دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال ششم، شماره ۱، صفحه ۷۸-۶۹ (شهریور ۱۳۸۲)

# بررسی دیدگاههای والدین، معلمین و دانش آموزان پیرامون آموزش مفاهیم بهداشت باروری به دانش آموزان به شیوه بحث گروهی متمرکز

دکتر فاطمه عزیزی[۱]، دکتر محمد هادی ظفرمند[۲*]، فیروزه بیات [۳]

[۱] پزشک عمومی، مدیر گروه بهداشت دهان و دندان و مدارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲] پزشک عمومی،معاون فنی حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۳] کارشناس بهداشت مدارس، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده :

مسایل و مفاهیم بهداشت باروری، به عنوان یک نیاز مبرم آموزشی ، مورد تأکید شرع و عرف می باشند و در فرآیند تأمین سلامت انسان و تعامل مثبت با محیط زیست و نهایتاً توسعه متوازن نقش انکار ناپذیری دارند . بنابراین برای دستیابی به دیدگاههای والدین، معلمین و دانش آموزان به مفاهیم بهداشت باروری و روش های آموزشی مفاهیم مربوطه به دانش آموزان(راهنمایی و دبیرستان)، با روش پژوهش کیفی بحث گروهی متمرکز (FGD)**، ۲۴ مصاحبه گروهی در ۱۲ گروه با حضور ۱۶۲ نفر (۶۴ دانش آموز، ۵۰ معلم و ۴۸ ولی) انجام گردید. گروهها آموزش بهداشت بلوغ را به جهت افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات جسمی و کاهش ترس حاصل از آن و پیشگیری از کسب اطلاعات نا صحیح یا از افراد بی صلاحیت لازم دانستند . در خصوص آموزش مسائل جمعیت و تنظیم خانواده، معدودی از پدران و گروهی از مادران معتقد بودند که آموزش دانش آموزان لازم نیست . دانش آموزان دختر بهبود روابط عاطفی و کیفیت زندگی زنان و افزایش فرهنگ خانواده را از نتایج این آموزشها می دانستند . مصاحبه شوندگان بر لزوم آموزش ایدز تأکید داشتند. آموزش مسائل مربوط به ازدواج مورد تأکید اکثر گروهها بود و دانش آموزان دختر دبیرستانی به نقش کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج اشاره داشتند. از این رو پیشنهاد می شود با توجه به خلأهای موجود آموزشی و کمبود مهارتهای مناسب رفتاری در حیطه بهداشت باروری ، علاوه بر استفاده از تبلیغات مناسب و به خصوص استفاده از رسانه های گروهی، افزایش دسترسی به رسانه های مکتوب و جذاب آموزشی و هماهنگی هر چه بیشتر بین خانواده ، کادر بهداشتی و معلمین در ارایه این آموزشها و جلوگیری از دوگانگی در آموزش مورد توجه قرار گیرد.

**واژگان کلیدی**: مـدرسه، بهـداشت باروری، بلوغ، ایدز، تنظیم خانواده، بحث متمرکز گروهیFGD

* آدرس: بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی، ص.پ ۳۶۳۱

** Focus Group Discussion

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

**مقدمه:**

مدرسه محل آموزش و زندگی افرادی آماده فراگیری و آینده ساز از جمعیت جهان است . محلی است منحصر به فرد که می توان در آن و از طریق آن مهارتها و شیوه های زندگی سالم را به افراد آموخت و از مشکلات رفاه و سلامت در حال و آینده پیشگیری کرد و بدین ترتیب بلندترین گامها را در راه نیل به سطوح هر چه بیشتر رفاه برداشت .

مطالعات انجام شده در سایر کشورها حتی در کشورهای توسعه یافته همچون آمریکا و بلژیک در رابطه با مسائل بهداشت باروری نیز نشانگر وجود نداشتن درکی کامل از آنچه باید آموزش داده شود می باشد و گروهها در این خصوص با نقصان اطلاعات مواجه بودند(۱۳-۱). مطالعه انجام شده در هند مشخص ساخت که آموزش دختران نوجوان از مسائل بهداشت ازدواج در جهت پرورش بهتر نسل آینده مهم خواهد بود(۴) .

مطالعه انجام شده در بین دانش آموزان ۱۸ _ ۱۲ ساله چینی نشان می دهد که کمبود اطلاعات مناسب از مسائل بلوغ وجود دارد(۷). همینطور بررسی انجام شده در جنوب هند نشان داد که بر خلاف توجه زیادی که به رسیدن به سن بلوغ می شود توجه بسیار کمی به حقایق بهداشت بلوغ و قاعدگی و آگاه نمودن نوجوانان در این خصوص می شود(۸).

در مطالعه ۶ دبیرستان عمومی شهر نیویورک در خصوص نگرش وا لدین دانش آموزان در مورد ایدز ، اکثر وا لدین از آموزش ایدز در مدرسه حمایت کردند ، و آن را به عنوان تهدید کننده نوجوانان تلقی نمودند (۱۳).

