

دختران نوجوان ایرانی و اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی: یک مطالعه کیفی

دکتر خدیجه میرزایی نجم آبادی^۱، راحله بابازاده^{۲*}، دکتر محمد شریعتی^۳،
دکتر سید عباس موسوی^۴

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشکده علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۱۰

خلاصه

مقدمه: نوجوانی، سن چالش ها و فرصت ها است. امروزه عبور به بزرگسالی بدون آگاهی کافی در مورد اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی بسیار دشوار می باشد. مطالعه حاضر با هدف کشف نقطه نظرات و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان کلیدی در رابطه با ضرورت فراهم کردن خدمات بهداشت باروری و جنسی برای دختران نوجوان ایرانی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که در دوره زمانی بهمن ۱۳۹۰ تا آذر ۱۳۹۱ انجام شد. داده ها از طریق انجام بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه های نیمه ساختارمند با ۲۴۷ دختر نوجوان و ۷۱ بزرگسال کلیدی در جامعه شامل مادران، مشاوران مدرسه، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، مدیران دولتی و غیر دولتی برنامه های بهداشتی، سیاست گذاران اصلی نظام سلامت، جامعه شناسان و روحانیون در شهرهای شاهرود، مشهد، تهران و قم جمع آوری شد. تمام مصاحبه ها ضبط و پیاده شد و با استفاده از نرم افزار MAXQDA10 کدگذاری و طبقه بندی شدند.

یافته ها: دلایل اصلی ضرورت ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به دختران نوجوان ایرانی در ۶ طبقه جای گرفت: فقدان دانش کافی در ارتباط با موضوعات بهداشت باروری، دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر، تغییرات فرهنگی - اجتماعی جامعه، افزایش وقوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، تأکید مذهب بر تربیت جنسی کودکان و نوجوانان و وجود تابوهای فرهنگی در جامعه.

نتیجه گیری: بیشتر شرکت کنندگان بر ضرورت ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی برای دختران نوجوان تأکید داشتند. فراهم سازی این خدمات نه تنها به دلیل نگرانی های پزشکی بلکه از دیدگاه مذهبی، اجتماعی و تکاملی باید یک اولویت در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی: اطلاعات، بهداشت باروری و جنسی، مطالعه کیفی، نوجوان

* نویسنده مسئول مکاتبات: راحله بابازاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۳۴۱۱۴۲۸ - ۰۵۱۱؛ پست الکترونیک: raheleh621@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی، زمان خطر و فرصت است (۱). در واقع نوجوانی، زمان تجربه کردن و انتخاب شخصی است و هویت شخصی و جنسی در این زمان شکل می گیرد (۲). امروزه گذر از کودکی به بزرگسالی بدون آگاهی کافی در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی بسیار مشکل است (۳). بهبود بهداشت باروری و جنسی و سلامت نوجوانان، سرمایه گذاری برای آینده هر کشور است. بدون شک بسیاری از عادات و سبک های زندگی غیر سالم که در دوره نوجوانی شکل می گیرند، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدتی مانند بیماری های جسمی و مشکلات روانی اجتماعی بر روی نوجوانان، خانواده های آنها و جامعه دارد و به دلیل اهمیت ویژه دوره نوجوانی، بهداشت باروری نوجوانان جزء اولویت های بهداشت باروری جهان است (۱). نوجوانان با چالش های بهداشت باروری منحصر به فردی روبرو هستند. بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار کشیدن، مصرف الکل، مواد مخدر و روابط جنسی نامطمئن در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می افتد (۴). تخمین زده می شود که در جهان در هر سال ۳۴۰ میلیون مورد عفونت های منتقله از طریق جنسی^۱ روی دهد که حداقل یک سوم آنان در جوانان زیر ۲۵ سال می باشد. همچنین سالانه نیمی از عفونت های HIV جدید در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله رخ می دهد. بیش از نیمی از جوانان در نقاط مختلف دنیا فعالیت جنسی خود را از زمان نوجوانی آغاز می کنند و سالانه حدود ۱۴ میلیون نوجوان باردار می شوند و تخمین زده می شود که یک تا دو سوم این بارداری ها ناخواسته باشد. بسیاری از این نوجوانان به دنبال سقط غیر ایمن هستند؛ به گونه ای که در هر دقیقه، ۱۰ دختر نوجوان به سقط غیر ایمن دست می زنند. این اقدام آن ها باعث مرگ و میر و عوارض زیادی در بین آنان می شود (۱، ۵). در ایران نیز حدود ۳۰٪ جمعیت کشور در محدوده سنی ۱۰-۲۴ سال قرار دارند و در اکثر موارد، لا ابالی گری های جنسی (۵۵/۶٪) در سنین ۱۶-۲۱ سالگی رخ می دهد و سن شروع استعمال سیگار ۱۶/۶

