

سنجش نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت باروری و تعیین راهبردهای مناسب برای تأمین آن در قزوین

فروزان الفتی*
سمیه علیقلی**

A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin

F Olfati ❖ S Aligholi

دریافت: ۸۶/۱/۳۰ پذیرش: ۸۷/۲/۲۳

*Abstract

Background: Adolescence is one of the three critical periods of life with a variety of developmental changes in which the reproductive health (RH) plays a key role towards the general healthiness.

Objective: The aim of the present work was to study the educational needs of adolescents concerning the reproductive health and determination of proper strategies towards an effective education of target population.

Methods: This was a cross-sectional study conducted on 300 teenage girls, randomly selected from six guiding schools in Qazvin, in 2005. Data were analyzed using Chi-square and t-student tests.

Findings: The average scales of knowledge on exercise & nutrition, anatomy, reproductive physiology, menstruation, puberty health, 35, breast cancer, AIDS & STDs, and family planning methods were 29, 11, 13, 36, 35, 15, 60, and 27%, respectively.

Conclusion: Based on the data obtained in our study, the level of knowledge on reproductive health among the target population found to be quiet weak. Therefore reproductive health education by schools midwives, mothers, teachers, friends, and etc in adolescent age group is recommended.

Keywords: Health, Reproductive, Health Education, Adolescence

*چکیده

زمینه: نوجوانی یکی از سه دوره مهم زندگی انسان است و بهداشت باروری در تأمین سلامت آن نقش مهمی دارد.

هدف: مطالعه به منظور تعیین نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت باروری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۳۰۰ دختر نوجوان انجام شد. نمونه‌ها از ۶ مدرسه راهنمایی قزوین به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای بود که بر اساس پرسش‌نامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت طراحی شده و شامل سؤال‌های دموگرافیک و مبانی بهداشت باروری بود. داده‌ها با آزمون‌های تی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی دختران در مورد تغذیه و ورزش نوجوانی ۲۹، آناتومی ۱۱، فیزیولوژی باروری ۱۳، قاعدگی ۳۶، سرطان سینه ۱۵، بهداشت بلوغ ۳۵، ایدز و بیماری‌های مقاربتی ۶۰ و تنظیم خانواده ۲۷ بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها، آگاهی دختران در مورد بهداشت باروری ضعیف بود. لذا، آموزش بهداشت باروری از طریق مامای مدرسه، مادران و معلمان برای دختران قزوین و با تعمیم به نوجوانان ایران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: بهداشت و تندرستی، باروری، آموزش بهداشت، نوجوانان

* مربی و عضو هیأت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** دانشجوی کارشناسی مامایی، دانش پژوه طب همیوپاتی دانشگاه تهران

آدرس مکاتبه: قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، تلفن ۲۲۳۳۲۶۸

*** مقدمه:**

همچون اطلاعات، نگرش و رفتارهای پرخطر نوجوانان نسبت به بهداشت باروری و جنسی و حتی مسائل مربوط به سلامت فردی، تغذیه، ورزش نوجوانان و بیماری‌های مقاربتی اغلب کنار گذاشته شده‌اند.

از آنجا که هرگونه برنامه‌ریزی جهت کسب آمادگی دختران در رویارویی با مسایل بلوغ و بهداشت باروری باید بر اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی آنها صورت گیرد، تحقیق حاضر به منظور نیازسنجی دختران نوجوان در زمینه بهداشت باروری انجام شد.

