

## Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education

Jalali Aria K (MSc)\*<sup>1</sup>, Nahidi F (MSc)<sup>2</sup>, Amir Ali Akbari S (MSc)<sup>2</sup>, Alavi Majd H (PhD)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Academic Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>2</sup>Academic Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Statistic, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Adolescence is a critical period which has physical, sexual and psychosocial changes. Scientists believe that adolescent must aware from necessary knowledge at critical time, because unawareness causes more sexual deviation. Thus in this study parents and teacher's view had been assessed about the best time and appropriate method for reproductive health education for female adolescents.

**Materials and Methods:** In this descriptive study 400 parents and 50 teachers from girls' high school were chosen by multiple sampling in Gorgan-Iran. Information collected by a questionnaire which consisted of two parts of demographic characteristics and polling which contains three parts: fertilization and pregnancy, family planning, HIV and STDs. Descriptive statistic was used for analysis the Data by SPSS-9 software.

**Results:** 43.5% of mothers and 38.5% of fathers believed that the best time for fertilization and pregnancy education is at marriage time, and 46% of teachers believed grade III high school and pre- university is suitable time. Majority of teachers and parents believed that the best time to teach family planning is at marriage time. 32% of mothers believed that the most suitable time. for teaching HIV and STDs is grade 3 at high school and pre- university but about 30.7% of fathers and 38% of teachers noted the best time is grade I and II at high school. About the most suitable education method, 45% of mothers and 44% of teachers believed that attending a midwife at school is necessary.

**Conclusion:** This study showed that majority of parents and teachers agree with reproductive health education during high school and marriage time and they mentioned that the best education method should be done at school with attending a midwife as a counselor.

**Keywords:** Female, Adolescent, Reproductive health education, Parent, Teacher, Iran

---

\* Corresponding Author: Jalali Aria K (MSc), E-mail: jalaliaria@yahoo.com

Received 26 Sep 2009

Revised 23 Jun 2010

Accepted 20 Jul 2010

## زمان و روش مناسب آموزش بهداشت باروری به دختران از دیدگاه والدین و معلمان شهر گرگان

کتایون جلالی آریا<sup>۱\*</sup>، فاطمه ناهیدی<sup>۲</sup>، صدیقه امیر علی اکبری<sup>۲</sup>، دکتر سید حمید علوی مجد<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گرگان.

۲- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

۳- دکترای آمار، استادیار گروه آمار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

### چکیده

**زمینه و هدف:** نوجوانی دوره پرتلاطمی است که تغییرات جسمانی، جنسی و روانی زیادی را در بردارد. لذا محققین معتقدند که نوجوانان در دوران بلوغ باید از آگاهی‌های لازم این دوره بحرانی مطلع گردند؛ زیرا ناآگاهی و بی‌اطلاعی آنان امکان بروز انحرافات و لغزش‌های جنسی را بیشتر می‌کند. این مطالعه به منظور تعیین زمان و روش مناسب آموزش بهداشت باروری به دختران از دیدگاه والدین و معلمان شهر گرگان انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی ۴۰۰ والد (۲۰۰ زوج) و ۵۰ معلم دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهرگرگان طی سال ۱۳۸۲ به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه مشتمل بر دو بخش خصوصیات دموگرافیک و نظرسنجی که خود شامل سه مبحث لقاح و حاملگی، تنظیم خانواده و ایدز و بیماری‌های مقاربتی بود؛ داده‌ها جمع‌آوری شدند. برای تعیین فراوانی و درصد داده‌ها از آمار توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-9 استفاده شد.

**یافته‌ها:** ۴۳/۵ درصد از مادران و ۳۸/۵ درصد پدران بهترین زمان آموزش لقاح و حاملگی را هنگام ازدواج و ۴۶ درصد از معلمان بهترین زمان را سال سوم و پیش‌دانشگاهی ذکر کردند. ۵۵ درصد والدین و ۵۶ درصد معلمان زمان مناسب برای آموزش تنظیم خانواده را هنگام ازدواج مناسب دانستند. ۳۲ درصد معلمان بهترین زمان را برای آموزش ایدز و بیماری‌های مقاربتی سال سوم دبیرستان و دوره پیش‌دانشگاهی ذکر نمودند. همچنین ۳۰/۷ درصد پدران و ۳۸ درصد معلمان، سال اول و دوم دبیرستان را زمان مناسب برای آموزش عنوان نمودند. ۴۵ درصد مادران و ۴۴ درصد معلمان مناسب‌ترین روش آموزش را مراجعه نوجوان به مامای حاضر در مدرسه بیان کردند.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که بیشتر والدین و معلمان با آموزش بهداشت باروری در دوران دبیرستان و هنگام ازدواج موافق بوده و مناسب‌ترین روش اطلاع‌رسانی را تدریس در مدرسه و حضور ماما در مدارس به عنوان مشاور ذکر کردند.

