

بررسی نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۱ ساله درباره سلامت جنسی

پژوهشگران: پورانذخت افشاری^۱، سیده زهرا پژوهیده^{۲*}، حمیده یزدی زاده^۱،

سلماز محمدی^۱، حامد تابش^۳

(۱) گروه مامایی (آموزش مامایی)، مربی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

(۲) گروه مامایی (آموزش مامایی)، مربی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

(۳) آمار زیستی، استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۱

چکیده

مقدمه: نوجوانان (به ویژه دختران) که دوران بلوغ را سپری می کنند از افشار آسیب پذیری هستند که به نیازهای جنسی آن‌ها توجه کمی شده است.

هدف: این تحقیق با هدف تعیین نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۱ ساله شهر دزفول درباره سلامت جنسی انجام شده است.

روش کار: این تحقیق در سال ۱۳۹۱ به صورت مقطعی بر روی ۸۱۰ دختر مقطع راهنمایی ۱۱ تا ۱۴ سال شهر دزفول انجام شد. افراد به شکل طبقه‌ای- خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته، شامل ۱۴ سوال دموگرافیک و ۴۶ سوال در چهار حیطه بلوغ، قاعدگی، روابط جنسی و تولیدمثل بود که بر اساس مقالات و منابع مورد بررسی، تنظیم گردید. جهت آنالیز داده‌های کمی و کیفی از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و کروسکال والیس استفاده شد.

نتایج: آگاهی دختران در زمینه بلوغ، قاعدگی و تولیدمثل در سطح ضعیف بود. نیاز به دریافت اطلاعات در مورد اصول بهداشتی دوران بلوغ (شستشوی لباس زیر با صابون، زدودن موهای زائد) و قاعدگی (سن منارک- منشاء خون قاعدگی- درد قاعدگی) به ترتیب ۹۵/۷ و ۹۷/۵ درصد بود. بیشترین منبع دریافت اطلاعات در مورد بلوغ (۵۱/۱٪) و قاعدگی (۵۴/۲٪) مادر، روابط جنسی (۴۲/۵٪) دوستان و تولیدمثل (۳۲/۱٪) خواهر بود. بین سطح تحصیلات مادر با سطح نیاز به دریافت اطلاعات در زمینه بلوغ، قاعدگی و تولیدمثل با استفاده از آزمون آماری مجذورکای، ارتباط معناداری ($P < 0/05$) وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به میزان نیاز واحدهای پژوهش برای دریافت اطلاعات در زمینه سلامت جنسی و نقش مادران بعنوان مهمترین منبع انتقال اطلاعات به دختران، رویکردهای آموزشی مبتنی بر مردم (آموزش خانواده‌ها از طریق رابطین بهداشتی) بهترین راه حل محسوب می‌شود.

کلیدواژه: بهداشت باروری، نوجوان، آموزش و پرورش

مقدمه

حدود ۱/۵ میلیارد نفر در جهان تا سال ۲۰۰۹ در محدوده سنی بین ۱۰ تا ۲۵ سال قرار داشتند(۵)، بر اساس آمارهای ارائه شده توسط مرکز آمار ایران، از تعداد کل تقریباً ۷۰ میلیون نفر جمعیت کشور بیش از ۲۰ درصد را نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ سال و بالغ بر نیمی از جمعیت را افراد زیر ۲۵ سال تشکیل می‌دهند(۶).

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

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، نوجوانی به گروه سنی ۱۹-۱۰ سال اطلاق می‌شود(۱). این دوران از بهترین و ارزشمندترین سالهای زندگی هر فرد است زیرا سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است و دورانی بحرانی است که بلوغ در آن اتفاق می‌افتد(۲). بلوغ دوره انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی است و زمان کسب قدرت باروری است(۳). از نظر آماری نزدیک به نیمی از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند(۱). در ایران نیز براساس آخرین سرشماری انجام شده، نه درصد از جمعیت کشور یعنی حدود ۱۵ میلیون نفر را نوجوانان تشکیل می‌دهند(۴).