*** مواد و روش‌ها:**

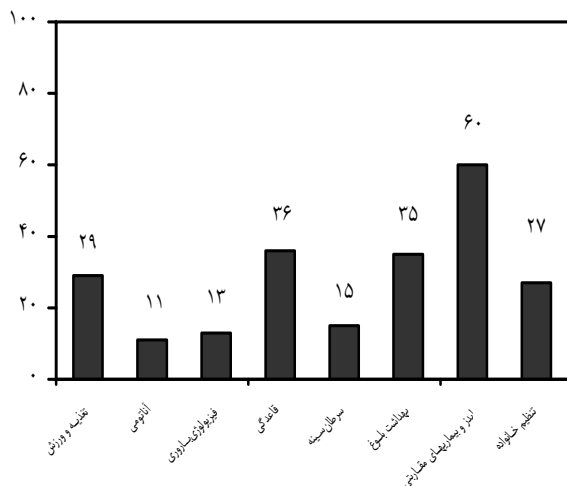
این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۳۰۰ دختر ۱۲ تا ۱۷ ساله قزوین انجام شد. ابتدا ۶ مدرسه راهنمایی دخترانه از دو ناحیه آموزش و پرورش شهر قزوین (از هر ناحیه ۳ مدرسه)، به صورت تصادفی خوشه‌ای و سپس از هر مدرسه ۵۰ دانش آموز از پایه‌های دوم و سوم به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای بود که بر اساس پرسش‌نامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت^(۸) تهیه و متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی و اهداف مطالعه تغییراتی در آن ایجاد شد. پرسش‌نامه در دو بخش تنظیم گردید. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۱۱۰ سؤال بود که در ۸ قسمت تنظیم شد. هر قسمت به یکی از مبانی بهداشت باروری اختصاص یافت که شامل تغذیه و ورزش نوجوانی، آناتومی دستگاه باروری، فیزیولوژی باروری، بهداشت قاعدگی، سرطان سینه، مشکلات و تغییرات جسمی- روانی بلوغ، ایدز و بیماری‌های مقاربتی، تنظیم خانواده و منابع کسب اطلاعات در مورد بهداشت باروری بودند. هر سؤال بین ۴ تا ۶ گزینه داشت و نوجوانان پاسخ خود را در پاسخ‌نامه

سازمان جهانی بهداشت سن نوجوانی را از ۱۰ تا ۱۹ سالگی تعریف می‌کند.^(۱) طبق سرشماری سال ۱۳۷۵، ۲۵ درصد جمعیت ایران را افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله تشکیل می‌دهند.^(۲) نوجوانی با تغییرات سریع و مهم فیزیکی (بلوغ)، روحی- روانی و اجتماعی همراه است که بر روی عملکرد افراد در بزرگسالی تأثیر بسزایی دارد.^(۳) لذا، انسان‌های موفق و سالم اجتماع، به طور معمول انسان‌هایی هستند که این مرحله از زندگی خود را با سلامت و آرامش و واقع‌بینی گذرانده‌اند.^(۳)

با توجه به این که نوجوانان آینده‌سازان و سرمایه‌های هر کشور محسوب می‌شوند، بدون شک پرداختن به سلامت آنها نوعی سرمایه‌گذاری در جهت توسعه ملی به شمار می‌رود. این در حالی است که نیمی از نوجوانان دنیا در برابر بیماری‌های مقاربتی همچون ایدز و حاملگی ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن و فارغ از مسؤولیت، حاملگی زودرس، سوء مصرف مواد، شکست در تحصیل، مسایل مربوط به سلامت فردی، بهداشتی، تغذیه و ورزش هستند.

امروزه به دلیل اهمیت ویژه دوره نوجوانی، اولویت بهداشت باروری جهان، بهداشت باروری نوجوانان است.^(۱) طبق بررسی‌های انجام شده اکثر نوجوانان جامعه ما به خصوص دختران به دلایل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی، از اطلاعات صحیح در ارتباط با بهداشت باروری محروم هستند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیرموثق در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جسمی و روانی می‌شوند.^(۴و۵) مطالعات بسیار اندکی به طور کامل به جستجوی وضعیت بهداشت باروری نوجوانان در ایران پرداخته‌اند و به دلیل برخی از حساسیت‌های فرهنگی، این تحقیقات به موضوع‌هایی از قبیل «بلوغ در دختران» و «نگرش آنها نسبت به تنظیم خانواده» منحصر شده است.^(۶و۷) موضوع‌های حساس