**کلید واژه‌ها:** دختران، آموزش بهداشت باروری، نوجوان، والدین، معلم، گرگان

\* نویسنده مسؤول: کتایون جلالی آریا، پست الکترونیکی: [jalaliaria@yahoo.com](mailto:jalaliaria@yahoo.com)

نشانی: گرگان، کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد فلسفی)، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۴۴۲۶۹۰۰ (۰۱۷۱)، نمابر: ۴۴۲۵۱۷۱

وصول مقاله: ۸۸/۷/۴، اصلاح نهایی: ۸۹/۴/۲، پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۲۹

در سال ۱۳۷۲ نشان داد که ۸۲/۵ درصد مادران نسبت به آموزش مسائل جسمی - جنسی به دختران دوره راهنمایی نگرشی خنثی داشتند (۵). اما شامانی در سال ۱۳۷۷ نشان داد که مریبان پرورشی بهترین زمان آموزش به نوجوانان را هنگام بلوغ و والدین بهترین زمان را اوایل ازدواج می دانند. در این مطالعه ۶۰/۲ درصد والدین در پاسخ به پرسش «تا چه حد آگاه ساخته نوجوان از رفتار جنسی لازم است؟» گزینه کم را انتخاب نمودند (۶). در هیچ یک از مطالعات انجام شده در ایران نظر والدین و مریبان نسبت به شیوه های اطلاع رسانی و آموزش به نوجوانان مطالعه ای یافت نشد.

با توجه به فرهنگ و سنت های حاکم در کشور ما، شرم و حیای والدین برای آموزش مسائل مربوط به بلوغ و نوجوانی بارز است و از طرفی سطح آگاهی والدین نیز ممکن است در حدی نباشد که بتوانند اطلاعات صحیح را در اختیار فرزندان خود قرار دهند. با توجه به این که مدارس یکی از مکان های آموزش بهداشت است (۷)؛ به نظرمی رسد که سریع ترین راه دستیابی به سطوح پیشگیری بهداشتی در زمینه بلوغ و مسائل جنسی، آموزش آن در مدارس باشد که باز به دلایل ذکر شده چنین آموزش هایی انجام نمی شود.

مشارکت والدین برای انتخاب موضوعاتی برای آموزش معلومات جنسی، مقداری از مخالفت های آنها را کاهش می دهد (۴) و با توجه به این نکته که صحبت کردن درباره این موضوعات بسته به شرایط، زمان و مکان متفاوت می باشد (۸)؛ لذا این مطالعه به منظور تعیین زمان و روش مناسب آموزش بهداشت باروری به دختران از دیدگاه والدین و معلمان شهر گرگان انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی روی ۴۰۰ والد (۲۰۰ زوج) و ۵۰ معلم دانش آموزان دبیرستان های دخترانه و مراکز پیش دانشگاهی شهر گرگان طی سال ۱۳۸۲ انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

والدین و معلمان فارس باشند. والدین ساکن شهر گرگان باشند و با فرزند مورد نظر زندگی کنند. فرزندشان آخرین مرحله بلوغ (قاعدگی) را طی کرده باشد. حداقل سواد والدین پنجم ابتدایی باشد.

### مقدمه

در طول زندگی یک فرد وقایعی رخ می دهند که از اهمیت خاصی برخوردارند و به عنوان نقاط عطفی در زندگی از آنها یاد می شود. یکی از این وقایع بلوغ است. بلوغ دوره بحرانی انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و کسب قدرت باروری است (۱). نوجوانان در دوره بلوغ باید از آگاهی های لازم این دوره مطلع گردند و برای رسیدن به این منظور، تأمین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بر عهده والدین است که اطلاعات این دوران را در اختیار نوجوانان قرار دهند (۲). اگر والدین مسؤولیت خود را در زمینه مکالمات بهداشتی با فرزندان شان به دلیل شرم، ناآگاهی و یا مشغله زیاد فراموش کرده و آن را بردوش مسؤولین گذارند؛ آنها نیز به نوبه خود این امر را بر دوش خانواده بگذارند؛ سایر منابع اطلاعاتی مانند همسالان، خواهر و برادر بزرگ تر، گفتگوهای خیابانی و رسانه های عمومی ظهور می یابند. از این رو سازمان بهداشت جهانی در سال های ۹۵-۱۹۹۰ آموزش بهداشت نوجوانان را در دستور هشتمین برنامه کاری خود قرار داد (۳).