در گرانادا درک نوجوانان ۱۷ - ۱۰ ساله از خطر با لقوه فردی در مورد ایدز پایین بود و تماس اتفاقی را به عنوان یک راه ممکن انتقال بیماری مد نظر نداشتن(۱۴).

برای این که آموزشها بر اساس نیاز مخاطبین انجام گردد لازم است تا رویکرد مشتری مدار مد نظر قرار گرفته و دانش آموزان ، معلمین و والدین به عنوان مشتریان این آموزشها خود در ارتباط با نوع آموزش، محتوای آموزش و چگونگی ارائه آموزشها دخالت مؤثر نمایند .

از آنجا که در طرحهای پژوهشی معمول که به روش کمی انجام می گیرند ذهنیتهای محقق در پرسشنامه منعکس می گردد شاید به خوبی نتواند به عمق نگرشها و جزئیات افکار و اعتقادات مصاحبه شوندگان راه یابد . لذا ما برای دستیابی به مفاهیمی در خصوص بهداشت باروری از دیدگاه والدین ، معلمین ودانش آموزان ازروش پژوهش کیفی، به روش مصاحبه متمرکزگروهی (Focus Group Discussion ) استفاده کردیم .

**مواد و روشها :**

این مطالعه به صورت بررسی کیفی Qualitative Research از نوع مصاحبه گروهی FGDبر روی دانش آموزان ، معلمین و وا لدین دانش آموزان ، در شهر بوشهر انجام گردید.

جهت دانش آموزان دختر با معلمین زن و مادران مصاحبه صورت گرفت و جهت پسران دانش آموز با معلمین مرد و پدران مصاحبه انجام شد . در هر مصاحبه گروهی حداقل ۶ و حداکثر ۹ نفر شرکت داشتند . نمونه ها از میان دانش آموزان پسر و دختر و معلمین مرد و زن در مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهر بوشهر با مراجعه به مدارس انتخاب گردیدند . انتخاب وا لدین در مدارس راهنمایی و دبیرستان دخترانه با دعوت از وا لدین دانش آموزان انجام گردید . والدین مرد نیز با مراجعه به مساجد و ادارات از بین وا لدین دارای فرزند پسر در مقطع راهنمایی و دبیرستان انتخاب گردیدند. با توجه به وجود ۱۲ گروه مجموعاً ۲۴ مصاحبه (در هر گروه ۲ مصاحبه) انجام شد. در مجموع با ۶۴ دانش آموز، ۵۰ معلم و ۴۸ ولی (مجموعاً ۱۶۲ نفر) مصاحبه شد .

پرسشنامه راهنما که در قالب سؤالاتی متناسب با اهداف مطالعه طراحی شده بود در چند مصاحبه به عنوان پیش آزمون از نظر قابلیت اعتماد بودن سؤالات

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

Reliability و زمان انجام لازم برای طرح سؤالات و بحث بر روی آن بررسی شد . پرسشنامه راهنما بر اساس اهداف مختلف در زمینه آموزش بهداشت بلوغ ، آموزش تنظیم خانواده ، جمعیت ، آموزش بهداشت ازدواج و آموزش ایدز با کنکاش در مورد لزوم آموزش به دانش آموزان ، سن شروع برنامه های آموزشی و روشهای ارائه آموزش طرح ریزی شد (جدول ۱) . برای انجام هر مصاحبه بین ۳۰ : ۱ الی ۲ ساعت زمان صرف شد .

**جدول ۱ ) پرسشنامه راهنمای بحث متمرکز گروهی در خصوص بهداشت باروری در شهر بوشهر**

**اهداف** : تعیین دیدگاه والدین ، معلمین و دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان در زمینه :
الف ) آموزش بهداشت بلوغ
ب ) آموزش تنظیم خانواده و جمعیت
ج ) آموزش بهداشت ازدواج
د ) آموزش ایدز

**پرسشها :**
الف ) دلایل لزوم آموزش در زمینه های بهداشت باروری ( به تفکیک اهداف فوق الذکر ) را بیان کنید ؟
ب ) روشها و افراد موثر جهت آموزش مفاهیم بهداشت باروری را بیان کنید ؟
ج ) سن مناسب جهت آموزش مفاهیم بهداشت باروری کدام است ؟

## نتایج :

در طی مصاحبه که توسط هماهنگ کننده با استفاده از پرسشنامه راهنما انجام می شد یادداشت بردار نسبت به ثبت سخنان شرکت کنندگان اقدام می نمود . در هر مصاحبه از یک دستگاه ضبط صوت به منظور ضبط سخنان مصاحبه شوندگان استفاده شد .