سالگی می باشد (۶). در مطالعه گرمارودی و همکاران (۲۰۱۰) که در سازمان بهزیستی انجام شد، ۵۰ درصد از زنان خیابانی ارجاع شده به مراکز بازپروری، ۱۹-۱۵ ساله و ۲۴ درصد آنها در محدوده سنی ۲۴-۲۰ سال قرار داشتند. این آمار نشان دهنده کاهش سن افراد درگیر در این آسیب اجتماعی است (۷). در مطالعه سلیمانی نیا (۲۰۰۷) نیز که بر روی ۳۸۵ نوجوان ۱۹-۱۴ ساله دبیرستانی در تهران انجام شد، ۲۳/۳٪ دختران و ۴۰/۴٪ پسران که در مجموع ۱۲۰ نفر (۳۱/۲٪) از کل نوجوانان مورد بررسی را تشکیل می دادند، در طول زندگی خود حداقل یک بار، چه با میل خود و چه با زور، درگیر رابطه جنسی شده بودند که از این میان ۱۹/۵٪ از آنها در معرض رفتار جنسی پرخطر، ابتلاء به بیماری های مقاربتی و اچ آی وی بودند (۸). این در حالی است که سیستم بهداشتی در برخی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، نوجوانان را به عنوان یک گروه هدف آسیب پذیر نادیده گرفته است (۹). اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی در سیستم بهداشتی ایران برای نوجوانان معمولاً غیر مناسب است زیرا این خدمات در واقع برای زنان متأهل طرح ریزی شده است. از این رو در ایران که ۱۶/۳۳٪ از کل جمعیت آن در محدوده سنی ۱۰-۱۹ سال قرار دارند، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، یک تمرکز قوی بر روی خدمات بهداشت باروری نوجوانان، ضروری به نظر می رسد. این مسئله برای دختران حیاتی تر می باشد، زیرا بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات، میزان آگاهی تعداد قابل توجهی از دختران ایرانی در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی پایین می باشد و دانش آنان سطحی و ناقص می باشد. به ویژه دختران جامعه ما به دلایل خاص فرهنگی که در بسیاری از جوامع مشابه نیز مطرح است، از دریافت آگاهی های درست و مناسب بهداشتی پیرامون بلوغ و باروری محروم اند و در این زمینه صدمات بسیاری را متحمل می شوند (۱۰-۱۳)؛ سیاست گذاران دولتی ایران در مورد ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان شک و تردید دارند زیرا در ایران مفهوم بهداشت باروری و جنسی نوجوان، جدید و بحث انگیز

¹ sexually transmitted infections

شهر های تهران، مشهد، شاهرود و قم جمع آوری شد. ۲۴۷ دانش آموز دختر و ۷۱ بزرگسال کلیدی با پیش زمینه و تخصص های متفاوت مورد مصاحبه قرار گرفتند. با استفاده از چندین منبع اطلاعاتی^۵ به منظور بهبود قابلیت اعتماد داده ها استفاده شد. کفایت حجم نمونه بر اساس اشباع داده های جمع آوری شده بود. بحث های گروهی متمرکز با دانش آموزان و مادران و مصاحبه های نیمه ساختارمند عمیق فردی با مشاوران مدرسه در مدارس انجام شد و سایر مصاحبه های فردی با بزرگسالان کلیدی در اتاق کار مصاحبه شوندها صورت گرفت. تعداد افراد شرکت کننده در بحث گروهی متمرکز بین ۶-۱۲ نفر و طول مدت آن به طور متوسط ۵۹ دقیقه و طول مدت مصاحبه ها ۳۵ دقیقه تا یک ساعت بود. معیارهای ورود به مطالعه برای دختران نوجوان شامل: سنین ۱۹-۱۴ سال، عدم ازدواج و زندگی با والدین بود. دختران دانش آموز از پایه های تحصیلی ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ با رشته های تحصیلی و وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت بودند. بنابراین در درون گروه ها همگونی و بین گروه ها، ناهمگونی وجود داشت (سن، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی اجتماعی). ارائه کنندگان خدمات بهداشتی واجد شرایط کسانی بودند که در مراکز دوستدار نوجوان کار کرده بودند و سایر بزرگسالان کلیدی در صورت داشتن سابقه کار در حوزه نوجوانان جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود قرار گرفت. مشارکت در مطالعه به صورت داوطلبانه بود و اهداف مطالعه به تمام شرکت کنندگان توضیح داده شد و موافقت شفاهی از آنان گرفته شد. همچنین به مشارکت کنندگان اطلاع داده شد که هر زمانی که مایل باشند می توانند از مطالعه خارج شوند. رعایت گمنامی کامل در طی بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه ها رعایت شد. تمام مصاحبه ها و بحث های گروهی متمرکز بر روی دو ضبط دیجیتال با موافقت مصاحبه شوندها ضبط و پیاده شد و با نت های نوشته شده دستی مقایسه شدند. داده ها چنانکه در روش آنالیز محتوا

است و شاید سیاست گذاران نگران عکس العمل مردم در ارائه این خدمات به نوجوانان هستند. صدمات و خسارت های جبران ناپذیری که رفتارهای پرخطر نوجوانان به همراه دارند و بالا بودن هزینه های مالی و اتلاف وقتی که مداخلات تغییر رفتار، در سطح فردی و اجتماعی در بردارند، بهترین دلیل برای ارائه خدمات است (۱۴). مطالعه حاضر با هدف کشف نقطه نظرات و تجربیات عمیق دختران نوجوان و بزرگسالان کلیدی تاثیرگذار در مورد ضرورت ارائه خدمات بهداشتی باروری و جنسی به دختران نوجوان در ایران انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی کیفی بر اساس دیدگاه های افراد ذینفع خصوصاً بزرگسالان تأثیرگذار و دختران نوجوان است. بزرگسالان تأثیرگذار در مطالعه شامل سیاست گذاران اصلی در وزارت بهداشت، مدیران دولتی و غیر دولتی برنامه های بهداشتی که برای نوجوانان کار می کنند مانند یونیسف^۱، صندوق جمعیت ملل متحد^۲ و نماینده فدراسیون بین المللی والدین برنامه ریزی شده^۳ و مطلعین کلیدی نظیر روحانیون، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، جامعه شناسان، مادران و مشاوران مدرسه می باشند. این مطالعه در دوره زمانی بهمن ۱۳۹۰ تا آذر ماه سال ۱۳۹۱ انجام شد. در این مطالعه راهنماهای انجام مصاحبه پس از مرور کتب مربوطه و راهنماهای سازمان جهانی بهداشت (۱۵-۱۶) و متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی تنظیم و قبل از شروع مطالعه اصلی مورد آزمایش قرار گرفت و تغییرات لازم به منظور بهبود کیفیت جمع آوری داده ها اعمال شد. در مطالعه حاضر از مجموعه متفاوتی از راهنمای مصاحبه ها جهت گردآوری داده ها استفاده شد. هر زمانی که لازم بود، کاوش و نت برداری انجام می شد. داده ها از طریق بحث های گروهی متمرکز با دختران نوجوان دبیرستانی و مادرانشان و مصاحبه های نیمه ساختارمند عمیق فردی^۴ با بزرگسالان کلیدی در