در ایالات متحده طی سال ۱۹۷۰ آغاز برنامه های آموزش مسائل جنسی باعث ایجاد مشاجرات هیجان انگیزی شد. این آموزش ها اطلاعات اساسی و پایه را به زبان ساده فراهم می کردند. مانند این که بچه چگونه به دنیا می آید؛ اما پیام های آنها صریح و بی پرده بود. به عنوان مثال رابطه جنسی کار ناپسندی نیست؛ اما باید تا هنگام ازدواج صبر کرد.

در مدارس ابتدایی آمریکا هنوز برنامه های آموزشی زندگی خانوادگی با مقاومت والدین روبروست. زیرا آنها احساس می کنند؛ آموزش درباره مسائل جنسی و تولید مثل، معصومیت فرزندان آنها را ربوده و آنها را دچار پریشانی و آشفتگی خاطر خواهد کرد. اما طی گزارشی در سال ۱۹۹۱ اعلام شد که ۸۷ درصد آمریکایی ها با آموزش مسائل جنسی موافقت. همچنین برخی از محققین گزارش کردند که آموزش مسائل جنسی دانش آموزان را به انجام فعالیت های جنسی تشویق نمی کند (۴).

متأسفانه در ایران مطالعات محدودی در خصوص ضرورت و چگونگی آموزش مسائل جنسی که بخش کوچکی از مبحث بهداشت باروری است؛ انجام شده است. مطالعه کریمی

حاملگی (۵ سؤال)، تنظیم خانواده (۸ سؤال) و ایدز و بیماری‌های مقاربتی (۵ سؤال) بود. در بخش نظرسنجی در هر مبحث ابتدا با طرح چند سوال نگرشی در مقیاس لیکرت، درباره مطالب آموزشی نظرسنجی انجام شد. به عنوان مثال «به نظر من لازم است تا به نوجوان درباره روش صحیح مصرف قرص ضدبارداری آموزش داده شود».

در واقع با طرح چنین سؤالاتی در هر مبحث، موضوعات مورد نظر آموزشی به اطلاع والدین و معلمان رسانده شد. سپس در پایان هر مبحث در مورد زمان و روش مناسب مطالب آموزشی ذکر شده، نظرسنجی گردید.

گزینه‌ها در مورد سؤال بهترین زمان عبارت از دوره راهنمایی، سال اول و دوم دبیرستان، سال سوم و پیش‌دانشگاهی، هنگام ازدواج، هیچوقت و گزینه سایر موارد بود.

در مورد سؤال بهترین روش آموزش گزینه‌ها عبارت از ارائه جزوه آموزشی، تدریس مطالب در مدرسه، وجود یک ماما در مدرسه و مراجعه نوجوان برای رفع سؤالات و مشکلات، راهنمایی نوجوان به مراکز بهداشتی درمانی برای رفع سؤالات و مشکلات و آموزش از طریق رادیو و تلویزیون بود.

در مورد سؤال بهترین روش آموزش، نمونه‌ها اجازه داشتند تا بیش از یک گزینه انتخاب کنند. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر منظور از روش آموزش شیوه‌های ارائه خدمات و آموزش‌های مورد نیاز برای رفع مشکلات نوجوانان دختر بود.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و همچنین مسؤول پژوهشکده تعلیم و تربیت آموزش و پرورش شهر گرگان ارائه گردید. همچنین پرسشنامه به ۱۰ تن از نمونه‌ها (۵ والد و ۵ معلم) نیز برای تکمیل و نظرخواهی توزیع شد تا از نظر سادگی و واضح بودن سؤالات بررسی گردد. برای تعیین پایایی ابزار از روش آماری آلفاکرونباخ استفاده گردید و برای معلمان، مادران و پدران به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ به دست آمد. برای تعیین فراوانی و درصد داده‌ها از آمار توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-9 استفاده شد.

در این پژوهش از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده گردید. ابتدا دبیرستان‌ها و مدارس پیش‌دانشگاهی دخترانه شهر گرگان به دو گروه دولتی و غیرانتفاعی تقسیم گردید. سپس به روش خوشه‌ای ۴ مدرسه از گروه دولتی و ۲ مدرسه از گروه غیرانتفاعی به وسیله قرعه‌کشی انتخاب شد. علت استفاده از این نوع تقسیم‌بندی و عدم تقسیم شهر به مناطق جغرافیایی (برای نمونه‌گیری خوشه‌ای) تجمع اکثر مدارس در یکی از خیابان‌های شهر بود.