شد. به منظور انجام این پژوهش ابتدا شهر به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی تقسیم‌بندی (نمونه گیری طبقه‌ای) و سپس متناسب با جمعیت هر منطقه به طور تصادفی، تعدادی خوشه (مدرسه) از هر منطقه انتخاب شد، به طوری که از ۲۱ مدرسه دولتی و سه مدرسه غیرانتفاعی راهنمایی موجود به صورت تصادفی دو مدرسه راهنمایی از مناطق شمال، مرکز، غرب، جنوب و یک مدرسه از شرق شهر انتخاب شد. در بررسی اولیه جامعه مورد بررسی مشخص شد تعداد دانش‌آموزان مقطع راهنمایی در کلاس اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۷۸۲، ۲۷۸۵ نفر است، حجم نمونه بدلیل نوع مطالعه پایه جمعیت (population base)، ۱۰ درصد جامعه تعیین گردید، که با محاسبه ۱۰ درصد دانش‌آموزان در هر مقطع، عدد ۲۷۰ نفر بدست آمد و در مجموع ۸۱۰ نفر بعنوان حجم نمونه انتخاب گردید.

پس از تأیید اعتبار محتوایی پرسشنامه توسط ده تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، با مطالعه ابتدایی (pilot) بر روی ۴۶ دانش‌آموز دختر مقطع راهنمایی (مشابه گروه هدف)، پایایی پرسشنامه با آلفا کرونباخ ۰/۸۱ تعیین شد. این پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر دو بخش بود، بخش اول حاوی ۱۴ سوال مربوط به اطلاعات دموگرافیک و خانوادگی و بخش دوم شامل ۴۶ سوال در ۴ حیطة بلوغ (۱۵ سوال)، قاعدگی (۱۵ سوال)، روابط جنسی (۸ سوال)، تولیدمثل (۱۱ سوال) بود.

پس از کسب تأیید حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه با کد اخلاق ETH-580 و اجازه از آموزش و پرورش شهر دزفول و مدیران مدارس و بیان اهداف انجام پژوهش، گردآوری داده‌ها آغاز گردید. زمان تکمیل پرسشنامه برای افراد با هماهنگی آنان به منظور گرفتن ساعاتی که به برگزاری دروس دانش‌آموزان لطمه‌ای وارد نشود، در نظر گرفته شد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از والدین و دانش‌آموزان برای شرکت در تحقیق، با اطمینان‌بخشی به دانش‌آموزان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات نزد محقق و عدم لزوم ذکر نام، پرسشنامه جهت

ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن، حاملگی زودرس، سوء مصرف مواد، مسائل مربوط به سلامت فردی، بهداشتی، تغذیه و ورزش هستند (۷). بعلاوه با کاهش سن بلوغ در دختران، خطرات بیشتری آنها را تهدید می‌کند، در واقع با شروع زمان بلوغ و بعد از آن، دختران در معرض مسائل جسمی - روانی متعددی مانند سوء تغذیه، فقر آهن، ابتلا به عفونتهای دستگاه تناسلی - ادراری، عفونتهای منتقله از راه جنسی، سندرم پیش از قاعدگی، سقط، حاملگی در سنین کم، زایمان و غیره قرار دارند (۸). امروزه در دنیا، سلامت نوجوانان به عنوان موضوعی مستقل و مهم مطرح شده است (۹).

این امر، خصوصاً از کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (Population International Conference and Development) در سال ۱۹۹۴ به بعد مورد تأکید ویژه‌ای قرار گرفته است (۱۰). سازمان بهداشت جهانی نیازهای آموزشی زنان و دختران نوجوان را به ویژه در زمینه بهداشت و سلامت به عنوان یک اولویت مشخص کرده است (۱۱).

بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات، میزان آگاهی بسیاری از دختران ایرانی در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی پایین می‌باشد و دانش آنان سطحی و ناقص است (۱۲). با توجه به مسائل ذکر شده و اهمیت این دوران در زندگی آینده و شروع تغییرات جسمی، روحی و جنسی، محققین بر آن شدند تا پژوهشی با هدف تعیین نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۱ سال شهرستان دزفول درباره سلامت جنسی اجرا کنند تا گامی در جهت اعتلای سطح دانش و فرهنگ مادران و زنان آینده کشورمان برداشته شده و مسئولین بهداشتی را در تدوین برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقاء سطح آگاهی دختران در رابطه با موضوعات مربوط به هویت و مسائل جنسی یاری نماید.