نمودار ۱- میانگین نمره میزان آگاهی دختران مورد مطالعه پیرامون مبانی بهداشت باروری



میانگین نمره آگاهی دختران در بخش تغذیه و ورزش دوران نوجوانی ۲۹ درصد (ضعیف) بود. ۸۵ درصد دختران یا اصلاً شیر نمی‌نوشیدند یا مقدار شیر مصرفی آنها کمتر از میزان مورد نیاز (۲ لیوان در روز) بود. ۷۹ درصد دختران از منابع غذایی آهن بی‌اطلاع بودند. ۷۷ درصد دختران به غلط تصویری کردند که در قاعدگی باید از خوردن بعضی مواد نظیر ترشی‌ها، میوه و سبزی خودداری کنند. ۸۴ درصد باور داشتند که ورزش در دوران قاعدگی مضر است. ۸۷ درصد نمی‌دانستند که در نوجوانی بیش از هر دوره دیگری به کسب انرژی نیاز دارند. ۱۱ درصد نمی‌دانستند که صبحانه مهم‌ترین وعده غذایی است و ۶۳ درصد نمی‌دانستند که نوجوان باید از هر پنج گروه مواد غذایی استفاده نماید.

میانگین نمره آگاهی دختران نوجوان در مورد آناتومی دستگاه تناسلی ۱۱ درصد (ضعیف) و در مورد فیزیولوژی باروری ۱۳ درصد (ضعیف) بود. ۶۱ درصد تصور می‌کردند که رحم محلی برای تجمع خون کثیف است. ۸۸ درصد از کار تخمدان و ۸۴ درصد از وجود هایمن بی‌اطلاع بودند. ۶۲ درصد از احتمال باردار شدن در اولین تماس جنسی بی‌اطلاع بودند. ۸۹ درصد بر این باور بودند که با تماس جنسی رشد قدی متوقف شده و ۷۷ درصد نمی‌دانستند که با شروع بلوغ،

مشخص می‌نمودند. جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. پرسش‌نامه با رضایت خود نوجوانان و بدون ذکر نام در مدارس تکمیل شد. میزان آگاهی در این مطالعه از طریق محاسبه میانگین نمره پاسخ‌های صحیح به سؤال‌های هر بخش سنجیده شد. در صورتی که میانگین نمره هر بخش بیش‌تر از ۷۰ بود، آگاهی خوب، اگر بین ۳۰ تا ۷۰ بود، آگاهی متوسط و اگر کمتر از ۳۰ بود، آگاهی ضعیف ارزیابی شد. همچنین درصد فراوانی پاسخ صحیح به هر سؤال به طور جداگانه تجزیه و تحلیل شد. داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS-11 و آزمون‌های آماری تی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

میانگین سنی نوجوانان $13/8 \pm 1/8$ سال بود. از ۳۰۰ دانش آموز مورد مطالعه، ۱۹/۳ درصد در پایه دوم و ۴۰/۷ درصد در پایه سوم راهنمایی مشغول به تحصیل بودند و ۴۰ درصد مقطع تحصیلی خود را مشخص نمودند. ۲۸/۷ درصد وضعیت اقتصادی خود را متوسط اعلام کردند. اکثر پدران (۳۴ درصد) و مادران (۳۱/۷ درصد) مدرک تحصیلی سیکل داشتند. در مورد شغل پدر بیش‌ترین (۲۶/۲ درصد) فراوانی مربوط به شغل آزاد و اکثر مادران (۶۹ درصد) خانه‌دار بودند. بین وضعیت اقتصادی خانواده و شغل پدر و مادر با میزان آگاهی نوجوانان ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. اما بین تحصیلات والدین با میزان آگاهی دختران ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و تحصیلات مادر ($p=0/02$) بیش‌تر از تحصیلات پدر ($p=0/04$) در این امر مؤثر بود.

میانگین نمره میزان آگاهی در پاسخ صحیح به سؤال‌های مبانی بهداشت باروری ضعیف تا متوسط بود (نمودار شماره ۱).