پس از تعیین حجم کل نمونه، از ۴ پایه اول، دوم، سوم و پیش‌دانشگاهی به نسبت جمعیت کل هر پایه، تعداد مورد نظر از روش تخصیص متناسب تعیین گردید. به عنوان مثال برای تعیین تعداد دانش‌آموزان پایه اول مدارس دولتی از تناسب زیر استفاده شد:

$$\frac{\text{کل نمونه}}{\text{کل نمونه پایه اول دولتی (x)}} = \frac{\text{کل دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی}}{\text{کل دانش‌آموزان پایه اول دولتی}}$$

بدین ترتیب برای همه پایه‌ها در مدارس دولتی و غیرانتفاعی تعداد نمونه تعیین گردید. علت تقسیم کردن نمونه‌ها به طور متناسب در ۴ پایه، کم‌رنج کردن اثر سن دانش‌آموز در نتایج به دست آمده است.

در مرحله بعدی تعداد مورد نظر دانش‌آموزان در هر پایه با توجه به لیست حضور و غیاب کلاس به وسیله قرعه‌کشی تعیین شدند. سپس با مراجعه به منزل دانش‌آموزان و شرح پژوهش؛ در صورت موافقت هر دو والد، پرسشنامه‌ها تحویل آنان شد و پس از تکمیل آنها در حضور پژوهشگر (نویسنده اول مقاله) جمع‌آوری گردید.

در مورد معلمان با روش تخصیص متناسب از دو گروه دولتی و غیرانتفاعی و سپس به روش تصادفی از لیست اسامی معلمان در هر مدرسه، تعداد مورد نظر انتخاب شدند و در همان مکان پرسشنامه‌ها توسط ایشان تکمیل گردید.

در این مطالعه منظور از بهداشت باروری تنها بخش کوچکی از آن شامل مباحث لقاح و حاملگی، تنظیم خانواده و ایدز و بیماری‌های مقاربتی بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای در دو بخش مشخصات دموگرافیک و بخش نظرسنجی در ۳ مبحث لقاح و

### یافته‌ها

میانگین سن مادران  $42 \pm 4/9$  سال، پدران  $46 \pm 5/4$  سال و معلمان  $37/8 \pm 8/3$  سال بود. از نظر سطح تحصیلات ۴۳ درصد پدران دانشگاهی و ۵۱ درصد مادران متوسطه بودند. ۸/۵ درصد مادران و ۶/۵ درصد پدران تحصیلاتی در حد ابتدایی داشتند. ۶۳ درصد مادران خانه‌دار و ۵۴ درصد پدران کارمند و تنها ۱ درصد پدران بیکار بودند.

۸۶ درصد معلمان دارای مدرک کارشناسی، ۸ درصد کارشناسی ارشد و ۶ درصد کاردانی بودند. همچنین میانگین سابقه کار معلمان  $16 \pm 8/51$  سال بود.

در مبحث لقاح و حاملگی ۴۳/۵ درصد مادران و ۳۸/۵ درصد پدران هنگام ازدواج را زمان مناسب برای آموزش می‌دانستند. در حالی که ۴۶ درصد از معلمان سال سوم و پیش دانشگاهی را به عنوان گزینه مناسب انتخاب نمودند. لازم به ذکر است که ۲/۵ درصد مادران معتقد بودند که مبحث لقاح و حاملگی هیچوقت نباید آموزش داده شود و هیچ‌یک از معلمان این نکته را ذکر نکردند (جدول یک).

در مبحث تنظیم خانواده ۵۷/۳ درصد مادران، ۵۲/۸ درصد

پدران و ۵۶ درصد معلمان معتقد بودند که زمان ازدواج برای آموزش مناسب‌تر است. تمام نمونه‌ها به عنوان انتخاب‌های بعدی، به ترتیب سال سوم و پیش‌دانشگاهی، سال اول و دوم دبیرستان و در نهایت دوران راهنمایی را برگزیدند (جدول یک).