¹ UNICEF

² UNFPA

³ IPPF

⁴ In-depth semi-structured interviews

⁵ Triangulation

مرسوم است، با نرم افزار MAXQDA10 کدگذاری و طبقه بندی شدند.

یافته ها

در این مطالعه دلایل اصلی ضرورت ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به دختران نوجوان ایرانی در ۶ طبقه جای گرفت: ۱- فقدان دانش کافی در ارتباط با موضوعات بهداشت باروری و جنسی، ۲- دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر، ۳- تغییرات فرهنگی- اجتماعی در جامعه، ۴- افزایش وقوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، ۵- تأکید مذهب بر تربیت جنسی کودکان و نوجوانان و ۶- وجود تابوهای فرهنگی در جامعه.

فقدان دانش کافی در ارتباط با موضوعات

بهداشت باروری و جنسی: تمام شرکت کنندگان در این مطالعه اذعان داشتند که بخش قابل توجهی از دختران نوجوان، فاقد دانش و اطلاعات کافی در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی هستند و ضروری است که اطلاعات کافی در این زمینه به منظور پیشگیری از عواقب نامطلوب در اختیار آنان قرار گیرد. یکی از سیاست گذاران اصلی برنامه های بهداشتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتباط با مهمترین مشکل بهداشت باروری و جنسی دختران نوجوان اظهار داشت: این عدم آگاهی کار دست آنها می دهند، عدم آگاهی از رفتار جنسی سالم، عدم آگاهی از مسائل مربوط به رفتارهای جنسی پرخطر، عدم آگاهی نسبت به بیماری های آمیزشی و خطرات آن در دراز مدت است" (۵۶ ساله، مرد).

مطالعه حاضر نشان داد که آگاهی تعدادی از دختران نوجوان در زمینه خویشتن داری جنسی بسیار ضعیف می باشد. "وقتی یک فیلم نگاه می کنیم که در آن رابطه زن و مرد زیاد است، ناخودآگاه تحریک می شویم و نمی دانیم چکار کنیم که دفع بشود" (دختر، ۱۵ ساله).

دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر: جهان امروز به دلیل تکنولوژی ارتباطات، تبدیل به دهکده جهانی شده است و دسترسی به انواع اطلاعات غلط و

درست از طریق اینترنت، ماهواره، تلفن همراه و ... در کوتاه ترین زمان ممکن امکان پذیر است.

"پارسال یکی از دوستانم با گوشی فیلم به مدرسه می آورد، یکی دو تا از فیلم ها را دیدم، خیلی وحشتناک بود، واسه خاله ام تعریف کردم، گفت خیلی چیزها اشتباه است. روابط زناشویی اینجوری نیست نباید اینجوری باشد، خیلی خطرناک است!" (دختر، ۱۶ ساله).

تمام روحانیون شرکت کننده در مطالعه اظهار داشتند که رسانه ها، خصوصاً رسانه های بیگانه، تأثیر بسیار مخربی بر روی نوجوانان دارند. بسیاری از آنان معتقد بودند جهت پیشگیری از اثرات مخرب این رسانه ها، باید اطلاعات صحیح در زمینه مسائل باروری و جنسی در اختیار نوجوانان قرار گیرد.

"الان توی این زمان که همه چیز برای بچه ها در دسترس است مثل اینترنت و موبایل، اگر ما به آنها صحیحش را نگوئیم به دنبال غلطش می روند و آنها را یاد می گیرند و آن وقت صحیحش را یاد نمی گیرند و دچار انحراف می شوند، بنابراین حتماً لازم است که این آموزش ها قبل از انحراف در بچه ها، داده بشود، این حدیث امیرالمؤمنین (ع) است که قبل از اینکه منحرفین انحراف در بچه های شما ایجاد کنند به داد آنها برسید" (روحانی مرد، ۵۷ ساله).

اکثر دختران نوجوان شرکت کننده در مطالعه بر این باور بودند که اطلاعات به دست آمده از دوستانشان در زمینه مسائل بهداشت باروری و جنسی قابل استناد نمی باشد و می توان به مادران به عنوان یک منبع اطلاعاتی قابل اعتماد تکیه کرد.

"مادران خودشان این مسائل رو از قبل تجربه کرده و می دانند، و بیشتر از دیگران خیر و صلاح ما را می خواهند، یعنی سعی می کنند مطالب درست تری به ما بگویند. دوستان چیزهای دیگه می گویند، جنبه های عشقی بیشتر گفته می شه ولی آنها جنبه های مفید و بهداشتی را می گویند" (دختر، ۱۷ ساله).

