | - | ۲۶۹ ۲۴۹ | من ویتنی $P = .0138$ | - | ۵۴۴ ۵۷۳ | مؤنث | جنس |
| من ویتنی $P = .0772$ | - | ۴۴۳ ۳۹۷ | من ویتنی $P = .0772$ | - | ۵۵۴ ۵۴۶ | مجرد | وضعیت تأهل |
| اسپیرمن $P < .05$ | $R = .074$ | - | اسپیرمن $P < .01$ | $R = .169$ | - | مادر | سطح تحصیل والدین |
| اسپیرمن $P < .01$ | $R = .098$ | - | اسپیرمن $P < .01$ | $R = .162$ | - | پدر | |
| اسپیرمن $P < .01$ | $R = .127$ | - | اسپیرمن $P < .01$ | $R = .174$ | - | | سن |
| اسپیرمن $P < .01$ | $R = .183$ | - | اسپیرمن $P < .01$ | $R = .219$ | - | | سال تحصیلی |
| اسپیرمن $P < .01$ | $R = .106$ | - | اسپیرمن $P < .01$ | $R = .221$ | - | | وضع اقتصادی خانواده |

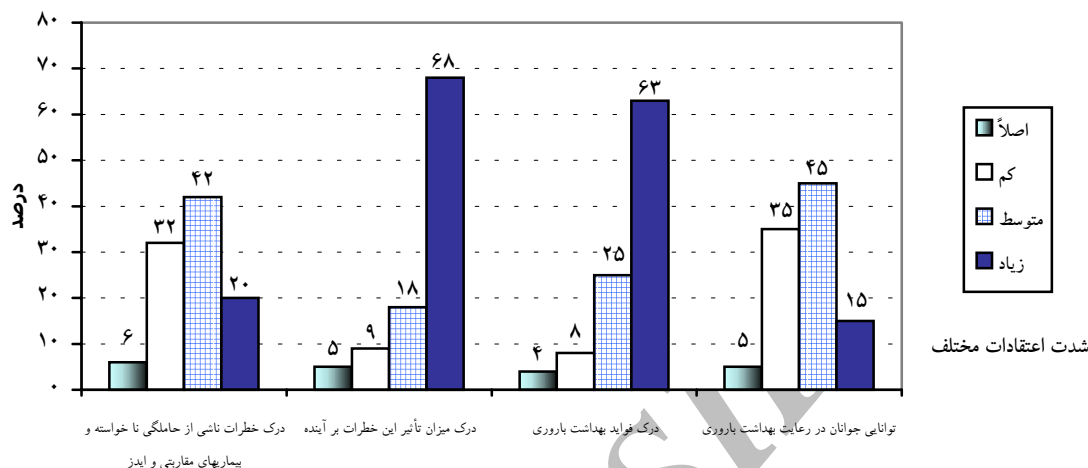
جدول ۳. فراوانی نگرش دانشجویان در مورد بهداشت باروری