در مبحث ایدز و بیماری‌های مقاربتی ۳۲ درصد مادران، سال سوم و پیش‌دانشگاهی را به عنوان مناسب‌ترین زمان و پس از آن ۲۸ درصد سال اول و دوم دبیرستان را مناسب دانستند. در این مورد ۳۰/۷ درصد پدران و ۳۸ درصد معلمان سال اول و دوم دبیرستان را به عنوان بیشترین گزینه و پس از آن ۲۷/۱ درصد پدران و ۳۴ درصد معلمان سال سوم و پیش‌دانشگاهی را به عنوان گزینه مناسب انتخاب کردند. ۲/۵ درصد پدران، ۱/۵ درصد مادران و ۲ درصد معلمان گزینه سایر موارد را مناسب دانستند (جدول یک).

در مورد مناسب‌ترین روش آموزش، ۴۵ درصد مادران و ۴۴ درصد معلمان حضور ماما در مدرسه و مراجعه نوجوان برای رفع مشکلات و پس از آن تدریس در مدرسه بود. در این باره نظر پدران متفاوت بود. آنان تدریس در مدرسه را

جدول ۱: نظر والدین و معلمان شهر گرگان درباره زمان مناسب آموزش بهداشت باروری (لقاح و حاملگی، تنظیم خانواده و ایدز) به دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر گرگان

سایر موارد (تعداد درصد)	هیچوقت (تعداد درصد)	هنگام ازدواج (تعداد درصد)	سوم دبیرستان و پیش‌دانشگاهی (تعداد درصد)	اول و دوم دبیرستان (تعداد درصد)	راهنمایی (تعداد درصد)		
۲ (۱)	۳ (۱/۵)	۷۷ (۳۸/۵)	۶۰ (۳۰)	۳۷ (۱۸/۵)	۲۱ (۱۰/۵)	پدر	لقاح و حاملگی
۲ (۱)	۵ (۲/۵)	۸۷ (۴۳/۵)	۶۲ (۳۱)	۳۱ (۱۵/۵)	۱۴ (۷)	مادر	
۰ (۰)	۱ (۲)	۱۹ (۳۸)	۲۳ (۱۱)	۴ (۸)	۳ (۶)	معلم	
۲ (۱)	۰ (۰)	۱۰۵ (۵۲/۸)	۵۱ (۲۵/۶)	۳۱ (۱۵/۶)	۱۰ (۵)	پدر	تنظیم خانواده
۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	۱۱۴ (۵۷/۳)	۵۴ (۲۷/۱)	۲۱ (۱۰/۶)	۸ (۴)	مادر	
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۸ (۵۶)	۱۶ (۳۲)	۵ (۱۰)	۱ (۲)	معلم	
۵ (۲/۵)	۱ (۰/۵)	۲۹ (۱۴/۶)	۵۴ (۲۷/۱)	۶۱ (۳۰/۷)	۴۹ (۲۴/۶)	پدر	ایدز و بیماری‌های مقاربتی
۳ (۱/۵)	۲ (۱)	۲۹ (۱۴/۵)	۶۴ (۳۲)	۵۶ (۲۸)	۴۶ (۲۳)	مادر	
۱ (۲)	۰ (۰)	۷ (۱۴)	۱۷ (۳۴)	۱۹ (۳۸)	۶ (۱۲)	معلم	

جدول ۲: نظر والدین و معلمان شهر گرگان درباره روش مناسب آموزش بهداشت باروری به دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر گرگان

معلم (تعداد درصد)	پدر (تعداد درصد)	مادر (تعداد درصد)	
۱۴ (۲۸)	۴۳ (۲۱/۵)	۴۲ (۲۱)	ارائه جزوه آموزشی
۲۱ (۴۲)	۹۶ (۴۸)	۸۱ (۴۰/۵)	تدریس در مدرسه
۲۲ (۴۴)	۹۲ (۴۶)	۹۰ (۴۵)	وجود ماما در مدرسه و مراجعه نوجوان
۴ (۱۲)	۳۶ (۱۸)	۲۸ (۱۴)	وجود ماما در مرکز بهداشت و مراجعه نوجوان
۹ (۱۸)	۵۱ (۲۵/۵)	۳۸ (۱۹)	آموزش توسط رادیو و تلویزیون

۱۰سالگی را سن مناسبی برای شرح مطالبی در زمینه لقاح و بارداری دانستند (۱۱).

در مطالعه ما اکثر والدین و معلمان، بهترین زمان آموزش تنظیم خانواده را هنگام ازدواج توصیه نمودند. قابل توجه است که ۱۵/۶ درصد از پدران در مقابل ۱۰/۶ درصد مادران و ۱۰ درصد معلمان ذکر کردند که مسائل تنظیم خانواده باید در سال‌های اول و دوم دبیرستان آموزش داده شود. شاید پدران بیش از مادران بر این اعتقاد باشند که برای درونی شدن و پایداری آموزش‌ها سنین پائین مناسب‌تر است و یا این که احتمالاً مردان تنظیم خانواده را عمدتاً وظیفه زنان دانسته و لذا زمان زودتری را برای این آموزش‌ها انتخاب کردند.