تغییرات فرهنگی- اجتماعی در جامعه: از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه، جامعه ایرانی در سال های اخیر، تغییرات فردی و فرهنگی- اجتماعی متعددی را

دانش ناکافی نوجوانان، فاکتور سنی، ضعف اعتقادات دینی در گروهی از نوجوانان، رابطه ضعیف بین والدین و فرزندان، تأثیرپذیری از رسانه های مخرب، نظارت ناکافی والدین بر فعالیت های فرزندان، نداشتن هدف و بی انگیزه بودن و وجود برخی باورهای غلط بین نوجوانان، باعث افزایش رفتارهای پرخطر بین نوجوانان ایرانی و بروز پیامدهای نامطلوب مانند افزایش بیماری های مقاربتی در سال های اخیر شده است.

"خانواده در ظاهر هست، ولی پدر و مادر وقت کافی نمی گذارند که با آنها باشند، دوست باشند و بتوانند صمیمیت و محوریت خانواده را نگه دارند. نوجوانان مجبورند به جاهای دیگر پناه ببرند. وقتی پناه ببرند به دوستانشان و افراد ناباب جامعه، یکدفعه جذب مواد مخدر شده و جذب مواد مخدر که بشوند یواش یواش رفتارهای پرخطر دیگر پیدا می کنند" (مدیر بهداشتی غیر دولتی، زن ۵۳ ساله)

یکی از دختران نوجوان اظهار داشت: "فکر می کنند دوست پسرشون تمیزاست و آلوده نیست. می گویند بار اول هیچ کاری نمی شود!" (دختر، ۱۷ ساله).

"یکی از عواملی که باعث شده بچه ها به این کارها گرایش پیدا کنند این است که نسبت به آینده شان بی انگیزه هستند، بی هدف هستند" (مشاور مدرسه، ۴۰ ساله).

یکی از ارائه دهندگان خدمات اظهار داشت: "وقتی دختر و پسر به یک سنی می رسند کنجکاو در این مسائل دارند و باید کسی باشد که اطلاعات درست بدهد" (ارائه دهنده خدمات، ۴۸ ساله).

تأکید مذهب بر آموزش جنسی کودکان و نوجوانان: تمام روحانیون شرکت کننده در این مطالعه خاطر نشان کردند که اسلام، مخالف آموزش مسائل جنسی نیست ولی باید در آموزش این مسائل شرایطی لحاظ شود.

"آموزش جنسی را باید در نظام بهداشتی جامعه دید و محدود به یک دوره خاص زمانی نشود چون مسئله جنسی دختران هم در دوران کودکی و هم در دوران نوجوانی مطرح است و بعدش هم همینطور، اما در دوره های مختلف چه چیزهایی باید آموزش داده شود، در

تجربه کرده است. تغییراتی مانند کاهش سن بلوغ، افزایش سن ازدواج، افزایش شهرنشینی و مدرنیزه شدن، دسترسی وسیع به رسانه های ارتباط جمعی و تأثیر وسیع این رسانه ها بر روی مردم خصوصاً نوجوانان و جوانان و مشارکت بیشتر زنان در جامعه؛ برآیند این تحولات باعث بیداری جنسی زودهنگام در نوجوانان و در نتیجه افزایش ارتباط با جنس مخالف شده که در تناقض آشکار با سنت ها و ارزش های جامعه می باشد.

"داشتن دوست پسر یک چیز طبیعی شده است، نداشتن دوست پسر غیر طبیعی شده و میگویند امل شده" (دختر، ۱۶ ساله).

یکی از روحانیون که یک مرکز غیر دولتی بهداشت باروری دارد در ارتباط با تغییرات رخ داده در جامعه و لزوم اطلاع رسانی به نسل جوان ابراز می کند که "الان جامعه ای که ما در آن زندگی می کنیم خیلی با گذشته فرق کرده است، جوانان در دنیای فعلی با خطرات فراوانی روبرو هستند، زندگی مانند راه رفتن در یک میدان مین است، باید جوانان با خطرات پیش رو آشنا باشند تا صدمات کمتر باشد" (مرد، ۵۴ ساله).

یکی از جامعه شناسان شرکت کننده در مطالعه ابراز داشت: "تحقیقات ما نشان می دهد که تقریباً نیمی از نوجوانان ما با جنس مخالف ارتباط دارند. البته آماری که ما می دهیم در مناطق و شهرهای مختلف برحسب مدرنیته شدن متفاوت است، در واقع شهرها هر چه مدرن تر باشند ارتباط ها بیشتر است" (مرد، ۳۵ ساله). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، از دیگر دلایل ضرورت ارائه آموزش های بهداشت باروری و جنسی به دختران نوجوان، افزایش فاصله بین نسل ها است؛ به گونه ای که اکثر والدین، دانش لازم برای مدیریت بحران های دوران بلوغ نوجوانان را ندارند.

یکی از روحانیون اظهار داشت: "بچه های امروز خیلی از پدر و مادرهایشان جلوتر هستند، والدین قادر نیستند به خیلی از سؤالات فرزندانشان پاسخی بدهند" (مرد، ۵۴ ساله).

افزایش رفتارهای پرخطر بین نوجوانان: از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه، دلایل متعددی مانند

دوران کودکی چه چیزهایی و در دوران نوجوانی چه چیزهایی، اینها باید تفکیک بشود که افراد دچار آسیب نشوند چون آسیب به مسائل جنسی، آسیب به عفت عمومی، آسیب به اخلاق اسلامی و آسیب به کل سلامت معنوی نوجوانان است" (روحانی، ۵۴ ساله).

"شما چیزهایی که دختر باید بداند در رابطه با مسایل جنسی خودش، در رابطه با جنس مقابل خودش در رابطه با جنسیت مقابل خودش، اینها را لازمه بدانند اما اگر در گفتن اینها احتیاط نشه و رعایت بعضی از امور نشود بطوری که نتایج ناپسند به وجود بیاید و حیای دختر بریزد این می شود آموزش مذموم" (روحانی-۴۸ ساله).