اجتماعی و شروع قاعدگی است. ۸۳ درصد درمورد تغییرات مربوط به قاعدگی احساس تنفر یا نگرانی داشتند. ۸۶ درصد در اولین قاعدگی دچار اضطراب، ترس و نگرانی شده بودند. ۲۳ درصد از دختران با رسیدن به سن بلوغ و شروع علائم آن احساس شرم و خجالت، ۱۳ درصد احساس نگرانی، ۱۸ درصد تغییر رفتار، ۱۲ درصد احساس استقلال، ۱۰ درصد تمایل به جلب توجه دیگران و جنس مخالف و تنها ۱۴ درصد احساس رضایت از علائم بلوغ داشتند. ۱۳ درصد مشکل جسمی، ۱۵ درصد مشکل رفتاری و ۷ درصد مشکل روانی را مهم‌ترین مشکل خود در رابطه با بلوغ اعلام کردند. ۶۱ درصد از قاعدگی‌های نامنظم، ۲۸ درصد از علائم سندرم قبل از قاعدگی (PMS) و ۶۶ درصد از دیس‌منوره شکایت داشتند که تنها ۱۸ درصد برای شکایت‌های خود به پزشک یا ماما مراجعه کرده‌بودند.

میانگین نمره آگاهی دختران در بیماری‌های مقاربتی و ایدز مورد ۶۰ درصد (متوسط) بود. ۸۷ درصد از بیماری مقاربتی و ۸۵ درصد از علائم آن اطلاع نداشتند. ۸۹ درصد تصور می‌کردند که هرگونه عفونت دستگاه تناسلی مساوی با نازایی است. ۸۷ درصد نمی‌دانستند بیماری مقاربتی قابل درمان است. ۵۲ درصد نمی‌دانستند که در صوت وجود این مشکل باید به ماما یا پزشک مراجعه کنند. ۴۷ درصد از عدم درمان‌پذیری ایدز، ۵۷ درصد از قابل پیشگیری بودن ایدز و ۶۷ درصد از راه‌های انتقال ایدز بی‌اطلاع بودند. ۶۶ درصد نمی‌دانستند که فرد مبتلا به ایدز از نظر ظاهر سالم و مثل بقیه افراد است.

میانگین نمره میزان آگاهی نوجوانان دختر از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری ۲۷ درصد بود. ۷۷ درصد بر این باور بودند که قرص ضد بارداری باعث نازایی می‌شود. تنها ۱۳ درصد اعلام کردند که نوجوانان به آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری نیاز ندارند. ۸۷ درصد از روش مناسب پیشگیری برای نوجوان (قرص و کاندوم) بی‌اطلاع بودند. ۸۶ درصد بر این باور بودند که کاندوم روش مؤثری در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

رشد جسمی کاهش می‌یابد. ۹۰ درصد از احتمال باردار شدن بین دو دوره قاعدگی، ۹۲ درصد از محدوده مناسب سن حاملگی، ۹۵ درصد از علت خون‌ریزی قاعدگی و نظم ماهانه آن بی‌اطلاع بودند.

میانگین نمره آگاهی دختران در مورد سرطان‌ها ۱۵ درصد (ضعیف) بود. ۸۷ درصد نمی‌دانستند که سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در خانم‌هاست. ۹۱ درصد از عدم وجود درمان قطعی برای سرطان سینه، ۸۵ درصد از علائم سرطان سینه، ۹۲ درصد از معاینه ماهانه پستان توسط خود فرد در خانم‌های بالای ۲۰ سال، ۸۸ درصد از اهمیت تشخیص زودرس سرطان سینه و ۸۳ درصد از عوامل مؤثر بر سرطان سینه بی‌اطلاع بودند.