تجزیه و تحلیل داده ها با حضور هماهنگ کننده گروه و یادداشت بردارتوسط رابطین فنی پژوهش ، راهگشایی می شد. یافته های حاصل از هر مصاحبه خلاصه شده و برای هر هدف اختصاصی نیز خلاصه نتایج تنظیم شد . در پایان خلاصه کلی که شامل تلفیق یافته های گروههای مختلف در ارتباط با اهداف اختصاصی مطالعه حاصل شده بود، توسط رابطین فنی تیم ذکر گردید .

**هدف اول : آموزش بهداشت بلوغ**

تمامی افـراد آموزش بهداشت بلوغ را به دلیل شرایط خاص دوران بلوغ و شروع بحرانهای روحی در این مقطع سنی ، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری نوجوانان و همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی صلاحیت در این امر لازم دانسته و به ارائه این آموزشها تأکید داشتند .

در این میان نگرانی پدران دانش آموزان قابل توجه بود و آنان تأکید داشتند که ارائه آموزشها باید محتاطانه و با توجه خاص به مسائل فرهنگی جامعه ما باشد تا از پرده دری جلوگیری شده و حریم ها رعایت شود .

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

اکثر افراد با آموزش بهداشت بلوغ قبل از شروع بلوغ موافق بودند و تأکید داشتند بسته به جنس در دخترها زودتر (حول و حوش ۱۰ ـ ۹ سالگی ) و در پسرها دیرتر (در دوره راهنمایی و حول و حوش ۱۵ ـ ۱۲ سالگی) آموزشها ارائه شود تا نوجوان از قبل با علائم و تغییرات دوران بلوغ آشنایی داشته باشد و با شروع بلوغ دچار ترس نشود و توانایی حل مشکلات خود را داشته باشد.

اکثر شرکت کنندگان افراد و روشهای مؤثر آموزش این مسائل را به ترتیب خانواده، کارشناسان بهداشتی و پزشکان ، جزوه ها و کتابهای بهداشتی ، رسانه های گروهی و کتابهای درسی ذکر کردند .

در این میان تأکید دختران دانش آموز بر نقش کلیدی مادر در این آموزشها جالب توجه بود .

**هدف دوم : آموزش تنظیم خانواده و جمعیت**

شرکت کنندگان در مصاحبه های گروهی بر این باور بودند که آموزش مسائل مربوط به جمعیت و تنظیم خانواده به دانش آموزان ضروری می باشد و دلایل خود را مسائلی چون افزایش بیکاری در جامعه ، کاهش دسترسی به مواد غذایی برای همه جامعه ، عدم امکانات کافی سوادآموزی، ایجاد مشکلات زیست محیطی و تخریب محیط با افزایش جمعیت ، کاهش منابع آب آشامیدنی در دسترس افراد ، کاهش مهر و محبت بین افراد در خانواده های شلوغ و پر دردسر ، آینده ساز بودن نوجوانان و اینکه آنان پدران و مادران آینده جامعه هستند و مشکلات بهداشتی در جامعه بدلیل ازدیاد جمعیت بر شمردند .

در این میان توجه دانش آموزان دختر به مسائل دیگری جالب توجه بود . آنان بیان داشتند که آموزش این مسائل می تواند باعث بهبود روابط عاطفی و تربیتی در خانواده ها و بهبود کیفیت زندگی زنان شود از طرف دیگر وقتی ما نوجوانان را با این مسائل آشنا می کنیم آنها هم با خانواده هایشان صحبت می کنند و آنان را آگاه می سازند و تا حدودی فرهنگ خانواده را بالا می برند .

معدودی از پدران دانش آموزان معتقد بودند آموزش دانش آموزان لازم نیست، بلکه باید والدین را آموزش دهید تا این مسائل را رعایت کنند و بر این باور بودند که آموزش مسائل جمعیت به دانش آموزان علاوه بر اینکه وقت دانش آموزان را می گیرد، تکرار هم هست چون در جامعه زیاد به آن پرداخته شده است و بیان کردند آموزشها باید در دانشگاهها ارائه شوند چون که در سنین دبیرستان فکر دانش آموزان را منحرف می کند .

گروهی از مادران نیز بر این اعتقاد بودند که در جامعه ای که مشکلات ناشی از افزایش جمعیت زیاد است بچه ها خودبخود یاد می گیرند و به آموزش آنان نیازی نیست.

اکثر گروهها معتقد بودند سن مناسب جهت آموزش این مسائل اواخر دوران دبیرستان و پس از آن می باشد چون نزدیک به سن ازدواج می باشد و در آن شرایط درک بهتری دارند . گرچه وقتی مسائل جمعیتی و تنظیم خانواده از هم تفکیک شود آموزش مسائل جمعیتی و مشکلات افزایش جمعیت در سنین پایین خالی از اشکال و بلکه لازم می باشد .

تعدادی نیز بر این باور بودند که سن آموزش بستگی به جنسیت دارد و باید به دختران در سنین پایینتر آموزش داد چرا که در سنین پایینتری ازدواج می کنند و یا در روستاها که دختران گاهی در سنین ۱۴ ـ ۱۳ سالگی ازدواج می کنند باید آگاه شده باشند .