وجود تابوهای فرهنگی: مطالعه حاضر نشان داد که موانع فرهنگی مانند مخفی کردن مشکلات سلامت باروری و جنسی توسط دختران، عدم وجود تعامل مثبت بین مادران و دختران به دلایل مختلف مانند خجالت کشیدن، نگرش منفی، ترس از ریختن حیای دختر و نداشتن اطلاعات کافی در این زمینه، از دیگر دلایل ضرورت ارائه آموزش های بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان می باشد.

"من شخصاً بخواهم بگویم، حالت رودربایستی در من هست، توی این موارد با دخترم راحت نیستم، توی مسائل دیگه خیلی راحت هستیم" (مادر، ۴۰ ساله). اکثر مادران اعتقاد داشتند ضرورتی برای آموزش این مباحث به دختران تا زمان ازدواج وجود ندارد.

"به نظر من نباید اصلاً این آموزش ها را بدهند، چون بچه بیشتر روش باز می شود، پررو می شه! بچه بهتره وقتی که ازدواج کرد همه حرف ها را بزنیم چون بهش نزدیک تر می شه!" (مادر، ۴۱ ساله).

"من راحت نیستم با مادرم در مورد این موضوعات صحبت کنم چون اگر من بخواهم از مامانم در مورد مسائل جنسی بپرسم او به من شک می کند" (دختر ۱۶ ساله).

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، مهم ترین مشکل مربوط به بهداشت باروری و جنسی نوجوانان و در نتیجه ضرورت

ارائه خدمات و اطلاعات لازم به آنان، فقدان آگاهی کافی خصوصاً در مورد پیامدهای روانی و جسمانی روابط جنسی قبل از ازدواج و عدم آگاهی در مورد رفتارهای جنسی سالم می باشد. این مسئله با نتایج دیگر مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه همخوانی دارد (۱۱، ۱۳، ۱۷-۱۸). در مطالعه یزدی و همکاران (۲۰۰۶)، تنها ۵۳٪ از نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله شرکت کننده در مطالعه در مورد تأثیر پیشگیری کننده کاندوم از بیماری های مقاربتی آگاه بودند (۱۱). در جهان امروز گروه هایی که کمتر توانمند هستند، بیشتر در معرض پیامدهای منفی باروری و جنسی از جمله ابتلا به بیماری های منتقله از نظر جنسی و ایدز می باشند؛ در حالی که داشتن اطلاعات صحیح، احتمال تصمیم گیری مسئولانه و آزادانه در حوزه عملکرد جنسی را افزایش می دهد (۱۹) و در واقع یک دختر نوجوان حق دارد برای تصمیم گیری صحیح و مسئولانه در حوزه نیازهای بهداشت باروری و جنسی خود از اطلاعات دقیق و درستی در این زمینه برخوردار باشد (۲۰). در این مطالعه مشخص شد که منبع اصلی اطلاعات دختران نوجوان در مورد بلوغ، مادران و افراد نزدیک فامیل هستند، در حالی که منبع اطلاعاتی آنان در مورد موضوعات جنسی دوستانشان می باشند که خود آنان به نامعتبر بودن آن اعتراف دارند. این یافته با نتایج مطالعه ماساتو و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی داشت (۲۱). کسب اطلاعات نامعتبر از دوستان می تواند زمینه ساز انجام رفتارهای پرخطر باشد. در همین زمینه اوکونک و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود دریافتند که روابط جنسی قبل از ازدواج در بین نوجوانانی که اطلاعات جنسی خود را از دوستانشان به دست می آورند، بیشتر از نوجوانانی است که این اطلاعات را از منابع دیگر کسب می کنند (۲۲). ماهواره و اینترنت از دیگر منابع غیر قابل اعتماد و تحریک کننده در زمینه موضوعات جنسی می باشند که این یافته در سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز ذکر شده است (۲۳-۲۴). در واقع نوجوانان ایرانی در حالی با انواع پیام های تحریک کننده جنسی و ایده های

باروری و جنسی نوجوانان را در اختیار آنان قرار دهد تا ایشان نیز بتوانند حمایت لازم را از نوجوانان خود به عمل آورند.

این باور عمومی در بین اکثر افراد جامعه ایرانی وجود دارد که ارتباطات جنسی قبل از ازدواج در بین نوجوانان وجود ندارد (۲۳)؛ هرچند به دلیل عدم وجود سیستم جمع آوری اطلاعات بهداشت باروری و جنسی نوجوانان در بسیاری از کشورهای اسلامی از جمله ایران، امکان اندازه گیری میزان رابطه جنسی قبل از ازدواج در بین نوجوانان بسیار دشوار است، ولی بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، این میزان در مقایسه با کشورهای توسعه یافته به دلیل ممنوعیت های قوی مذهبی، فرهنگی و قانونی پایین می باشد (۳۴). با این حال ایران در ارتباط با اپیدمی ایدز با فاز بحرانی روبرو می باشد؛ به گونه ای که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گزارشات سه ماهه سال ۲۰۰۹ خود خاطر نشان کرده است که ۵۱٪ از زنانی که تست اچ آی وی آنان مثبت بوده است، بین سنین ۱۵-۳۴ سال قرار دارند، ضمن اینکه موارد گزارش شده اچ آی وی که از طریق تماس جنسی رخ داده است رو به افزایش می باشد (۳۵). با توجه به دوره کمون طولانی اچ آی وی، این احتمال وجود دارد که شروع رفتارهای پرخطر که منجر به بروز اچ آی وی می شود، از اوایل سنین بلوغ شروع شده باشد؛ چنانکه برخی مطالعات انجام شده در ایران نشان می دهد که علی رغم عدم تأیید مذهبی و اجتماعی، برخی نوجوانان ایرانی فعالیت جنسی خود را قبل از ازدواج شروع می کنند، بنابراین در معرض خطر کسب اچ آی وی و سایر بیماری های مقاربتی می باشند. مطالعه گرمارودی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که میزان ارتباط جنسی بین جنس مخالف در بین نوجوانان مقطع دبیرستان ۲۰٪ می باشد (۷) که با نتایج مطالعات انجام شده در کشورهایی با فرهنگ مشابه کشور ما، همخوانی داشت (۳۶). به نظر می رسد، در سال های اخیر به دلیل رخ دادن پاره ای تحولات اجتماعی - فرهنگی مانند افزایش شهرنشینی و مدرنیته شدن، به تدریج بسیاری از باورها و رسوم سنتی و فرهنگی کشورمان مانند نظارت قوی والدین بر