روش کار

این تحقیق مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی بر روی ۸۱۰ دختر مقطع راهنمایی ۱۱ تا ۱۴ سال به صورت نمونه گیری طبقه‌ای - خوشه‌ای در شهرستان دزفول انجام

قاعدگی و بین سطح تحصیلات مادر ($p=0/006$) با آگاهی در زمینه تولید مثل نشان داد. بیشترین فراوانی شغل پدران و مادران به ترتیب شغل آزاد (۴۳٪) و خانه‌دار (۸۹/۳٪) بود.

بدلیل نرمال نبودن سن دختران دانش‌آموز، در گروه آگاهی از بلوغ و قاعدگی از آزمون کروسکال والیس استفاده شد که مؤید ارتباط معنی‌دار بین این دو متغیر بود (جدول شماره ۲).

این مطالعه نشان داد میزان آگاهی دختران مقطع راهنمایی در مورد بلوغ، قاعدگی و تولید مثل ضعیف و کمتر از ۵۰ درصد بوده است (جدول شماره ۳)، به طوری که بیشترین نیاز مربوط به دریافت اطلاعات در مورد آناتومی دستگاه تناسلی داخلی بود. به طوری که اطلاعات واحدهای مورد پژوهش در مورد آناتومی دستگاه تناسلی فقط ۲/۵ درصد بود و ۲۳/۸ درصد محل آزاد شدن تخمک را رحم و ۱۷/۵ درصد تخمدان می‌دانستند. نیاز به دریافت اطلاعات در زمینه اصول بهداشتی این دوران (شستشوی لباس زیر با صابون، زودن موهای زائد و...)، اصول تغذیه‌ای و تغییرات دوران بلوغ به ترتیب ۹۵، ۸۴ و ۲۰ درصد بود. بیشترین اطلاعات واحدها در مورد تغییرات دوران بلوغ مربوط به رشد موهای زیر بغل (۷۷/۲٪)، جوانه زدن پستانها (۷۶/۵٪) و رشد قدی (۸۰/۱٪) بود.

همچنین میزان دانش آنها درباره سن منارک در ۳۲/۱ درصد موارد، فاصله بین قاعدگی ۴۱/۶ درصد، منشأ خونریزی قاعدگی ۱۸/۶ درصد، علت درد قاعدگی ۳۰/۱ درصد، سندرم پیش از قاعدگی ۲ درصد (۵۷/۹) درصد درد زیر دل را شاخص‌ترین علامت و ۱۵/۶ درصد تهوع را کمترین علامت می‌دانستند، اصول بهداشتی دوران قاعدگی در ۲/۵ درصد موارد خوب بود. در مورد نحوه صحیح طهارت دستگاه تناسلی که اهمیت زیادی در پیشگیری از بیماری‌های ژینکولوژیک دارد، فقط ۴۷/۷ درصد دختران آگاهی داشتند.

۲۷ درصد دختران تعریف درستی درباره روابط جنسی داشتند و فقط ۱۴/۲ درصد بیان کردند که در هر زمان از سیکل قاعدگی احتمال بارداری وجود دارد. فقط

تکمیل به دانش‌آموزان ارائه گردید و این حق به آنان داده شد که در صورت عدم تمایل از پژوهش کناره‌گیری نمایند. جهت نمره‌دهی پرسشنامه، به دلیل متفاوت بودن ساختار سؤالات یعنی وجود یک یا چند گزینه صحیح برای بعضی از سؤالات، به منظور حفظ وزن پاسخ‌ها یک مضرب مشترک از جواب صحیح سؤالات گرفته شد که این عدد یعنی ۴۲۰ کوچکترین مضرب مشترک کلیه سؤالات پرسشنامه بود، بنابراین در هر حیطة حاصل جمع امتیازهای هر فرد از سؤالات مربوط به آن حیطة بدست آمد و این عدد بر ۴۶۲۰ (۱۱ سوال هر حیطة ضربدر ۴۲۰ امتیاز هر سوال) تقسیم شد که نتیجه حاصل عددی بین ۰ تا ۱ بود و فاصله بین ۰ تا ۱ را به سه تقسیم شد و میزان آگاهی و نیاز به دست آمده به صورت زیر دسته بندی شد. افرادی که در هر حیطة، نمره کمتر از ۵۰ درصد، بین ۷۵ - ۵۰ درصد و بیشتر از ۷۵ درصد نمره را کسب کردند به ترتیب دارای آگاهی ضعیف، متوسط و خوب بودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ منتقل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های کروسکال والیس و مجذور کای انجام شد. نرمال بودن سن دانش‌آموزان در گروه‌های آگاهی از بلوغ و گروه آگاهی از قاعدگی با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف بررسی شد و در هر دو مورد این متغیر نرمال نبود ($P < 0/05$).