دانش آموزان در مقاطع مختلف اطلاعات وسیع و جامع تری به نسبت والدینی که در مصاحبه شرکت کرده بودند داشتند . آگاهی دانش آموزان دختر دبیرستانی از نقش کلاسهای مشاوره قبل از ازدواج و اشاره به اهمیت آن حائز اهمیت می باشد .

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

**هدف سوم : آموزش بهداشت ازدواج**

قریب به اتفاق مصاحبه شوندگان به اهمیت و ضرورت آموزش مسائل مربوط به ازدواج اعتقاد داشتند و علت آن را آگاهی از نحوه برخورد صحیح با همسر ، آگاهی از رفتارهای زناشویی ، کسب آمادگی برای ورود به زندگی مشترک و اطلاع از معیارهای انتخاب همسر و آشنایی با مسئولیتهای مشترک در زندگی دانستند .

گرچه عده معدودی از معلمین دبیرستانهای دخترانه معتقد بودند بهتر است آموزشها داده نشود چرا که باعث کنجکاوی بچه ها می شود .

اکثر افراد سن مناسب آموزش بهداشت ازدواج را پایان دوره دبیرستان و سنین بالاتر می دانستند چون به سن ازدواج افراد نزدیکتر است .

دختران دانش آموز دبیرستانی معتقد بودند مسائل مربوط به روابط زناشویی باید در کلاسهای قبل از ازدواج آموزش داده شود گرچه عده ای از آنان پیشنهاد می کردند مادران آموزشها را دریافت کرده در زمان ازدواج به دختران خود انتقال دهند .

معلمین مدارس معتقد بودند استفاده از معلمین یا کارشناسان بهداشتی بهتر است تا بچه ها سؤالات خود را بتوانند به راحتی بپرسند و بیان کنند . به علت ایجاد حالت شرم و حیا در حضور والدین یا روحانیون بچه ها امکان طرح مسائل خود را پیدا نمی کنند .

**هدف چهارم : آموزش ایدز**

تمامی افراد شرکت کننده در مصاحبه ها معتقد به لزوم ارائه آموزشهای مربوط به ایدز به دانش آموزان بودند و علت آن را گسترش جهانی بیماری ایدز ، خطرناک بودن بیماری و لزوم آشنایی با نحوه انتقال و عوارض آن و وجود خطر ابتلا به این بیماری در جامعه از طرق مختلف ، درمان نداشتن بیماری و لزوم پیشگیری از آن و نیز پایین بودن آگاهی از این بیماری در کشورهای جهان سوم که باعث افزایش ابتلا به صورت ناخواسته می شود دانستند .

پدران معتقد بودند آموزش ایدز هم مثل بقیه آموزشها است و نباید محرمانه تلقی شود و آموزش باید شامل تمامی مسائل باشد . از سوی دیگر معلمین معتقد بودند نوجوانان لازم است تحت آموزشهای مداوم قرار گیرند چون در این سن احتمال روابط جنسی مشکوک وجود دارد همچنین باید قبول کنیم در جامعه ما این مسائل وجود دارد .

در مورد سن مناسب آموزش ایدز اکثر گروهها به سنین دوره راهنمایی به خاطر کنجکاوی بیشتر و شروع تمایلات جنسی در این سنین اشاره داشتند در حالیکه گروه کمتری نیز به سنین کودکی و دوره دبستان اشاره کردند و دلیل آن را بازی کودکان در کوچه ها و امکان آلودگی با وسایل تیز و برنده ای که در کوچه ها پیدا می کنند ( مثل تیغ یا سرنگ آلوده ) و نیز امکان انتقال از طریق آرایشگاهها ذکر کردند .

گروههای معدودی نیز سن مناسب را سنین دبیرستان می دانستند .

پدران سنین بالاتر و به خصوص دوران دبیرستان را سن مناسب آموزش ایدز به بچه ها می دانستند .

افراد و راههای مناسب آموزش ایدز از نظر گروهها، رسانه های گروهی به خصوص تلویزیون با پخش برنامه های آموزشی و فیلمهای داستانی درباره ایدز، معلمین ، والدین ، کارمندان مراکز بهداشتی درمانی و کتابهای درسی بود .

## بحث:

همانطور که از گفتمان گروهی در این پژوهش بر می آید گروههای مختلف والدین، دانش آموزان و معلمین بر لزوم آموزش مسائل بهداشت باروری در چهار

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

محور تنظیم خانواده، ازدواج، بلوغ و ایدز تاکید دارند. ولی روشهای متفاوتی را در هر مورد مطرح می نمایند.