جدید عشقی و سکسی شدیداً مورد تهاجم واقع می شوند که فاقد اطلاعات صحیح و کافی در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی می باشند و همین مسئله باعث افزایش رفتارهای جنسی قبل از ازدواج در بین آنان می شود. این یافته ها با نتایج مطالعه براون و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت که نشان داد تماس با محتوای جنسی رسانه های گروهی، باعث افزایش احتمال درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای پرخطر و تسریع شروع فعالیت های جنسی آنان می شود (۲۵). مطالعه حاضر نشان داد که نوجوانان ترجیح می دهند منبع اطلاعاتی آنان در مورد موضوعات باروری و جنسی، مادرانشان باشند که این مسئله توسط مطالعات جهانی دیگر نیز گزارش شده است (۲۶-۲۸). در ایران فضای حاکم بر خانواده ها و جامعه به دلیل برخی باورهای سنتی به گونه ای است که اجازه گفتگو در مورد موضوعات جنسی را به صورت راحت و آزاد نمی دهد به همین جهت همانگونه که در این مطالعه مشخص شد، دختران نوجوان از ترس نگرش منفی و قضاوت بدبینانه مادرانشان، از صحبت کردن در مورد این موضوعات با آنان امتناع می ورزند. این یافته در مطالعات انجام شده در سایر نقاط جهان نیز ذکر شده است (۲۹-۳۰). از طرفی بسیاری از مردم از جمله والدین بر این باورند که دادن اطلاعات به نوجوانان در زمینه بهداشت باروری و جنسی می تواند باعث ریخته شدن حیای نوجوانان و در نتیجه مسبب ترویج بی بندوباری جنسی در بین آنان شود. هر چند مطالعات متعددی خلاف این امر را نشان داده اند (۳۱-۳۲). مطالعات انجام شده در سراسر جهان نشان داده اند که بهبود کیفیت ارتباط بین والدین و فرزندان می تواند تا حد زیادی از بروز رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان جلوگیری کند (۲۶، ۲۸، ۳۳). میلر و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه خود نشان دادند که اگر والدین در مورد ایدز با فرزندان خود بحث و گفتگو کنند، احتمال درگیر شدن آنان در رفتارهای پرخطر کاهش می یابد (۳۳). بدین منظور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای توانمند کردن والدین باید از طریق روش های مختلف، اطلاعات لازم در مورد موضوعات بهداشت

فرزندان که باعث کنترل رفتارهای جنسی نوجوانان می‌شد، رو به اوفول گذاشته است که متعاقباً باعث افزایش تماس و ارتباط بین دختران و پسران و باعث افزایش دوستی‌ها، صمیمیت و تماس فیزیکی بین آنان می‌شود. برخی مطالعات نشان داده اند که داشتن دوست دختر و پسر، احتمال درگیر شدن نوجوانان در فعالیت‌های جنسی را افزایش می‌دهد (۳۷-۳۸)؛ ضمن اینکه بر اساس تجربیات کشورهای دیگر، این تغییرات باعث افزایش میزان رابطه جنسی قبل از ازدواج و متعاقب آن پیامدهای منفی آن در بین نوجوانان می‌شود (۳۴، ۳۹-۴۰). از طرفی همانند سایر نقاط جهان، در ایران نیز به دلیل کاهش سن بلوغ و افزایش سن ازدواج، فاصله بین بلوغ تا ازدواج افزایش یافته است که با توجه به بالا بودن غریزه و میل جنسی در این فاصله زمانی، احتمال شروع رابطه جنسی قبل از ازدواج بالا می‌رود. مطالعه شارما (۱۹۹۸) نیز نشان داد که مدرنیسم و افزایش فاصله بین بلوغ و ازدواج، باعث ایجاد فرهنگ لیبرال در تصمیم‌گیری‌های باروری و جنسی در بین نوجوانان و جوانان می‌شود که این خود منجر به شیوع فعالیت جنسی قبل از ازدواج در بین نوجوانان و جوانان هندی شده است (۳۹). دسترسی نوجوانان به رسانه‌های بین‌المللی، امروزه باعث افزایش فاصله بین نوجوانان و والدین‌شان شده است که خود باعث تعامل بیشتر آنان با همسالان، دریافت اطلاعات از آنان و شکل‌گیری رفتار آنها مطابق با ناهنجارهای همسالان‌شان می‌شود. مطالعه حاضر نشان داد که هنجارهای توأم با سهل‌انگاری گروه همسالان، باعث شکل‌گیری روابط جنسی قبل از ازدواج با جنس مخالف می‌شود که دیگر مطالعات انجام شده نیز بیانگر مؤثر بودن نرم‌های گروه همسالان در شروع زود هنگام فعالیت‌های جنسی نوجوانان می‌باشند (۴۱-۴۵). از دیدگاه اسلام غریزه جنسی، هدیه الهی است و در کتاب‌های اسلامی در ارتباط با مسائل مختلف باروری و جنسی در دوره‌های مختلف سنی دستورالعمل‌هایی آمده است. از دیدگاه اسلام، دادن اطلاعات به نوجوانان در ارتباط با