نتایج:

در این پژوهش ۸۱۰ دانش‌آموز دختر مقطع راهنمایی مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی آنها $13/42 \pm 0/95$ بود، از ۸۱۰ دانش‌آموز ۸۸/۱ درصد در شهر سکونت داشتند. ۵۹/۱ درصد فرزندان اول و دوم خانواده بودند. میانگین سن قاعدگی آنان $12/58 \pm 1/09$ بود. سایر مشخصات فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

انجام آزمون مجذور کای ارتباط معنادار آماری بین سطح تحصیلات والدین (پدر $p=0/04$ - مادر $p=0/001$) با آگاهی در زمینه بلوغ، بین سن پدر ($p=0/03$) و تحصیلات مادر ($p=0/001$) با سطح آگاهی در زمینه

است، همخوانی دارد (۱۵). همچنین آمارهای رسمی منتشر شده از ایران نشان می دهد، ۹۰ درصد مشکلات زناشویی از ضعف دانش در مورد مسائل جنسی ناشی می شود (۱۶). از طرفی در این مطالعه بیشترین نیاز احساس شده توسط دختران به روابط جنسی و قاعدگی تعلق داشت. در بیشتر مطالعات در زمینه آموزش بهداشت باروری و جنسی، آموزش جنسی جزء اولین اولویت ها بود، به طوری که در مطالعه نوحی جوانان دادن آموزش در زمینه روابط جنسی را ضروری می دانستند (۱۷) یافته های مطالعه حاضر با این نتیجه همخوانی دارد.

در این تحقیق کاندوم شناخته شده ترین وسیله پیشگیری از بارداری در میان واحدهای پژوهش بود که با نتایج بهرامی همخوانی دارد (۱۸).

در این پژوهش میزان آگاهی دختران نوجوان در مورد بیماری های منتقله جنسی در حد پایینی قرار دارد و ایدز شناخته شده ترین بیماری مقاربتی در میان نوجوانان مورد بررسی بود در حالی که در مطالعه Adeokun میزان آگاهی در مورد بیماری منتقله جنسی ۵۴/۱ و تنظیم خانواده ۷۴/۱ درصد بوده است (۱۹).

ممکن است دلیل این اختلاف از متفاوت بودن فرهنگها در دو جامعه مورد مطالعه و بیان راحت تر این مسائل در جوامع غربی باشد. به طور کلی علی رغم بهبود آگاهی نوجوانان در مورد بیماری های منتقله جنسی، نیاز به دریافت اطلاعات نسبت به ایدز و سایر بیماریهای مقاربتی همچنان به قوت خود باقیست.

بعلاوه بین سطح سواد والدین با آگاهی در زمینه بلوغ، قاعدگی و تولیدمثل ارتباط معناداری وجود داشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سطح سواد والدین میزان آگاهی دختران نوجوان در حیطه های مختلف بهداشت جنسی افزایش می یابد که با نتایج مطالعه مشکی و همکاران همخوانی دارد (۲۰) و آنچه مسلم است بالا بودن سطح دانش و اطلاعات والدین می تواند بر طرز تفکر و ادراک و نگرش فرزندان تأثیر بگذارد. نگرش مثبت و مبتنی بر واقعیت نسبت به موضوعات جنسی دیدگاه مثبت را در کودکان ارتقا می بخشد (۲۱) احتمالاً طرز رفتار والدین

۰/۱ دختران از تمام روش های پیشگیری اطلاع داشتند و ۲۹ درصد آنها در مورد کاندوم آگاهی داشتند که از سایر روشها بیشتر بود. ۴۱ درصد دختران معتقد بودند که زنان به تنهایی در پیشگیری از بارداری نقش دارند. همچنین ۱۴/۲ درصد در مورد راههای انتقال بیماریهای جنسی و ۰/۵ درصد در مورد راههای پیشگیری از این نوع بیماریها اطلاع داشتند.