در ارتباط با آموزش مسائل مربوط به جمعیت وتنظیم خانواده، گروهها دلایل مختلفی را همچون افزایش بیکاری، کاهش دسترسی به مواد غذایی، عدم امکانات تحصیلی، ایجاد مشکلات زیست محیطی، مشکلات بهداشتی درمانی وغیره در جهت لزوم آموزش این مسائل مطرح می کردند. علیرغم این مسئله درک کامل از آنچه باید آموزش داده شود وجود نداشت وگروهها در این خصوص با نقصان اطلاعات مواجه بودند ۰ مشابه این مسئله در مطالعات مختلف حتی در کشورهای توسعه یافته همچون آمریکا وبلژیک نیز مشاهده می شود(۱و۲). لذا تلاش در جهت رفع کمبود اطلاعاتی و ارائه اطلاعات صحیح و مناسب در سنین مختلف ضروری می باشد به نظر می رسد این آموزشها در از بین بردن افسانه ها و باورهای غلط نیز موثر می باشد(۱۱). در مطالعه ما اکثر گروهها به ترتیب کارشناسان بهداشتی ، معلمین و والدین را به عنوان بهترین افراد جهت انتقال مفاهیم تنظیم خانواده به دانش آموزان معرفی کرده اند در حالیکه در مطالعه دختران نوجوان ۱۸-۱۳ ساله آفریقایی – آمریکایی در خصوص آگاهی و استفاده از روشهای اورژانس پیشگیری از بارداری اکثر آنها اطلاعات خود را از طریق منابع مختلف ولی عمدتاً از طریق همسالان بدست آورده بودند(۱) .

در مطالعه دختران ۱۷ ساله مقاطع مختلف تحصیلی بلژیک آگاهی گروهها از عوارض کنتراسپتیوها و نحوه استفاده از قرصهای پیشگیری از بارداری ناکافی بود ومنبع عمده اطلاعات آنها همسالان بود آنان تمایل نداشتند با پزشک مدرسه در این خصوص صحبت کنند و برای اولین تجویز قرصهای پیشگیری از بارداری پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی را ترجیح می دادند(۲) .

دختران دانش آموز در مطالعه ما بیان داشتند که آموزش مسایل تنظـــیم خانواده می تواند باعث بهبود روابط عاطفی و ترتیبی در خانواده ها شده و سطح آگاهی خانواده ها را نیز بالاتر ببرد چون نوجوانان پس از آشنایی با این مسایل با خانواده هایشان صحبت می کنند و آنان را آگاه می سازند۰

از طرف دیگر آموزش مسایل مربوط به ازدواج ، نحوه برخورد صحیح با همسر و آگاهی از رفتارهای آمیزشی و آشنایی با مسئولیتهای مشترک در زندگی مورد تأیید قریب به اتفاق مصاحبه شوندگان بوده، گرچه معدودی از معلمین دبیرستانهای دخترانه معتقد بودند عدم ارائه آموزش بهتر است تا کنجکاوی بچه ها بی مورد تحریک نشود. بطور مشابهی از سایر مطالعات نیز بر لزوم این آموزش تاکید شده است بطور مثال در بررسی انجام شده در هند مشخص شد که بیش از یک چهارم دختران در سن ۱۵ سالگی و بیش از نیمی از آنان در سن ۱۸ سالگی ازدواج کرده اند، لذا در حالی که آنان سنین نوجوانی خود را طی می کنند به سمت پذیرش نقش بالغین و ایفای مسئولیت زندگی سوق داده می شوند بنابراین آموزش دختران نوجوان در جهت پرورش بهتر نسل آینده مهم خواهد بود(۴).

همین طور مطالعه انجام شده در اوگاندا نشان داد که نیمی از جمعیت زنان در سن ۱۸ سالگی مادر شده اند شیوع بالای عوارض منفی عدم رعایت مسایل بهداشتی و رفتارهای خطرناک جنسی در آنان به عدم آموزش کافی آنان نسبت داده می شود(۵).

در رواندا نیز مصاحبه های گروهی انجام شده با افراد ۳۵- ۱۵ سال نشان داد که بسیاری زنان جوان آن چنان تحت فشار مفاهیم متناقضی از عفت ، فرمانبرداری و عشق هستند که نمی توانند به رابطه جنسی " بله " یا " خیر بگویند(۶).

در مورد بهداشت بلوغ شرکت کنندگان در گروههای مختلف معتقد بودند بدلیل شرایط خاص دوران بلوغ وشروع بحرانهای روحی به منظور کسب آمادگی مقابله با این بحرانها وکاهش ترس حاصل از آن و جهت

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

جلوگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی صلاحیت ، آموزش مسایل بلوغ ضروری می باشد.

در این میان توجه به گفته یکی از پدران در خصوص تغییرات ظاهری ایجاد شده در چهره خود در زمان بلوغ وایجاد ترس وخانه نشینی بدنبال آن جالب توجه بوده و حاکی از نقصان اطلاعات مناسب از صفات ثانویه جنسی می باشد.