| مخالف (%) | بی نظر (%) | موافق (%) | گویه های مربوط به بهداشت باروری |
|-----------|------------|-----------|--|
| ۲۴ | ۱۸ | ۵۸ | ۱. بهترین روش جلوگیری از بیماری های مقاربتی و حاملگی ناخواسته به تأخیر انداختن فعالیت جنسی تا زمان ازدواج است. |
| ۳۳/۳ | ۳۵ | ۳۴/۳ | ۲. استفاده از وسایل پیشگیری، پیش از ازدواج، موجب نازایی در آینده می شود. |
| ۳۳/۸ | ۲۹/۵ | ۴۶/۷ | ۳. استفاده از وسایل پیشگیری به مدت طولانی موجب نازایی در آینده می شود. |
| ۸۳/۶ | ۶/۶ | ۹/۹ | ۴. بهترین روش پیشگیری از حاملگی ناخواسته و بیماری های مقاربتی بی اطلاع نگه داشتن جوانان از این مسائل است. |
| ۴۱/۸ | ۲۴/۳ | ۳۳/۸ | ۵. وسایل پیشگیری از بارداری مانند کاندوم باید به آسانی در دسترس مجردین نیز باشد. |
| ۶/۴ | ۷/۱ | ۸۶/۵ | ۶. جوانان، چه مجرد و چه متاهل باید طرز استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و بیماری های مقاربتی را بدانند. |
| ۷۷/۹ | ۸/۱ | ۱۴ | ۷. جوانان مجرد به دلیل نداشتن تماس جنسی پیش از ازدواج به آموزش بهداشت باروری نیاز ندارند. |
| ۱۳/۵ | ۲۰/۱ | ۶۶/۳ | ۸. با توجه به شرعی بودن عقد موقت، ارائه خدمات مربوط به پیشگیری از بارداری و بیماری های مقاربتی به مجردین نیز لازم است. |
| ۱۱/۱ | ۱۳ | ۷۶ | ۹. جزوه های آموزشی در مورد پیشگیری از بارداری و بیماری های مقاربتی، باید در مراکز تجمع جوانان در دسترس باشد. |
| ۶۷/۵ | ۱۲/۹ | ۱۹/۶ | ۱۰. آموزش روش های پیشگیری از بارداری و بیماری های مقاربتی به مجردین، موجب ترویج آزادی جنسی است. |

توانایی کم یا متوسطی برخوردارند (نمودار شماره ۱).
 ۷۸ درصد دانشجویان به عدم کفایت خدمات بهداشت باروری معتقد بودند. ۴۵ درصد آنها پایین بودن سطح آگاهی، ۴۶ درصد نبودن جو مناسب جهت ارائه خدمات و ۱۲ درصد عدم دسترسی جوانان به خدمات را علت عدم تأمین و ارتقاء اهداف بهداشت باروری می دانستند.

مدل باورهای بهداشتی جوانان نشان داد که اکثر دانشجویان از خطر ناشی از حاملگی ناخواسته و بیماری مقاربتی درک کم تا متوسطی داشتند. اکثر آنها به تأثیر زیاد این بیماری ها بر زندگی و آینده جوانان معتقد بودند و بهداشت باروری را حائز اهمیت فراوان می دانستند. اکثر آنها معتقد بودند که جوانان در رعایت بهداشت باروری از

نمودار ۱: میزان و شدت اعتقادات مختلف نسبت به بهداشت باروری



به عنوان تضمینی برای آینده، سلامت جامعه و توسعه کشورهاست که همگی به سلامت جوانان بستگی دارد. این تصور غلط وجود دارد که آموزش بهداشت باروری جنسی باعث ترویج بیشتر رفتارهای خطرناک جنسی، بیماری های مقاربتی، ایدز، حاملگی ناخواسته و سقط غیر قانونی می شود، ولی اکثر دانشجویان با این نظر مخالف بودند. تحقیقات نشان داده اند که آموزش بهداشت جنسی نه تنها باعث افزایش فعالیت جنسی نمی شود، بلکه به ایجاد و ترویج رفتارهای سالم می انجامد و بهتر است این آموزش ها قبل از شروع فعالیت جنسی باشد.^(۳۱) بنا به بیانیه کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴، جوانان حق دارند در مورد بهداشت باروری بدانند و به خدمات آن دسترسی داشته باشند تا بتوانند آگاهانه در خصوص مسائل باروری خود تصمیم بگیرند.^(۵)

جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق دانشجویان بودند، در حالی که بیماری های مقاربتی و ایدز در نوجوانان و جوانان الکلی، معتاد و فراری از مدرسه که دارای چند شریک جنسی هستند و فعالیت جنسی را از سنین پایین آغاز می کنند، بیشتر است. حدود ۱۷ میلیون کودک زیر ۱۸ سال در خیابان ها زندگی و کار می کنند و بسیاری از