در مورد منبع دریافت اطلاعات دختران در مورد بلوغ (۵۱/۱٪) و قاعدگی (۵۴/۲٪) مادر، در مورد روابط جنسی، دوستان (۴۲/۵٪) و در مورد تولیدمثل خواهر (۳۲/۱٪) بود. ۱۶/۵ درصد دختران در مورد ایدز به عنوان آشناترین بیماری قابل انتقال جنسی اطلاع داشتند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد میزان نیاز دختران نوجوان برای دریافت اطلاعات در مقطع مورد بررسی در زمینه سلامت جنسی (بلوغ، قاعدگی، روابط جنسی و بیماریهای منتقله جنسی) بسیار زیاد می باشد به طوری که اکثریت آنها در طی مدت قاعدگی، کم تر از حد معمول استحمام کرده و دستگاه تناسلی خود را شستشو می دادند و همچنین آنان با علائم سندرم پیش از قاعدگی، اختلالات جسمی و روحی قبل از شروع عادت ماهیانه، آشنایی نداشتند که با نتایج مطالعه دبیری همخوانی دارد (۱۲) این امر می تواند ناشی از اطلاعات ناقص و یا باورهای منفی نسبت به بلوغ و قاعدگی، بی میلی والدین و یا معلمان از مطلع کردن نوجوانان از این اطلاعات باشد. مادران بیشتر تمایل دارند، دخترانشان نسبت به مسائل تولیدمثل ناآگاه باشند و گاه "از این مسائل به عنوان موضوعات ناخوشایند، ناپاک و شرم آور یاد می کنند، علی رغم تمایل دختران به کسب آگاهی در زمینه بلوغ، همچنان بیشتر آنان معنی کامل بلوغ و تغییرات ناشی از آن را نمی دانند و میزان نیاز آنها در زمینه فیزیولوژیک پدیده بلوغ، زیاد است و نیازمند دریافت اطلاعات لازم در این خصوص می باشند (۱۴). نتایج مطالعه حاضر با یافته های مطالعه سیمبر و همکاران در تهران که نشان داد آگاهی در زمینه بهداشت جنسی و تنظیم خانواده ضعیف

و یا نوارهای مبتدل و ... را انتخاب می‌کند که گاه کسب اطلاعات غلط و بی‌حد و حصر و بی‌موقع از دوستان و منابع دیگر باعث بروز انحرافات جنسی (Sexual Deviation) و مشکلاتی برای فرد و جامعه می‌گردد (۲۵).

لذا با توجه به اولویت بندی نیازهای آموزشی نوجوان، بهتر است در سنین ابتدایی نوجوانی (۱۰ تا ۱۴ سالگی) بیشتر مسائل مربوط به بهداشت قاعدگی، فیزیولوژی باروری، تغذیه و ورزش نوجوانان و در سنین بعدی نوجوانی (۱۴ تا ۱۹ سالگی) سایر جنبه‌های بهداشت جنسی از جمله تنظیم خانواده، مشاوره ازدواج، لقاح، بیماری‌های مقاربتی، سرطان زنان و نازایی مورد توجه قرار گیرند. با توجه به اینکه آموزش در کشور ما بیشتر در مدارس ارائه می‌شود، برای کسب موفقیت بیشتر در این زمینه باید توجه هرچه بیشتر و سریعتر مسئولین محترم آموزش و پرورش را به این مهم جلب کرد.

در این مطالعه میزان آگاهی دختران در حیطه بلوغ، قاعدگی و تولیدمثل در سطح ضعیفی قرار داشت و دختران در مورد تغییرات جسمی و خلقی - روانی و اجتماعی دوران بلوغ از اطلاعات بسیار اندکی برخوردارند. سطح سواد والدین خصوصاً مادران می‌تواند نقش مؤثری در انتقال آموزش‌های لازم به دختران داشته باشد، همچنین از آنجایی که مادران بعنوان مهمترین منبع دریافت اطلاعات دختران شناخته شده‌اند، رویکردهای آموزشی مبتنی بر مردم (آموزش خانواده‌ها از طریق رابطین بهداشتی) می‌تواند بهترین راه تأمین نیازهای آموزشی و تغییر فرهنگ محسوب شود.