مطالعه عزیزی نشان داد که اکثریت شرکت کنندگان آموزش مسائل مربوط به جمعیت و تنظیم خانواده را لازم می‌دانستند و تنها عده معدودی از پدران بر این اعتقاد بودند که آموزش این مسائل به دانش‌آموزان وقت گیر است و باعث انحراف فکر آنها می‌شود. همچنین این موضوعات به طور مکرر در جامعه آموزش داده می‌شود و بهتر است تا فرزندان ایشان این نکات را در دانشگاه‌ها بیاموزند. برخی از مادران نیز اظهار داشتند؛ به دلیل شایع بودن مشکلات ناشی از رشد جمعیت بچه‌ها خود به خود این مسائل را یاد می‌گیرند و نیازی به آموزش نیست (۹).

شاید سطح آگاهی والدین و برخی تفاوت‌های فرهنگی بتواند دلیل این اختلاف نظرها باشد.

در مطالعه ما در مبحث ایدز و بیماری‌های مقاربتی اکثریت پدران و معلمان سال‌های اول و دوم دبیرستان و بیشتر مادران سال سوم دبیرستان و پیش‌دانشگاهی را مناسب برای آموزش می‌دانستند. در مطالعه عزیزی اکثر شرکت کنندگان دوره راهنمایی را زمان مناسبی گزارش کردند. در این مطالعه پدران نسبت به سایر شرکت کنندگان سنین بالاتری را برای آموزش این مباحث برگزیدند (۹). شاید علت این تفاوت نوع مطالعه و در نتیجه ویژگی‌های فردی دختران و از پدران در مورد پسران مادران و معلمان در مورد دختران و از پدران در مورد پسران پرسش به عمل آمده بود که به طبع تفاوت در جنس دانش‌آموزان می‌تواند؛ روی نظر والدین تاثیر گذار باشد. همچنین مطالعه عزیزی یک مطالعه کیفی با حجم نمونه کم و

گزینه اول و وجود ماما در مدرسه را به عنوان گزینه دوم برگزیدند. در هر سه گروه سایر روش‌ها به ترتیب ارائه جزوه آموزشی، آموزش به وسیله رادیو و تلویزیون و در آخر حضور ماما در مرکز بهداشت و مراجعه شخصی نوجوان در نظر گرفته شد (جدول ۲).

### بحث

طبق نتایج به دست آمده اکثریت والدین و معلمان موافق آموزش مسائل جنسی به نوجوانان بودند که در مجموع در مباحث لقاح و حاملگی و تنظیم خانواده ترجیح دادند تا این آموزش‌ها هنگام ازدواج داده شود و در مورد ایدز و بیماری‌های مقاربتی سال‌های دبیرستان را انتخاب کردند.

بهترین زمان آموزش رفتار جنسی در مطالعه شامانی در سندج (۶) از نظر اکثریت والدین (۶۷/۵ درصد) هنگام ازدواج بود. در مطالعه شامانی ۷۵ درصد مریمان پرورشی زمان بلوغ را مناسب‌ترین زمان آموزش می‌دانستند که نسبت به معلمان مورد مطالعه ما زمان زودتری را انتخاب نموده‌اند (۶). شاید علت این تفاوت گستردگی مبحث رفتار جنسی نسبت به موضوع لقاح و حاملگی باشد که در پژوهش حاضر مورد سؤال قرار گرفت.

اما در مجموع معلمان نسبت به والدین زمان زودتری را برای آموزش انتخاب کردند که شاید به دلیل درک بیشتر مسائل نوجوانان بر حسب شغلشان باشد. از طرفی والدین به دلیل نگرانی در مورد مشکلاتی که ممکن است؛ به دنبال آموزش زود هنگام ایجاد گردد؛ ترجیح می‌دهند که زمان دیرتری را انتخاب کنند. مطالعه عزیزی مؤید این نکته است (۹). عزیزی در نتایج پژوهش کیفی خود نوشت که پدران تاکید داشتند که آموزش‌های بهداشت بلوغ باید محتاطانه و با توجه خاص به مسائل فرهنگی جامعه ما باشد تا از پرده‌داری جلوگیری شده و حریم‌ها رعایت گردد (۹).