۱. بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که دانشجویان اطلاعات متوسطی در مورد بهداشت باروری داشتند و تقریباً نیمی از آنها دارای اطلاعات اساسی در مورد بهداشت باروری نبودند. این نتیجه توسط تحقیقات معدود دیگری که در این زمینه انجام شده است نیز تأیید می شود.^(۳۱ و ۳۶) این وضعیت آگاهی، در حالی است که واحد درسی تنظیم خانواده به صورت واحد عمومی در دانشگاه ها ارائه می شود و به نظر می رسد دانشجویان به آموزش مؤثرتر یا مکمل با توجه به چالش های اطلاعاتی و با در نظر گرفتن رشته و جنسیت نیاز دارند. بنابراین آموزش مؤثرتر دانشجویان غیر پزشکی در مورد بهداشت باروری با تأکید بیشتر بر روش های پیشگیری از ایدز برای دختران و روش های پیشگیری برای پسران ضروری است. تفاوت در نیازهای آموزشی با توجه به سن و جنس در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است.^(۳۷) طبق بیانیه کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ و ۱۹۹۹، دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری از حقوق جوانان است که دولت ها موظف به تأمین آن هستند.^(۵) تأمین اطلاعات و خدمات بهداشت باروری نه تنها به عنوان احقاق حق بلکه

با والدین خود بهتر ارتباط برقرار می‌کنند و احتمال نزدیکی قبل از ازدواج در آنها کمتر است.^(۱۴)

اگرچه نتایج این تحقیق نشان داد که اکثر جوانان مورد مطالعه به خودداری از فعالیت جنسی تا زمان ازدواج معتقد هستند، اما اقلیتی نیز هستند که با این عقیده مخالف و در نتیجه به آموزش روش‌های پیشگیری و محافظتی نیاز دارند. تحقیقات نشان داده است که آموزش روش‌های محافظتی افرادی که از لحاظ جنسی فعال هستند، اثر بیشتر و طولانی‌تری نسبت به آموزش روش‌های خودداری دارد. برنامه‌هایی که فقط بر خودداری از فعالیت جنسی متمرکز هستند موجب افزایش روابط جنسی می‌شوند.^(۹) اگرچه برنامه‌های خودداری ایده آل هستند، اما همیشه واقع‌گرایانه به نظر نمی‌آیند و برای کسانی که این امر را نمی‌پذیرند باید با پیام‌های دیگر همراه باشد.^(۱۳)

ارتباط مثبت معنی‌دار بین سطح اطلاعات و نگرش مثبت دانشجویان نسبت به بهداشت باروری ثابت می‌کند که افزایش سطح آگاهی به ایجاد نگرش مثبت نسبت به بهداشت باروری منتهی می‌گردد. اما باید توجه داشت که گاهی افراد بسیار آگاه و با انگیزه نیز نمی‌توانند خود را محافظت نمایند. مدل اعتقادهای بهداشتی دانشجویان نشان داد که اکثر آنها علت عدم کفایت خدمات بهداشت باروری را پایین بودن سطح آگاهی جوانان و نبودن جو مناسب برای ارائه این خدمات می‌دانند. مطالعه‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که محیط ایمن، عنصری لازم در برنامه‌های پیشگیری محسوب می‌شود و علاوه بر وجود قوانین محدودکننده، سیاست، اقتصاد و فرهنگ مناسب، در دسترس بودن و موجود بودن خدمات نیز لازم است. برنامه‌ها و فعالیت‌ها نه تنها باید دادن اطلاعات را مورد نظر قرار دهند، بلکه باید انگیزه ایجاد نمایند و با دادن آموزش مهارت‌های زندگی، قدرت مبارزه در موقعیت‌های لازم را به افراد اعطا نمایند.^(۳۲)

آنان برای تهیه غذا و مسکن ناچار به خودفروشی می‌شوند.^(۳۰) متأسفانه در جامعه ما، آمار معتبری در این رابطه وجود ندارد و هیچ‌گونه مطالعه یا مداخله بهداشتی در رابطه با برنامه آموزش پیشگیری برای آنها در نظر گرفته نشده است.