میانگین نمره آگاهی دختران نسبت به بهداشت قاعدگی ۳۶ درصد (متوسط) بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱- درصد فراوانی پاسخ‌های صحیح دختران به برخی از سؤال‌های بهداشت قاعدگی

سؤال	درصد فراوانی پاسخ‌های صحیح	ارزایی
سن اولین قاعدگی	۱۱	ضعیف
عوامل مؤثر بر سن اولین قاعدگی	۲۴	ضعیف
علائم سندرم قبل از قاعدگی	۱۴	ضعیف
استحمام در زمان	۶۰	متوسط
شستشوی دستگاه تناسلی در زمان قاعدگی	۶۰	متوسط
استفاده از وسایل بهداشتی در اولین قاعدگی	۲۹	ضعیف
استفاده از وسایل بهداشتی در زمان قاعدگی	۷۹	قوی
استفاده از صابون جهت شستشوی لباس زیر	۵۹	متوسط
تعویض روزانه لباس زیر	۳۸	متوسط
مراجعه به ماما یا پزشک در مشکلات همراه قاعدگی	۲۱	ضعیف

میانگین نمره آگاهی دختران در مورد تغییرات فیزیولوژیک بلوغ ۳۵ درصد بود. ۴۷ درصد دختران از تغییرات جسمی بلوغ در دختران و ۵۹ درصد از تغییرات جسمی بلوغ در پسران آگاهی نداشتند. ۵۶ درصد نمی‌دانستند که بلوغ به معنای رشد جسمی، روانی،

باشد.^(۹-۱۱) در پژوهش حاضر دختران در مورد تغییرات جسمی و علائم خلقی- روانی و اجتماعی بلوغ اطلاعات بسیار کمی داشتند و این امر در مورد علائم روانی و تکامل رفتاری- شخصیتی محسوس تر بود و با نتایج سایر مطالعه‌ها مطابقت داشت.^(۱۲و۱۱) مطالعه‌ها نشان داده‌اند که آموزش سبب افزایش اطلاعات، نگرش مثبت نسبت به پدیده بلوغ و قبول تغییرات بلوغ به عنوان تغییرات فیزیولوژیک می‌شود و در نتیجه به تقویت حس اعتماد به نفس و احترام به خویش می‌انجامد.^(۱۲) لذا، باید مسایلی از قبیل تغذیه، ورزش و بهداشت جسمی دوران نوجوانی و آموزش‌های روانی مورد نیاز، در برنامه‌های آموزشی نوجوانان گنجانده شوند تا از وارد شدن آسیب‌های جسمی و روانی پیشگیری شود. همچنین به دلیل وجود مشکلات ناشی از بلوغ در نوجوانان، باید به مشکلات برخاسته از بلوغ در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی و نیز نحوه برخورد مناسب با مشکلات در تدوین برنامه‌ها و متون آموزشی توجه شود. مطالعه‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه بر این حقیقت تأکید می‌کنند که اطلاعات در خصوص بهداشت باروری بندرت توسط معلمان یا متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و اغلب والدین نیز اولین منبع کسب اطلاعات نیستند؛ بلکه مهم‌ترین منبع اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند.^(۱۱-۱۸) این امر عواقب خطرناکی به دنبال خواهد داشت.

در مطالعه‌های انجام شده در ایران اکثر دختران نوجوان مشکلات دوران بلوغ خود را با مادر در میان می‌گذارند^(۱۲) در مطالعه حاضر با توجه به توافق اکثر نوجوانان دختر برای طرح مسایل خود با مامای مدرسه، راهبرد آموزش بهداشت باروری از طریق مامای مدرسه و توانمندسازی آنها در مشاوره می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. معلمان، مادران و کتب آموزشی از دیگر راهکارهای آموزشی است که برخی از نوجوانان با آن موافق بودند.

مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان کشور پرو نشان داد که ۷۳ درصد دختران و ۵۹ درصد پسران معتقد بودند که دختران باید

نیست. ۵۶ درصد نمی‌دانستند که لازم است دختران در مورد روش پیشگیری اورژانس (EC) بدانند. ۶۰ درصد سقط را به عنوان راه مناسب جهت پیشگیری حاملگی ناخواسته دانسته‌اند. ۵۹ درصد می‌دانستند که لازم است مردان نیز در برنامه‌های تنظیم خانواده مشارکت کنند.