مطالعه انجام شده در بین دانش آموزان ۱۸-۱۲ ساله چین نیز نشان می دهد که کمبود اطلاعات مناسب از مسایل بلوغ وجود دارد به نحوی که ۴۶٪ آنان از صفات ثانویه جنسی اطلاعی نداشتند و ۴۹٪ سن قاعدگی دختران را نمی دانستند۰ همچنین فقط ۳۴٪ آنان می دانستند محتلم شدن شبانه پسران (۲-۱ بار در هفته) طبیعی است(۷).

از سوی دیگر، بررسی انجام شده در جنوب هند نشان داد که بر خلاف توجه زیادی که به رسیدن به سن بلوغ می شود، توجه بسیار کمی به حقایق بهداشت بلوغ و قاعدگی و آگاه نمودن نوجوانان در این خصوص می شود و اکثر آموزشها در زمان بلوغ به چگونگی حرکات ورفتارهای نوجوانان پس از بلوغ محدود می شود و به آموزش رفتارهای بهداشتی درخصوص قاعدگی، فیزیولوژی دستگاه تولید مثل ،عفونتهای دستگاه تناسلی و STD ها توجه نمی شود(۸).

همچنین در سری لانکا وا لدین در این خصوص با فرزندانشان صبحت نمی کنند لذا اطلاعات نوجوانان در خصوص قاعدگی، بکارت، حاملگی وجنسیت محدود و ناکافی می باشد(۹).

اکثر شرکت کنندگان نقش خانواده، کارشناسان بهداشتی و پزشکان ، جزوه ها وکتابهای بهداشتی ، رسانه های گروهی وکتابهای درسی را در انتقال مفاهیم بهداشت بلوغ به نوجوانان پر رنگ می دانستند این در حالی است که این نقش عمدتاً به عهده والدین در آمریکا و آرژانتین، همسالان در کنیا و نیجریه، دوستان و وسایل ارتباط جمعی در بورکینا فاسو می باشد(۳ و ۱۲-۱۰).

نکته بسیار مهم، نتیجه مطالعه بوینس آیرس بود . در این مطالعه بررسی ۹۰ زن از سطوح پایین اجتماعی_ اقتصادی جامعه که دختر ۱۸-۱۵ ساله داشتند نشان داد مادرانی که از نفوذ خویش برای سرکوب تمایلات جنسی دختران خود استفاده می کردند، در به تاخیر انداختن فعالیت جنسی دخترانشان موفق بودند ولی این دختران درقبال نحوه پیشگیری از حاملگی یا بیماریهای جنسی (اگر فعالیت جنسی داشتند) بی حفاظ وناآگاه مانده وآسیب پذیر بودند(۱۱). ایدز نیز موضوعی بود که مورد توجه گروهها بود و بر لزوم آموزش آن به دانش آموزان تاکید داشتند . گسترس وسیع جهانی این بیماری، خطرناک بودن آن، عدم وجود درمان و آگاهی ناکافی در کشورهای جهان سوم که باعث افزایش ابتلاء به صورت ناخواسته می شود به عنوان دلایل لزوم آموزش مورد تاکید گروهها قرار گرفت. در مطالعه ۶ دبیرستان عمومی شهر نیویورک در خصوص نگرش والدین دانش آموزان در مورد ایدز ، اکثر والدین از آموزش ایدز در مدرسه حمایت کردند. آنها ایدز را به عنوان تهدید کننده نوجوانان تلقی کرده و بیان کردند نوجوانانی که از نظر جنسی فعال هستند ایدز را به عنوان یک تهدید جدی بخوبی نمی شناسند. والدین احساس پوچی وسرخوردگی در نوجوانان و همچنین احساس خود برتربینی و شکست ناپذیری آنان را به عنوان مانع عمده درک خطر واقعی ایدز تلقی می کردند و اعتقاد داشتند مرگ یکی از اعضای خانواده در اثر ایدز است که نوجوانان را از خواب غفلت بیرون آورده و خطر این بیماری را برای آنان مشهود می سازد آنان به استفاده منظم نوجوانان از کاندوم جهت حفاظت از بیماری به شدت علاقمند بوده و معتقد بودند مدارس می توانند در تاکید بر آنچه بچه ها در خانه می آموزند موثر باشند(۱۳).

مطالعه نیجریه درخصوص دانش، نگرش و رفتار دانش آموزان دبیرستانی در این مورد نیز نقص در

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

آگاهیها را نشان داده است ۰ آنان از بیماری بدلیل مرگ آور بودن می ترسیدند اما در مورد علت بیماری ، راههای انتقال و پیشگیری از آن مطمئن نبودند . نگرش و رفتارهای این دانش آموزان نیز حاکی از ضعف اطلاعاتی آنان بود(۳).

در گرانادا نوجوانان ۱۷-۱۰ ساله رابطه بین HIV و ایدز را بخوبی درک نمی کردند و درک آنها از خطر بالقوه فردی پایین بود و تماس اتفاقی را به عنوان یک راه ممکن انتقال بیماری مد نظر نداشتند(۱۴).