آنچه مسلم است، یافته‌های این پژوهش بر اساس گفته‌های افراد شرکت کننده می‌باشد که صحت گفته‌های آنان قابل تضمین نیست و بدلیل معنورات اخلاقی، پرسیدن سوالاتی در حیطه روابط جنسی مورد بررسی قرار نگرفت که از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود برای انجام کارهایی مشابهی در این زمینه در مورد بررسی تاثیر رسانه‌ها و تکنیک‌های پیشرفته (ماهواره، اینترنت، کامپیوتر و موبایل) بر آگاهی

تجسلیکرده با فرزندانشان نسبت به کسانی که از تحصیلات کافی برخوردار نیستند تفاوت دارد، از طرفی افراد کم‌سواد احتمالاً توجه کمتری نسبت به سلامتی خود و اطرافیانشان داشته و این امر فرزندان آنان را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند موجب ازدواج آنان در سنین زودهنگام و عوارض حاملگی در دوران بلوغ شود (۲۲). آنچه نتایج این تحقیق در مورد ارتباط سن پدر بر میزان آگاهی در حیطه قاعدگی می‌گذارد نشان می‌دهد، با بالا رفتن سن پدر، آگاهی دختران در زمینه مسائل قاعدگی بیشتر می‌شود، شاید دلیل امر این باشد که با افزایش سن والدین، اطلاعات و تجربه آنها در زمینه ارتباط با فرزند و متعاقباً ارائه آموزش‌های لازم مرتبط با سن در آنان ارتقاء می‌یابد.

در این تحقیق مادران، مطمئن‌ترین کانال انتقال اطلاعات در زمینه‌های مختلف بهداشت بلوغ بوده‌اند، بنابراین تقویت ارتباط مناسب بین مادران و دختران نوجوانشان و رفع موانع ارتباطی از قبیل کم‌رویی در بیان مطالب مربوط به بلوغ و قاعدگی و یا حتی بی‌تفاوتی مادران در مورد پیامدها و عواقب بهداشتی آن باید در برنامه آموزشی مادران گنجانده شود. بدین منظور باید با آموزش‌های لازم، آنان را با تغییرات جسمی، روانی، خلقی و رفتاری دوران بلوغ و پیشگیری از پیامدهای منفی این دوران آشنا نمود (۱۴). در این مطالعه دختران بیشترین اطلاعات خود را در زمینه بهداشت باروری را به ترتیب از همسالان، خویشاوندان و ماهواره بدست آورده بودند که با نتایج مطالعه فروزی و همکاران (۲۱) و کمالی‌خواه و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. به نظر می‌رسد اطلاعات در خصوص سلامت جنسی به ندرت توسط معلمین، متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و اغلب والدین نیز اولین منبع کسب اطلاعات نیستند، بلکه مهمترین منبع اطلاعات دوستان و رسانه‌های گروهی هستند. که این امر عواقب خطرناکی را به دنبال خواهد داشت (۲۴). بسیاری از خانواده‌ها بحث در مسائل جنسی را نوعی بی‌ادبی و دور از شرم تلقی می‌کنند. در حالی که نوجوان نسبت به این مسائل حساس و کنجکاو است و در پی یافتن اطلاعاتی در این زمینه‌ها می‌باشد و آسان‌ترین راهها (از جمله دوستان

جدول شماره (۱). ویژگیهای دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	فراوانی (درصد) تعداد
سن (میانگین و انحراف معیار)	۱۳/۴۲ ± ۰/۹۵
مقطع تحصیلی	اول ۲۷۰ (%۳۳/۳)
	دوم ۲۷۰ (%۳۳/۳)
	سوم ۲۷۰ (%۳۳/۳)
محل زندگی	شهر ۷۱۴ (%۸۸/۱)
	روستا ۹۶ (%۱۱/۹)
زندگی با اعضای خانواده	اعضای خانواده ۷۷۳ (%۹۵/۴)
	سایر ۳۷ (%۴/۶)
تعداد فرزندان خانواده	۱-۲ ۲۵۳ (%۳۱/۲)
	۳-۵ ۴۳۸ (%۵۴/۱)
	۶ ≤ ۱۱۹ (%۱۴/۷)
رتبه تولد	۱-۲ ۴۷۹ (%۵۹/۱)
	۳-۵ ۲۵۳ (%۳۱/۲)
	۶ ≤ ۷۸ (%۹/۶)
سن پدر (میانگین و انحراف معیار)	۴۳/۴۴ ± ۶/۸۱
تحصیلات پدر	بیسواد ۱۰۷ (%۱۳/۲)
	ابتدایی ۳۰۲ (%۳۷/۳)
	منوسطه ۳۴۴ (%۴۲/۵)
شغل پدر	دانشگاهی ۵۷ (%۷)
	فاقد کار ۸۸ (%۱۰/۹)
	اداری ۳۴۱ (%۴۲/۱)
شغل مادر	آزاد ۳۴۸ (%۴۳)
	بازنشسته ۳۳ (%۴/۱)
	خان دار ۷۲۳ (%۸۹/۳)
تحصیلات مادر	بیسواد ۱۰۱ (%۱۳/۵)
	ابتدایی ۲۴۱ (%۲۹/۸)
	منوسطه ۴۳۱ (%۵۳/۲)
شغل مادر	دانشگاهی ۳۷ (%۴/۶)
	شاغل ۸۷ (%۱۰/۷)