ازدواج و فعالیت جنسی پس از ازدواج در جامعه اسلامی و ایرانی ما یک ارزش است و بر عکس در بسیاری از کشورهای دنیا بیش از نیمی از جوانان فعالیت جنسی خود را از زمان نوجوانی آغاز می‌کنند.^(۳۰) اما این تحقیق واقعیت وجود فعالیت جنسی قبل از ازدواج، بروز بیماری‌های مقاربتی، حاملگی ناخواسته و سقط‌های غیر ایمن را در جامعه ما نشان می‌دهد. اگرچه آمار به دست آمده نسبت به آمار جهانی بسیار پایین‌تر است، اما باید توجه داشت که به علت حساس بودن موضوع احتمالاً آمار به دست آمده پایین‌تر از میزان واقعی آن است و از طرفی این آمار از دانشجویان به دست آمده است و به احتمال زیاد این آمار در اقشار غیر دانشجویی بیشتر و در سنین پایین‌تر متفاوت است. میان جوانان فعال از لحاظ جنسی در دنیا فقط ۱۷ درصد آنها از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند.^(۳۰) در حالی که نتایج این تحقیق این رقم را ۴۸ درصد نشان داده است که احتمالاً به علت تحصیل کرده بودن نمونه‌های انتخاب شده است.^(۳۰)

ارتباط مثبت معنی‌دار بین سطح تحصیل والدین و اقتصاد خانواده با میزان آگاهی دانشجویان مؤید این مطلب است که عوامل فرهنگی و اجتماعی در امر ارتقاء بهداشت باروری دانشجویان دخیل هستند و این امر در مطالعات دیگر نیز به اثبات رسیده است.^(۱۳)

ارتقای کیفیت و استانداردهای زندگی قطعاً موجب بهبود سطح آگاهی، نگرش و رفتار جوانان خواهد شد. تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که نوجوانان دارای والدین تحصیل کرده، به خصوص مادران تحصیل کرده،

۲. بیگم زاده فاطمه . مسائل جنسی کودکان و نوجوانان . مجله تربیت، سال ۱۳۷۰ ، شماره ۵ ، ۱۲-۷
۳. رضانی فهیمه و بقیه . گزارش طرح تأثیر دو نوع آموزش بر آگاهی ، نگرش و عملکرد نوجوانان در خصوص بهداشت بلوغ در مدارس شهر تهران . مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری ، ۱۳۷۹ ، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
۴. رضانی فهیمه و بقیه . گزارش طرح ترویج بهداشت باروری در جوانان اسلام شهر . مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری ، ۱۳۸۰ ، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
۵. سازمان ملل متحد . کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ، قاهره ، مصر ۳-۵ سپتامبر ۱۹۹۴
۶. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی . بررسی آگاهی ، نگرش و عملکرد دختران ۱۵ تا ۲۵ سال و زنان همسر دار ۱۵ تا ۲۵ سال در زمینه بهداشت دوران بلوغ و باروری در ایران . ۱۳۷۵ ، ۱۴-۱
7. Aqrns SJ, Jenkins RR, Raine TR et al. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students , a randomized controlled education . *Journal of Adolescents Health* 2000 Oct;27(4):236 – 47
8. Broundtland G . Reproductive health : a health priority , general assembly special session on world health organization ICPD+5 . 1999, 8-12 Feb, New York
9. Christopher F, Roosa M. An evaluation of adolescents pregnancy prevention programs: is “Just say No” enough. *Family Relations* 1990;39:68-72 Cited in: *The Facts Advocates for Youth* 1994, November
10. Coen Amy. Young people reproductive health needs neglected. *Fact sheets, Population Action International*, April 2002, Series 19
11. Gielen AC, Faden RR et al. Women’s perspectives about sexual behavior: a test of the health belief model. *AIDS Education and Prevention* 1994; 6(1): 1-11