در بورکینافاسو والدین اغلب نمی دانستند چگونه مسایل جنسی را با فرزندانشان مطرح کنند و غالباً مطرح نمی کردند و آموزش ایدز و STD ناکارآ بود(۱۲).

به نظر می رسد در ارائه این آموزشها نقش والدین و مدرسه بسیار مهم و مکمل هم می باشد و همکاری این دو با هم می تواند هم از مخالفت با آموزشها کاسته ، نگرانی ها را کمتر نموده و هم آموزشها را موثرتر نماید . چنانکه در مطالعه نیویورک مخالفت شدید تعدادی از والدین با برنامه آموزش ایدز و ارائه کاندوم به دانش آموزان در مدارس بیشتر به خاطر عدم درگیری والدین در برنامه و نگرانی آنان از عدم رعایت مسایل اخلاقی بود . در حالیکه پس از آشنایی والدین با برنامه از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی در مدارس آنان توانستند با فرزندانشان بهتر رابطه برقرار کنند و همچنین نگرانی آنان از اینکه ارائه کاندوم باعث تشویق رابطه جنسی می شود کاهش یافت آنان با فرزندان خود راجع به ایدز و روابط جنسی و استفاده از کاندوم صحبت کردند وبه این وسیله به یاری آنان شتافتند(۱۳).

با توجه به اینکه در این مطالعه معلمین معتقد بودند روابط جنسی مشکوک در بین نوجوانان وجود دارد به نظر می رسد مدارس باید آموزش هایی مناسب سن دانش آموزان در خصوص مسایل جنسی به آنان ارائه دهند به نحوی که مسئولیت پذیری نوجوانان را افزایش دهند این آموزش از یکسو باید شامل تاکید بر پرهیزگاری و تقویت خویشتن داری بوده و از دیگر سو بر استفاده از کنتراسپتیوها وپیشگیری از HIV و STD تاکید داشته باشد . این مسئله در مطالعه NARAL Foundation مورد تاکید قرار گرفته است(۱۰).

در آفریقای جنوبی، اوگاندا و هند، در سنین حدود ۱۵ سالگی اولین تجربه جنسی رخ داده است و در آمریکا شیوع روابط جنسی و حاملگی نوجوانان ومیزان STD و عفونت با HIV بحران بهداشت باوری نوجوانان رابوجود آورده است(۵،۴و۱۰).

از طرف دیگر تغیرات اجتماعی و اقتصادی و رفع بحرانهای اجتماعی همچون جنگ نشان داده است که یا نیاز نوجوانان وجوانان به دانستن مسایل جنسی و راههای حفاظت
فردی بیشتر شده است و یا این نیاز بیشتر مطرح می شود(۱۵).

**با توجه به موارد فوق پیشنهاد می شود در جهت آموزش مسایل بهداشت باروری به نوجوانان :**

- تبلیغات مناسب و به خصوص استفاده از صدا و سیما و مطبوعات و برگزاری نمایش های خیابانی در مناطق شهری و روستایی[تجربه بورکینافاسو حاکی از موفقیت این مسئله بوده به نحوی که بدنبال پخش این برنامه ها والدین فرصت مناسبی برای بحث مسایل جنسی با فرزندان یافته اند(۱۲)].
- افزایش دسترسی به رسانه های مکتوب و جذاب آموزشی به ویژه برای افراد خجالتی وکمرو و پرهیز از تبلیغات کلی گو و ارائه اطلاعات دقیق و صحیح به نوجوانان
- هماهنگی هر چه بیشتر بین خانواده ، کادر بهداشتی درمانی ومعلمین در ارائه این آموزشها و جلوگیری از دو گانگی در آموزش با برگزاری کارگاههای آموزشی در خصوص مفاهیم بهداشت باروی و

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

آموزش مهارتهای ارتباطی به والدین و معلمین(۱۱و۱۳).

- ایجاد اتاق مشاوره بهداشت در مدارس و حضور مشاور مطلع از مسائل بهداشت باروری
- برگزاری همایشهای علمی دانش آموزی و انجام فعالیتهای تحقیقاتی با محوریت مسایل بهداشت باروری در مدارس
- آشنایی بیشتر پزشکان وکارکنان بهداشتی درمانی با نیازها و مشکلات سلامتی نوجوانان و برخورد احترام آمیز وپرهیز از پیشداوری یا تحقیر آنان به منظور غلبه بر شرم عمومی نوجوانان در صورت وجود مشکلات سلامتی همچونSTD(۱۲).
- گنجاندن مفاهیم بهداشت باروری در کتب درسی تاکید بر جنبه های اخلاقی و ارتقای روح معنویت در دانش آموزان همراه با آموزش مسایل بهداشتی(۱۵،۱۰و۱۶).
- استفاده از سازمانهای غیر دولتی NGO ها و صحبت با نوجوانان وجوانان در باشگاههای ورزشی و انجمنهای فرهنگی _ هنری (تجربه انجمن تنظیم خانواده در ایران )(۱۷و۱۸).