جنسی دختران نوجوان، بررسی تأثیر آگاهی در مورد آموزه‌های دینی بر رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان، بررسی زمان و روشهای آموزشی مناسب آموزش بهداشت باروری از دیدگاه دختران نوجوان، تعیین نیازهای بهداشت جنسی و راهکارهای کاربردی مناسب از دیدگاه روحانیون، مبلغان مذهبی و روانشناسان انجام گردد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز به شماره ۹۱۱۱۹-۱۱ بوده است، بدین وسیله قدردانی خود را از معاونت پژوهشی و تمام شرکت کنندگان در مطالعه که ما را در اجرای این تحقیق یاری نمودند اعلام می‌داریم.

جدول شماره (۲): تعیین ارتباط سطح آگاهی دختران مقطع ۱۱-۱۴ ساله از بلوغ و قاعدگی با سن آنها

سطح معنی داری	خوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	ضعیف تعداد(درصد)	متغییر	آگاهی
۰/۰۰۲	۱۴/۱۲±۰/۷۸	۱۳/۵۷±۰/۸۸	۱۳/۲۵±۰/۹۶	سن (میانگین و انحراف معیار)	بلوغ
۰/۰۰۱	۱۳/۸۴±۰/۸	۱۳/۶۲±۰/۹	۱۳/۳۴±۰/۹۶	سن (میانگین و انحراف معیار)	قاعدگی

جدول شماره (۳): فراوانی سطح نیاز به دریافت اطلاعات دختران نوجوان در مورد حیطة‌های بلوغ، قاعدگی، تولید مثل

زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم تعداد(درصد)	سطح نیاز
۵۶(٪۶/۹)	۲۹۰(٪۳۵/۸)	۴۶۴(٪۵۷/۳)	بلوغ
۱۳(٪۱/۶)	۲۱۸(٪۲۶/۹)	۵۷۹(٪۷۱/۵)	قاعدگی حیطة‌ها
۰(٪۰)	۴۱(٪۵/۱)	۷۶۹(٪۹۴/۹)	تولیدمثل