۷۳ درصد نوجوانان اعلام کردند که نیاز دارند در مورد بلوغ بیش تر بدانند. آنها مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات خود را به ترتیب مادر و معلم خود معرفی نمودند. دختران ترجیح می‌دادند اطلاعات خود را به ترتیب از مامای مدرسه (مامایی که در تعدادی از روزهای هفته، در مدرسه به سؤال‌های نوجوانان پیرامون بلوغ و بهداشت باروری پاسخ دهد یا از طریق مادران به طور غیرمستقیم اقدام به آموزش دختران کند) مادر، معلم و مشاورین مدرسه، کتاب، خواهر، دوست، تلویزیون و رادیو کسب کنند. از سوی دیگر ۷۵ درصد موافقت خود را با پیشنهاد مامای مدرسه اعلام کردند، ۳۱ درصد دختران قبل از بلوغ چیزی در مورد قاعدگی و بهداشت بلوغ نمی‌دانستند و اولین قاعدگی خود را در ۵۳ درصد با مادر، ۱۹ درصد با خواهر، ۸ درصد با دوست، ۵ درصد با همکلاسی در میان گذاشته بودند.

*بحث و نتیجه گیری:

طبق نتایج این پژوهش، با توجه به آگاهی ضعیف و تصورات و باورهای نادرست نوجوانان دختر قزوین در مورد بهداشت باروری، آموزش آنها در مورد تمام مبانی بهداشت باروری لازم است.

بررسی نیازهای آموزشی نوجوانان دختر استان مازندران در سال ۱۳۸۲ نشان داد که علی‌رغم تمایل دختران به دانش بلوغ، اکثر آنان معنی کامل بلوغ را نمی‌دانستند و آگاهی علمی و فیزیولوژیک آنها در مورد بلوغ، ضعیف و همراه با برداشتهای اشتباه و غیرواقعی بود.^(۹)

در مطالعه حاضر آگاهی بهداشتی و تغذیه‌ای دختران، ضعیف و با عقاید نادرستی همراه بود که با نتایج سایر مطالعه‌ها همخوانی دارد و می‌تواند زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی و عوارض بلند و کوتاه مدت از قبیل نازایی، کم‌خونی و سوءتغذیه را به دنبال داشته

گذاشتن به خانواده‌ها و استفاده از شیوه‌های صحیح آموزشی در رفع این مسایل نقش بسزایی دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها از سنین پایین‌تر (۹ تا ۱۰ سالگی) شروع شود تا هنگام برخورد دختران با علائم بلوغ نکته مبهمی وجود نداشته باشد.^(۱۴) برای مثال اغلب دختران نوجوان در اولین قاعدگی احساس نگرانی، ترس، ناراحتی و بیم از غیرعادی بودن این پدیده دارند. لذا، کسب اطلاعات لازم در زمینه بهداشت باروری، در کاهش تنش نوجوانان در مواجهه با علائم بلوغ نقش مهمی دارد.

با توجه به اولویت بندی نیازهای آموزشی نوجوان، بهتر است در سنین زودرس نوجوانی (۱۰ تا ۱۴ سالگی) بیش‌تر مسائل مربوط به بهداشت قاعدگی، آناتومی و فیزیولوژی باروری، تغذیه و ورزش نوجوانان و مشکلات ناشی از بلوغ و در سنین دیررس نوجوانی (۱۴ تا ۱۹ سالگی) سایر وجوه بهداشت باروری از جمله تنظیم خانواده، مشاوره ازدواج، لقاح، بیماری‌های مقاربتی، ایدز، سرطان‌های زنان و نازایی مورد توجه قرار گیرند. با توجه به این‌که آموزش در کشور ما بیش‌تر در مدارس انجام می‌شود، لذا برای کسب موفقیت بیش‌تر در این زمینه باید توجه هرچه بیش‌تر و سریع‌تر مسؤولین محترم آموزش و پرورش را به این امر جلب کرد.