استفاده از مدل های روانی- اجتماعی مانند Health Belief Model (HBM) در طراحی برنامه های آموزش پیشگیری از ایدز متداول و توصیه شده است و برای اولین بار در این مطالعه به عنوان شناخت باورهای بهداشتی دانشجویان در خصوص بهداشت باروری مورد استفاده قرار گرفته است که نتایج نشان داد اکثر دانشجویان خود را تا حدودی در معرض خطر این بیماری ها می دانند و بر این باور هستند که ابتلا به این بیماری ها دارای تأثیر زیادی بر زندگی جوانان است و به فواید بهداشت باروری اعتقاد دارند، اما توانایی جوانان را در رعایت بهداشت باروری کم یا متوسط می دانند. (۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳)

اکنون سیاست بهداشت باروری در ایران بر اساس دادن اطلاعات متناسب با سن به جوانان، کلاس های اجباری پیش از ازدواج و آموزش مردان است. (۱۰) اما باید در ارائه خدمات بهداشت باروری گروه های در معرض خطر مانند زندانیان، مهاجرین و همسران آنان و نوجوانان خیابانی نیز مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

۱. سیاست‌گذاری:

از همکاری کارکنان محترم مرکز آموزش و تحقیقات جمعیت و تنظیم خانواده دانشگاه علوم پزشکی قزوین و خانم‌ها فرزانه حجازی، مرضیه رستمی، نازی رضایی، شکوفه کاظمی ، مسوولین و نمایندگان محترم ولی فقیه در دانشگاه های علوم پزشکی و بین‌المللی امام خمینی قزوین قدردانی می‌شود.

۱. مراجع:

۱. اکبری اسماعیل و بقیه . گزارش بررسی آگاهی و عملکرد دختران و پسران ۱۰ تا ۱۹ ساله نسبت به مسائل بهداشت به ویژه بهداشت دوران بلوغ در جمهوری اسلامی ایران . اسفند ۱۳۷۶ ، معاونت بهداشت ، اداره کل بهداشت خانواده

12. Hill Tabiddle SJ Adolescents condom use, the health belief model and the prevention of sexually transmitted diseases. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal nursing* 1996; 25 (1): 61-6
13. Kirby D. No easy answers research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington Dc, National compaign to prevent teen pregnancy 1997, Cited in: The Facts, Advocacy for youth, The Anniversary Conference, 2001December 2- 4
14. Mahoney CA, Thombs DL, Ford OJ. Health belief and self efficacy models, their utility in explaining college students condom use. *AIDS education and prevention* 1995 Feb ;(1): 32-47
15. Mc Namara M. Adolescents sexual behaviour, II Socio-Psychological Factors. *The Facts Advocates for Youth*, 1996, Oct 1- 4
16. Mosleh-Uddin (UNFPA), Nassiri (Statistics Center of Iran), Mirmotahar, Asgari. Adolescents data on reproductive health issues in Iran. Paper presented at the IUSSP Seminar in Bangkok, Thailand, 2002, June 10-13
17. Muir J Muir in Zahedan Iran. Tackling AIDS in Iran: 2002, BBC News/Middle East
18. Rosenstock LM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, (eEds). *Health behavior and health education theory, research and practice*. Sonfransisco, Jeosy – Bass Publishers, 1995
19. Santelli J S, Iowry R, Berner N, Robin W. The association of sexual behavior with socioeconomic status, family structure and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health* 2000; Oct 90(10): 1522-88
20. United Nation Population Fund, 2002, [Http://www.unfpa.org/aids/facs.htm](http://www.unfpa.org/aids/facs.htm)
21. UNAIDS. Sexual health education does lead to safer sexual behavior,UNAIDS Review. Joint United Nation Programme on HIV/AIDS, Geneva, 1997, October 22
22. Venkatraman Chandra-Mouli. Drawing in, working with and supporting communities in sexual health, sexual health exchange. *Supporting Community Organization for sexual health promotion*. 1999; 2:1
23. Yep GA. HIV prevention among Asian-American college students: does the health belief model works. *Journal of Asian-American College Health* 1993;4(5) 195-205