موضوعات جنسی و ارزش‌های اخلاقی مرتبط با آن، از وظایف والدین می‌باشد، خصوصاً در دنیای امروز، آموزش‌های والدین جهت مقابله با اثرات مخرب رسانه‌های گروهی بین‌المللی باید به عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شود تا باعث توانمند شدن نوجوانان برای مقابله با فشار همسالان شود (۳۰). اما نتایج این مطالعه بیانگر عدم تمایل اکثر مادران برای صحبت کردن با دخترانشان در ارتباط با موضوعات باروری و جنسی به دلیل خجالت، عدم راحتی و یا نداشتن اطلاعات لازم و کافی بود. مطالعات دیگر نیز نشان دادند که نوجوانان به ندرت اطلاعات مربوط به موضوعات باروری و جنسی را از مادرانشان دریافت می‌کنند (۱۷، ۳۰، ۴۶-۴۷) که خود می‌تواند دلیلی بر انجام رفتارهای پرخطر در نوجوانان به واسطه دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر باشد (۲۶، ۳۳). در همین رابطه ضروری است، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور افزایش آگاهی و دانش والدین با همکاری صاحب‌نظران و اساتید مجرب، به تدوین متون آموزشی مناسب که هماهنگ با ارزش‌های دینی و فرهنگی جامعه باشد، اقدام نماید. یقیناً برنامه‌های آموزشی والدین باعث ارتقاء دانش و آگاهی والدین و بهبود ارتباط آنان با نوجوانان در این زمینه‌ها خواهد شد (۲۰، ۴۸-۴۹).

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این مطالعه ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به دختران نوجوان نه تنها به دلایل پزشکی بلکه از دیدگاه مذهبی، اجتماعی و تکاملی نیز باید به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دکتری تخصصی بهداشت باروری (طرح مصوب ۹۰۶۰) و تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد.

1. Roy S, Roy S, Rangari K. Comprehensive health care including sexual and reproductive health of adolescents and youths is of vital importance to the nation. *Health and Popul Perspect Issu* 2007;30(4):243-67.
2. Rotheram-Borus MJ, Miller S, Koopman C, Haignere C, Selfridge C. Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions. New York:HIV Centre for Clinical and Behavioural Studies;2002.
3. Diop NJ, Bathidja H, Touré ID, Dieng T, Mané B, Rama Rao S, et al. Improving the reproductive health of adolescents in Senegal, 2004. Available at: http://www.researchgate.net/publication/241175190_Improving_the_Reproductive_Health_of_Adolescents_in_Senegal
4. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviors: gender and socio-economic differences. *J Adolesc* 2001 Apr;24(2):183-97.
5. Coen A. Young people reproductive health needs neglected. *Fact sheets. Populat Act Int* 2002 Apr;19.
6. Zadehmohammadi A, Ahmadabadi Z. [The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran] [Article in Persian]. *J Fam Res* 2008 Spring;4(13):87-100.
7. Garmaroudi GR, Makarem J, Alavi SS, Abbasi Z. [Health related risk behaviors among high school students in Tehran, Iran] [Article in Persian]. *Payesh J* 2010;9(1):13-9.
8. Soleimaninia. [Gender differences in adolescents committing all kinds of risky behavior] [Article in Persian]. *Youth Stud* 2010;8-9:73-86.
9. Malekafzali H, Simani S, Amirkhani A, Farahtaj F, Hooshmand B, Nadim A, et al. Population control and reproductive health in the Islamic Republic of Iran. *Arch Iran Med* 2004;7(4):247-50.
10. Zare M, Malek Afzeli H, Jandghi J, Alammeh MR, Kolahdoz M, Asadi A. [Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 years old girls] [Article in Persian]. *J Guilan Univ Med Sci* 2005;14(56):18-26.
11. Yazdi CA, Aschbacher K, Arvantaj A, Naser HM, Abdollahi E, Asadi A, et al. Knowledge, attitudes and sources of information regarding HIV/AIDS in Iranian adolescents. *AIDS Care* 2006 Nov;18(8):1004-10.
12. Khalaj Abadi Farahani F, Cleland J, Mehryar AH. Correlates and determinants of reproductive behavior among female university students in Tehran. *J Reprod Infertil* 2012 Jan-Mar;13(1):45-51.
13. Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health* 2004;4(1):17.
14. Soleimaninia L, Jazaeri A, Mohammadkhani P. [The role of mental health on risk behaviors among adolescece] [Article in Persian]. *J Soc Welf* 2004;5(19):75-90.
15. Improving the accessibility of health services that meet the sexual and reproductive needs of adolescents in school. Rapid assessment tool. WHO, Improving adolescent health and development. WHO/FRH/ADH/98.18. 1997. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/
16. Cleland J, Ingham R, Stone N. Asking young people about sexual and reproductive behaviours: illustrative core instruments. Geneva:WHO;2001. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/core_instruments/en/
17. Kamau AW. Factors influencing access and utilisation of preventive reproductive health services by adolescents in Kenya: a case study of Murang'a District. Bielefeld:Bielefeld University;2006.
18. Munthali AC, Chimhiri A, Zulu E. Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: a synthesis of research evidence. New York:Alan Guttmacher Institute;2004.
19. Kolencherry S. Sexual and reproductive health needs of young people: a study examining the fit between needs and current programming responses in India. Bielefeld:Bielefeld University;2004.
20. Berne L, Huberman B. European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility: executive summary and call to action. Washington, DC:Advocates for Youth;1999.
21. Masatu MC, Kvale G, Klepp K. Frequency and credibility of reported sources of reproductive health information among primary school adolescent in Arusha, Tanzania. *Scand J Public Health* 2003;31(3):216-23.
22. Okonkwo JE, Obionu C, Uwakwe R, Okokwo CV. Sources of sexual information and its relevance to sexual behavior in Nigeria. *West Afr J Med* 2002 Jul-Sep;21(3):185-7.
23. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FK, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. *Int Fam Plan Perspect* 2006 Mar;32(1):35-44.
24. Malek A, Abbasi Shokoochi H, Faghihi AN, Bina M, Shafiee-Kandjani A. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school students in northwest Iran. *Arch Iran Med* 2010 Nov;13(6):537-42.
25. Brown JD, L'Engle KL, Pardun CJ, Guo G, Kenneavy K, Jackson C. Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics* 2006 Apr;117(4):1018-27.