عدم امکان به کارگیری راهکارهای مختلف آموزشی نظیر بهره‌گیری از معلمین، مادران و کتاب‌های آموزشی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا بهتر است در مطالعه‌های بعدی، آموزش نوجوانان به طرق مختلف انجام شود تا مؤثرترین راهکار آموزشی تعیین شود.

از سوی دیگر باتوجه به آگاهی ضعیف و باورهای نادرست نوجوانان در مورد بعضی از جنبه‌های بهداشت باروری و این حقیقت که نوجوانان به علت تأثیر از عواملی مانند رسانه‌های جهانی و افزایش سن ازدواج، بیش‌تر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند،^(۱۷) بجاست که سیاست‌گذاران بهداشتی و آموزشی کشور با برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌های آموزشی و خدماتی، بیش از پیش به نیازهای بهداشت باروری

در زمان ازدواج باکره باشند.^(۱۵) در یک مطالعه در سریلانکا نیز نشان داده شد که دختران به طور معنی‌داری نسبت به پسران با از بین رفتن بکارت قبل از ازدواج مخالف بودند.^(۱۶) علاوه بر آن تحقیقی بر روی نوجوانان پسر تهران در مورد بهداشت باروری نشان داد که ۵۴/۸ درصد پسران با داشتن فعالیت جنسی قبل از ازدواج مخالف بودند و این رقم در مورد دختران ۶۷/۶ درصد بود.^(۱۱) این در حالی است که طبق بررسی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ در آمریکا، حدود ۵۴ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی فعالیت جنسی داشتند.^(۱۸) به دنبال رفتارهای پرخطر جنسی، خود فرد، شرکای جنسی و همسر آینده وی، بیش‌تر در معرض خطر ایدز، بیماری‌های مقاربتی، حاملگی ناخواسته و سقط‌های نامطمئن قرار می‌گیرند. به ویژه این‌که علی‌رغم بهبود آگاهی نوجوانان نسبت به ایدز و بیماری مقاربتی در مقایسه با سال‌های قبل، نیاز به آموزش نوجوانان در این موارد به دلیل ضعف آگاهی آنها همچنان وجود دارد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، درصد قابل توجهی از دختران نوجوان، به عدم مقبولیت رابطه جنسی قبل از ازدواج معتقد بودند و براساس نتایج سایر مطالعه‌ها درصد این عدم مقبولیت پس از آموزش‌های بهداشت باروری افزایش می‌یابد.^(۱۱) لذا، برخلاف عقیده برخی افراد، آموزش جنسی می‌تواند باعث به تعویق افتادن فعالیت جنسی، توسعه عزت نفس و مهارت در تصمیم‌گیری نوجوانان و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز در بین آنان شود.

نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعه‌ها، نشان داده‌اند که موانع اجتماعی و خانوادگی برای آموزش مسایل بهداشت باروری، برخلاف تصور عمومی، کم است.^(۱۴) یکی از علل این امر در مطالعه حاضر توجیه و توضیح موضوع برای مسؤولین آموزش و پرورش، مدیران مدارس و خود دانش‌آموزان بوده است. همچنین هماهنگی آموزش‌ها با اعتقادات و باورهای مذهبی، توجه به ظرایف فرهنگی، استفاده از افراد مورد قبول برای آموزش، توجه به باورها و اعتقادهای محلی، احترام

۹. عبدالهی ف، شعبانخانی ب، خانی ص. بررسی نیازهای آموزشی بهداشت بلوغ دانش آموز راهنمای استان مازندران ۱۳۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۸۳، سال ۴ (شماره ۴۳): ۵۶-۶۱

۱۰. سهرابی ث. بررسی آگاهی نگرش و رفتارهای بهداشتی دختران دانش آموز در دوران بلوغ (شهر کرد- ۱۳۷۶). مجله بهداشت جهان، سال ۱۳ (شماره ۱): ۳۸-۴۱