در مطالعه Landry ۷۲ درصد معلمان مدارس آمریکا معتقد بودند که موضوعات جنسی باید در پایه‌های ۵ و ۶ مدارس که تقریباً معادل دوره راهنمایی در کشور ماست؛ آموزش داده شود (۱۰). طبیعتاً تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بیانگر اختلاف موجود بین نتایج پژوهش‌ها می‌باشد.

در مطالعه کیفی Haglund ۵۷ درصد پاسخ‌دهندگان

در مطالعه Briggs ۹۳/۲ درصد والدین معتقد بودند که آموزش مسائل جنسی در مدرسه انجام شود (۱۷). این آمار در مطالعه انستیتو سلامت ملی ایتالیا که در شهر رم طی سال ۱۹۹۹ انجام شد؛ ۹۱ درصد بود. در این مطالعه ۵۲ درصد والدین بر این اعتقاد بودند که این آموزش‌ها باید توسط پزشکان داده شود (۱۶). این گزارش می‌تواند تا حد زیادی مؤید نتایج ما نیز باشد. در مطالعه ما نیز دومین گزینه منتخب حضور ماما در مدرسه و مراجعه شخصی نوجوان بود. در واقع این مطالعات نشانگر آن است که والدین ترجیح می‌دهند تا آموزش‌ها توسط افراد متخصص و با آگاهی بالا داده شود.

آکادمی طب کودکان آمریکا در سال ۲۰۰۱ نیز در بیانیه‌ای در مورد مسائل جنسی نوجوانان، متخصصین کودکان را افرادی مناسب برای ادامه آموزش مسائل جنسی برای کودکان و نوجوانان دانست. به طوری که تلاش‌های آنها در تکمیل برنامه‌های مدارس سودمند می‌باشد (۱۲).

به نظر می‌رسد که در جوامع مختلف با توجه به شرایط و امکانات موجود از کارشناسان و متخصصین گروه‌های مختلف برای آموزش استفاده می‌گردد.

از آنجایی که یافته‌های پژوهش ما مربوط به سال ۸۲ می‌باشد و از طرفی تنها پژوهش انجام شده در این زمینه در شهر گرگان است؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های مشابه در جهت تأیید یا تغییرات احتمالی یافته‌ها انجام گردد. هر چند که به عقیده Oppenheim نظراتی که ریشه در نگرش‌ها دارند؛ به راحتی قابل تغییر نیستند و نیاز به گذشت زمانی طولانی دارند (۱۸).

### نتیجه‌گیری

طبق نتایج به دست آمده اکثریت والدین و معلمان موافق آموزش مسائل جنسی به نوجوانان بودند که در مجموع در مباحث لقاح و حاملگی و تنظیم خانواده ترجیح دادند تا این آموزش‌ها هنگام ازدواج داده شود و در مورد ایدز و بیماری‌های مقاربتی سال‌های دبیرستان را انتخاب کردند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از نتایج پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی بود. بدین وسیله از مسؤولین محترم آموزش و پرورش و مدیران و معلمان دبیرستان‌های دخترانه

با شیوه جمع‌آوری اطلاعات به صورت بحث گروهی و مصاحبه بود که امکان تأثیرگذاری روی پاسخ‌های افراد وجود داشت. در حالی که در مطالعه ما، بدون هیچ‌گونه راهنمایی توسط پرسشگر، نظرات والدین جمع‌آوری گردید.

در مطالعه Haglund والدین و معلمان بر این اعتقاد بودند که آموزش بهداشت باروری در اوایل دوران بلوغ صورت گیرد (۱۱).

شاید مادران ما به دلیل نگرانی از آگاه شدن فرزندان نشان نسبت به برخی مطالب جنسی معتقدند که آموزش‌ها دیرتر آغاز گردد. البته این نگرانی در همه جوامع وجود دارد. به طور معمول والدین همواره نگران این موضوع هستند که بحث درباره مسائل جنسی نوجوان را به این رفتارها سوق می‌دهد. در حالی که مطالعات دیگر (۱۲ و ۴) خلاف آن را ثابت نموده است. در واقع هرچه میزان آگاهی فرد نسبت به مسائل جنسی بیشتر باشد؛ آغاز اولین مقاربت دیرتر و همچنین عوارضی چون بارداری ناخواسته و سقط کمتر می‌شود (۱۳).

در پژوهش Haglund تمام شرکت‌کنندگان (از سه گروه مربی آموزشی، والدین و پزشکان) بر این اعتقاد بودند که آموزش زود هنگام مسائل جنسی نوجوانان را از فعالیت‌های جنسی زودرس و حاملگی ناخواسته حفاظت می‌کند. از طرفی معتقد بودند که آموزش‌های زود هنگام و مداوم راهی سریع برای مقابله و بی‌اثر کردن اطلاعات نادرست است (۱۱).