References

1. Russell V, Robert B. ABC of adolescence. *BMJ*. 2005; 330(7488):411.
2. Hatami H, Razavi M, Ardebily E, editors. Text book of public health. Tehran: Ministry of health and Medical Education Press; 2006.P.1821- 1823. Persian.
3. Susan G. Puberty gone wild. *Soc Sci Public*. 2009; 3(11): 4-8.
4. Iran Statistics Center. Selected results of population and housing census. Tehran: Statistics Center Press; 2007.Persian.
5. UNICEF. Plan your families: Plan your future. Malaysia: UNICEF; 2008.
6. Statistical Center of Iran. National Census of Population and Housing of Iran; 2006. Persian. [cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://amar.sci.org.ir>
7. Amir Zada N, Amir Zada J, Khalil Zadeh H. Young girls health promotion with prevention methods education of sexual risk behavior in HIV. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2006; 6 (3): 113-116. Persian.
8. Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M, Rahmani A, Seidi S, Saffari E, Mahini M, et al. The effect of software on knowledge and performance of teenage girls toward puberty hygiene: a randomized controlled trial. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14 (2) :110-121 .Persian.
9. Mbizvo T. Effect of a randomized health educationist intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behavior among adolescents in Zimbabwe. *Sac sci med*. 1997; 44(5): 573-577.
10. Ministry of health and medical education. Healthy young. Tehran: Family Health Press; 2006. Persian.
11. MacKenzie MB. Effective teaching-the design and delivery of community lectures are integral to successful adult health education programs. New York: Maria Soper; 2008.
12. Zare M, Malek Afzeli H, Jandghi J, Alammeh MR, Kollahdoz M, Asadi A. Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 years old girls. *J Guilan Univ Med Sci*. 2005;14(56):18-26. Persian.
13. Dabiri F, Abedini C, Shahi E, Kamjo A. Compare the effect of education on knowledge and practice of female students Abas Bandar city in menstrual hygiene. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2008;12(4): 272-279. Persian.
14. Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd grade junior school girl students' knowledge and attitude toward puberty age sanitation. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2012; 21(81): 22-28. Persian.
- 15- Simbar M, Ramezani F, Hashemi Z. Survey Knowledge and attitudes about reproductive health and related factors in students of Qazvin. *Pajohandeh*. 2004; 8(4): 9-15. Persian.
16. Maleki A, Haji Amini Z, Ebadi A, Ahmadi Kh, Ajaly A. The effective puberty health education on girls health behaviors through reliable sources. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(2): 155-161. Persian.
- 17- Noohi S, Shafii kandjani A, Tajik A. Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships. *Hayat*. 2007; 13(3): 77-83. Persian.
- 18 – Bahrami N, Simbar M, Soleimani MA. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013; 10(4): 1-16. Persian.
- 19- Adeokun LA, Ricketts OL, Ajuwon AJ, Ladipo OA. Sexual and Reproductive health Knowledge, Behaviour and Education Needs of In-School Adolescent in Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*. 2009; 13(4): 37-50.
- 20- Moshki M, Abasnezhad A, Bahri N. Educational Needs of Fathers about Boys Puberty Period and Its Related Factors. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14(2): 66-70. Persian.
- 21 - Foroози Aziz-Zadeh M, Mohammad Alizadeh S. Kirmani parental attitudes toward sex education. *Journal of Sadoghie Yazd university of Medical Sciences and Health Services*. 2007; 15 (2): 93-99. Persian.
- 22- Sistani M, Merghati Khoei E. The impact of peer education on physical functioning health puberty girls. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2010; 4 (49): 129-134. Persian.
- 23- Kamali Khah T, Rahmati Najar Kalae F, Karimi M. Barriers to reproductive health education in schools. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; In Press.5- 47. Persian.
- 24 – Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *Am J Health Behav*. 2009 ;33(1):37-48.
- 25- Farmihani Farahani M. Content of higher education textbooks from the viewpoint of sexual health education. *Iranian Quarterly of Education Strategies*. 2012; 5 (2): 77-82. Persian.

Survey educational needs of 11-14 years old Girls about Sexual health

BY: Afshary P¹, Pazhohideh S.Z^{2*}, Yazdi Zadeh H¹, Mohammadi S¹, Tabesh H³

1- Department of Midwifery (Midwifery Education), instructor, Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Department of Midwifery (Midwifery Education), instructor, Shushtar school of medical sciences, Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3-Bio-statistics, Assistant Professor, School of Health, Jundishapur university of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Received: 2014/01/23

Accepted: 2014/07/02

Abstract

Introduction: Teenagers (especially girls) who are going through puberty are among vulnerable populations whose sexual needs receive little attention.

Objective: This study aimed to determine educational needs of 11-14 year old girls on sexual health in Dezful.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 810 middle school girls aging 11 to 14 in Dezful city in 2012. Samples were selected by cluster sampling method. Data collection instrument was a researcher made questionnaire including 14 questions on demographic data and 46 questions on 4 domains of puberty, menstruation, sex relationship and reproduction using articles and resource reviews. Descriptive statistics and Chi-square, Kruskal-Wallis test were used for quantitative and qualitative data analysis.

Results: The knowledge of girls on puberty, menstruation and reproductive was weak. Need to get information on puberty health (underwear wash with soap, shaving) and menstruation (age of menarche, menstruation blood source, dysmenorrhea) was 95/7% and 97/5% respectively. The most important source of information on puberty (51/1), menstruation (54/2%) mother, sexual activity (42/5%) friends and reproduction (32/1%) was sister. There was a significant correlation between mother's education level and need to obtain information on puberty, menstruation and reproduction using Chi-square test ($P<0/05$).

Conclusion: In attention to the need for samples to receive information on sexual health and the role of mothers as the most important source of information to girls, people based training approaches (family education through health volunteers) is the best solution.

Keywords: Reproductive Health, Adolescent, Education

*Corresponding Author: Seyedeh Zahra Pazhohideh, Shushtar, Shushtar school of medical sciences.

Email: z.pajohideh@yahoo.com