۱۱. گزارش بررسی آگاهی و عملکرد دختران و پسران ۱۰ تا ۱۹ ساله نسبت به مسائل بهداشتی بویژه بهداشت دوران بلوغ در جمهوری اسلامی ایران. معاونت بهداشتی، اداره کل بهداشت خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۷۶

۱۲. ملک افضلی ح، جندقی ج، علامه م، زارع م. بررسی نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنا پیرامون بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی‌های مناسب برای تأمین آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنا، ۱۳۸۳، جلد ۱ (شماره ۲): ۳۹-۴۷

۱۳. محمدی م، خلیج‌آبادی م، فراعانی ف، همکاران. بررسی آگاهی و نگرش و رفتار پسران نوجوان ۱۵-۱۸ ساله تهرانی پیرامون بهداشت باروری در سال ۱۳۸۱. فصلنامه باروری و ناباروری، سال ۴ (شماره ۳): ۲۳۷-۵۰

14. Family planning association of I.R of Iran reproductive health needs assessment of adolescent (Boys). Apr 1998

15. Jejeebhoy ShJ. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. Sac Sci Med 1998 May; 46(10):1275-90

16. Silva K, Schensul S. Differences in male and female attitudes towards pre-marital sex in a sample of Sir Lankan Youth. Geneva: WHO; 2003. 86-8

17. Sabeeh Qazi Y. Adolescent reproductive health in Pakistan. Geneva .WHO; 2003.78-80

18. Warren CW, Santelli JS, Everett SA, et al. Sexual Behavior among U.S high school students, 1990-1995. Fam Plann Perspect 1998 Jul-Aug; 30(4): 170-2,200

نوجوانان بپردازند تا نسلی آینده‌ساز، سالم و مولد داشته باشیم. این برنامه‌ها می‌توانند شامل تدوین متون آموزشی با زبان ساده، تأسیس مراکز مشاوره مخصوص نوجوانان و والدین آنها، برگزاری سمینارها و کارگاه‌های آموزشی جهت کارکنان بهداشتی، معلمان و والدین، تشویق نوجوانان به پایبندی به اصول اخلاقی و اعتقادهای مذهبی و بنیاد خانواده و تشویق والدین به برقراری ارتباط نزدیک‌تر و صمیمی‌تر با نوجوانان خود باشند.

*مراجع:

۱. حاتمی ح، رضوی م، افتخار اردبیلی ح، همکاران. بهداشت عمومی. تهران: ارجمند؛ ۱۳۸۳. ۱۰۷۸-۱۰۵۳ [جلد سوم]

۲. مرکز ملی آمار ایران. گزارش سرشماری ملی ایران در سال ۱۳۷۵. تهران، سال ۱۳۷۵

۳. شاه‌حسینی ز. بهداشت دوران بلوغ. فصلنامه دینی فرهنگی اجتماعی سنا. بهار ۱۳۸۱؛ شماره ۲: ۴۹-۵۳

۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور. بررسی آگاهی، نگرش و رفتار دختران و زنان ۱۵-۲۵ ساله در مورد بلوغ و باروری در جمهوری اسلامی ایران. سال ۱۳۷۵: ۲۰-۱۲

۵. حلم سرشت پ، دل‌پیشه ا. بهداشت مدارس. چاپ اول. تهران: انتشارات چهار؛ ۳۷۷: ۱۸-۱۰۲

۶. رمضان‌زاده ف. آنچه زنان باید از بلوغ باروری و یائسگی بدانند. تهران: چاپ اول تیمورزاده، نشر طبیب؛ ۱۳۷۸. ۴۶-۲۵

۷. نیکنمای ش، فیروزیان آ، غفرانی‌پور ف. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای بهداشت دختران نوجوان در دوران عادت ماهیانه. مجله علمی-تخصصی آموزش بهداشت، ۱۳۸۱، دوره ۱ (شماره ۲): ۳۹-۴۴

8. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Iqbal S, Kathryb M. Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies. UNDP/ UNFPA/ WHO/world bank, Geneva: WHO; 2001. 56-60