در مطالعه Bleakley آموزش مسائل جنسی از طریق والدین، پدر بزرگ، مادر بزرگ و مبلغین دینی با ایجاد عقایدی در دانش‌آموزان همراه است که منجر به تاخیر آغاز رابطه جنسی می‌شود. در مقابل کسب اطلاعات نوجوانان از اقوام همسن مانند دخترعمو یا پسرعمو، رسانه‌های گروهی و وسایل ارتباط جمعی احتمال شروع زودرس رابطه جنسی را افزایش می‌دهد. منابع اطلاع‌رسانی مختلف درباره مسائل جنسی علت اصلی تفاوت در نگرش و اعتقادات نوجوانان نسبت به این گونه مسائل است (۱۴).

در زمینه روش مناسب برای آموزش، اکثر مطالعات تأیید کننده نتایج مطالعه ما می‌باشد. یعنی بیشتر افراد معتقد بودند که آموزش مسائل جنسی در برنامه درسی مدارس گنجانده شود (۱۶ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۶).

مبذول داشتند؛ صمیمانه سپاسگزاریم.

شهر گرگان که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را

## References

1. The general office of family health, Deputy health. [Guidelines for reproductive health. Tehran]. Tehran: Ministry of health and medical education publisher. 1997; pp:5-20. [Persian]
2. Firoozan A. [An investigation of rate of health education's influence on girls' health behavior during menstruation]. Thesis for MS. Tarbiat Modarres University. 2001. [Persian]
3. Jabarooty F, Alizadeh M. [Collection Guidelines of adolescents' health for health professionals and manager]. Tehran Ministry of health and medical education publisher. 1998; pp:5-25. [Persian]
4. Jaffe ML. Adolescence. 5<sup>th</sup>. New York: John Wiley and Sons Inc. 1998; pp:348-53.
5. Karimi A. [An investigation of mother's attitude regarding girl's adolescents education in secondary school in Tehran 1993.] Thesis for MS. Iran University of Medical Sciences. School of Nursing and Midwifery. 1993. [Persian]
6. Shamani A. [Determine the attitude of key persons (Parents, clergies, fostering educators) about importance of sexual behaviour training to adolescence and young adults in Sanandaj 1998]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2000;4(14):9-15. [Article in Persian]
7. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. [Health behavior and health education]. Translated by Shafiee F. 1<sup>st</sup>. Tehran: Ladan. 1997; pp:29-30. [Persian]
8. Lindberg LD, Ku L, Sonenstein F. Adolescents' reports of reproductive health education, 1988 and 1995. *Fam Plann Perspect*. 2000 Sep-Oct;32(5):220-6.
9. Azizi F, Zafarmand MH, Biat F. [Qualitative analysis of parents, teachers and student's beliefs about education of reproductive health to students using focus group discussion]. *Iranian South Medical Journal*. 2003;1(6): 69-78. [Article in Persian]
10. Landry DJ, Singh S, Darroch JE. Sexuality education in fifth and sixth grades in U.S. public schools, 1999. *Fam Plann Perspect*. 2000 Sep-Oct;32(5):212-9.
11. Haglund K. Recommendations for sexuality education for early adolescents. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 May-Jun;35(3):369-75.
12. American Academy of Pediatrics: Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2001 Aug; 108(2): 498-502.
13. Williams MT, Bonner L. Sex education attitudes and outcomes among North American women. *Adolescence*. 2006 Spring;41(161):1-14.
14. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *Am J Health Behav*. 2009 Jan-Feb;33(1):37-48.
15. Iyoke CA, Onah HE, Onwasigwe CN. Teachers' attitude is not an impediment to adolescent sexuality education in Enugu, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2006 Apr;10(1):81-90.
16. Centers for Disease Control (CDC). Attitudes of parents of high school students about AIDS, drug, and sex education in schools—Rome, Italy, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1992 Mar 27;41(12):201-3.
17. Briggs LA. Parents' viewpoint on reproductive health and contraceptive practice among sexually active adolescents in the Port Harcourt local government area of Rivers State, Nigeria. *Adv Nurs*. 1998 Feb;27(2):261-6.
18. Oppenheim AN. [Questionnaire design and attitude measurement]. Translated by Kariminia M. 2<sup>nd</sup>. Mashhad: Astane Ghodse Razavi Publication. 1996; pp: 126-30.