**با تشکر از :**

آقای دکتر غلامرضا حیدری معاونت محترم امور بهداشتی بوشهر و همکاران عزیز حوزه معاونت بهداشتی آقایان مهندس رضا برغندان ، دکتر کامبیز اسدی، دکتر محمد مهدی خواجه ئیان ، دکتر حمید رضا صبوری، مهندس فرامرز کشکولی، مهندس غلامرضا کهن، حمید رضا رصافیانی، کورش نخعی و خانمها دکتر زهرا خسروی زادگان، فریبا ریاحی، شهلا یزدانی، زهرا قائدمحمدی، مرضیه عطاءالهی، صغری حیدری، فاطمه برنجن، آسیه احمدزاده که در اجرای طرح ما را یاری نمودند .

همچنین کارشناس محترم تغذیه و بهداشت مدارس سازمان آموزش و پرورش بوشهر آقای جعفر عرب و مدیران محترم مدارس همکار طرح آقایان دباش، رنجبر و خانمها دشتی، احمدزاده، بلادی، آبشار، اعرابی که بدون همکاری این عزیزان اجرای طرح میسر نبود .

این طرح با حمایت مالی صندوق جمعیت ملل متحد در راستای پروژه تقویت بهداشت باروری انجام شد که جا دارد از همه مسئولین ذیربط قدردانی نماییم .

## REFERENCES:

1. Olsen CL, Santarsiero EC, Spatz D. Qualitative analysis of African-American adolescent females' beliefs about emergency contraceptive pills. J Pediatr Adolescent Gynecol 2002; 15: 285-92.
2. Peremans L, Hermann I, Avonts D, et al. Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. Patient Educ Counsel 2000;40:133-41.
3. Barker GK, Rich S. Peer interaction and traditional and modern influences on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: Findings from recent focus group discussions.1992,30.
www.infoforhealth.org/pr/j41/j41bib.shtml.
4. Sebastian MP, Huntington D. Empowerment of adolescent girls through reproductive health education and livelihoods training. [Unpublished] 2002. Presented at the 25th Annual Conference of the Indian Association for the Study of Population, International Institute for Population Sciences, Mumbai, India, February 11-13, 2002.
5. Matatu S, Njau W, Yumkella F . To reach the youth: creating adolescent-friendly reproductive health services in Uganda. PRIME II Dispatch 2001;1:1-11.
6. Shears KH. Contradictory messages put young women at risk. Network 2002;21:14-18
7. Qi Y, Tang W. Needs of Chinese youths for reproductive health. China populToday 2000;17:11-3.
8. Narayan KA, Srinivasa DK, Pelto PJ, et al. Puberty rituals, Reproductive knowledge and health of adolescent schoolgirls in south India. Asia-Pacific Popul J 2001;16:225-38.
9. Boekel A . Climate of denial leaves young people in the dark, Sri Lanka. Real Lives 2002;7:36-9.

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]

10. NARAL Foundation . The need for responsible sex education. 2002 . http://www.naral.org/facts/responsible_sexed.cfm.
11. Geldstein RN, Dominguez GI, Delpino N. [Reproductive health of female adolescents looking into the mirror: speech and behaviors of mothers and daughters] La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas. " In: Reproduccion, salud y sexualidad en America Latina, edited by Edith Alejandra Pantelides, Sarah Bott. Buenos Aires, Argentina, Editorial Biblos, 2000, 205-27.
12. Manhart L, Ouoba N, Yaro Y. [Study on reproductive health among adolescents in the Sahel. Results of focus groups and individual interviews. The case of Burkina Faso] Etude sur la sante reproductive chez les adolescents dans le Sahel. Resultats des "focus groups", des interviews individuelles. Le cas du Burkina Faso. Bamako, Mali, Institut du Sahel, Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Developpement [CERPOD], 1995,45.
13. Rafferty Y, Radosh A . Attitudes about AIDS education and condom availability among parents of high school students in New York City: a focus group approach. AIDS Educ Prevent 1997; 9:14-30.
14. Academy for Educational Development [AED]. AIDS Public Health Communication Project [AIDSCOM] . " Youth and AIDS focus group research, St. Vincent and the Grenadines. A report on findings. 1991. http://www.aed.org/cgi-bin/at-aedsearch.cgi.
15. El-Kak FH, Soweid RA, Taljeh C, et al. High school students in postwar Lebanon: attitudes, information sources, and perceived needs related to sexual and reproductive health. J of Adolescent Health 2001; 29:153-5.
16. Nwokocha AR, Nwakoby BA. Knowledge, attitude, and behavior of secondary (high) school students concerning HIV / AIDS in Enugu, Nigeria, in the year 2000. J of Pediatr Adolescent Gynecol. 2002;15:93-96.
17. Hossain S . Youth learning from youth. Bangladesh. Real Lives. 2002 ;7:46-8.
18. Shirafkan Z . Breaking new ground, Iran. Real Lives 2002;7:49-51.

[ Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-31 ]