26. Boutelle K, Eisenberg ME, Gregory ML, Neumark-Sztainer D. The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *J Psychosom Res* 2009 Apr;66(4):309-16.
27. Odimegwu CO, Solanke LB, Adedokun A. Parental characteristics and adolescent sexual behaviour in Bida Local Government Area of Niger State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2002 Apr;6(1):95-106.
28. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med* 2006 Jan;30(1):59-66.
29. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep* 2001;116 Suppl 1:82-93.
30. Orgocka A. Perceptions of communication and education about sexuality among Muslim immigrant girls in the US. *Sex Edu* 2004 Oct;4(3):255-71.
31. Askew I, Chege J, Njue C, Radeny S. A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya adolescent reproductive health project: frontiers in reproductive health, population council, 2004. Available at: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_KARP%20Adol.pdf
32. Agbemenu K. A critical examination of comprehensive sex education programmes targeting girls between the ages of 14-18, in Kenya, East Africa: Ittsburgh:University of Pittsburgh;2009.
33. Miller KS, Kotchick BA, Dorsey S, Forehand R, Ham AV. Family communication about sex: what are parents saying and are their adolescents listening? *Fam Plann Perspect* 1998 Sep-Oct;30(5):218-22.
34. Somrongthong R, Panuwatsuk P, Amarathithada D, Chaipayom O, Sitthi-amorn C. Sexual behaviors and opinions on sexuality of adolescents in a slum community in Bangkok. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003 Jun;34(2):443-6.
35. Profiles in equity- unicef. Available at: www.unicef.org/aids/files/Profiles_in_Equity_FINAL_June01pdf2011.pdf. p. 37.
36. Aras S, Semin S, Gunay T, Orcin E, Ozan S. Sexual attitudes and risk-taking behaviors of high school students in Turkey. *J Sch Health* 2007 Sep;77(7):359-66.
37. Manning WD, Giordano PC. Preadolescent parenting strategies and teens'dating and sexual initiation: a longitudinal analysis. *J Marriage Fam* 2001 May;63(2):322-35.
38. Cooksey EC, Mott FL, Nuebauer SA. Friendships and early relationships: links to sexual initiation among American adolescents born to young mothers. *Perspect Sex Reprod Health* 2002 May-Jun;34(3):118-26.
39. Sharma V. The reproductive health of adolescents in the Indian subcontinent: the influence of socio-cultural factors. *Int J Adolesc Med Health* 2011 May 20;10(2):97-118.
40. Gammeltoft T. Seeking trust and transcendence: sexual risk-taking among vietnamese youth. *Soc Sci Med* 2002 Aug;55(3):483-96.
41. Fowler JH, Christakis NA. Estimating peer effects on health in social networks: a response to Cohen-Cole and Fletcher; and Trogdon, Nonnemaker, and Pais. *J Health Econ* 2008 Sep;27(5):1400-5.
42. Maxwell KA. Friends: the role of peer influence across adolescent risk behaviors. *J Youth Adolesc* 2002 Aug;31(4):267-77.
43. Larson RW, Wilson S, Brown BB, Furstenberg FF, Verma S. Changes in adolescents' interpersonal experiences: are they being prepared for adult relationships in the twenty- first century? *J Res Adolesc* 2002 Mar;12(1):31-68.
44. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findinds from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997 Sep 10;278(10):823-32.
45. Gubhaju BB. Adolescent reproductive health in the Asia and pacific region. *Asia Pacif Popul J* 2002;17(4):97-119.
46. McKee MD, Karasz A, Weber CM. Health care seeking among urban minority adolescent girls: the crisis at sexual debut. *Ann Fam Med* 2004 Nov-Dec;2(6):549-54.
47. Bankole A, Biddlecom A, Guiella G, Singh S, Zulu E. Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four sub-Saharan African countries. *Afr J Reprod Health* 2007 Dec;11(3):28-43.
48. Benshoff JM, Alexander SJ. The family communication project: fostering parent-child communication about sexuality. *Element Sch Guid Counsel* 1993 Mar;27:288-300.
49. Muhammad YY, Mamdouh HM. Mother-daughter communication about sexual and reproductive health in rural areas of Alexandria, Egypt, 2012. Available at: <http://www.prb.org/pdf12/mother-daughter-mena-workingpaper.pdf>.