

نیازسنجی کیفی بهداشت باروری در دوران نوجوانی

مهسا شکور^{۱،۲}، نیکو یمانی^۳، سهیلا احسانپور^۴، شیوا علیزاده^۵

^۱مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۲مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران ^۳مرکز توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۴گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۵گروه مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: یکی از دوره‌هایی که بهداشت باروری آن مطرح است بهداشت باروری دوره نوجوانی است. نوجوانی یکی از دوره‌های بسیار مهم زندگی است که با تغییرات مهم فیزیکی، روحی، روانی و اجتماعی همراه است. لذا هدف از این مطالعه نیازسنجی و شناسایی نیازهای نوجوانان در زمینه بهداشت باروری در ایران به عنوان اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی ارائه خدمات بهداشتی بود.

روش بررسی: این مطالعه کیفی و با روش تحلیل محتوا بود. برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با دختران در دو گروه متمرکز ۷ و ۱۰ نفره و برای پسران از روش مصاحبه فردی با ۱۰ نفر استفاده شد. تجزیه و تحلیل کیفی محتوا انجام شد. در مرحله اول بدون تجزیه و تحلیل اطلاعات فقط به پاسخ‌ها توجه شد، بعد از انجام این اقدام به شکل معنی‌دار و کوتاه شده در آمد. سپس مفاهیم یکسان را یکی کرده و عنوان کلی گرفتند و در حیطه‌های بهداشتی مختلف و به عنوان مشکل بهداشتی و خواسته، دسته‌بندی شد.

یافته‌ها: دختران نوجوان مسایل و نیازهای متعددی در چهار دسته کلی شامل؛ تجربه قاعدگی و بهداشت بلوغ، مسائل اجتماعی، جنسی و روحی و روانی داشتند. پسران نوجوان نیز به سه دسته نیاز تغییرات جسمانی و بهداشت بلوغ، روحی روانی و جنسی اشاره داشتند. نوجوانان در مورد تغییرات جسمانی به مسایلی همچون تغییرات جسمانی بلوغ، عدم آگاهی از علایم بلوغ کامل، عدم آگاهی از بهداشت دوران بلوغ اشاره داشتند. از مسایل مطرح شده در زمینه مسایل روحی روانی به احساس عدم درک از طرف خانواده، احساس افسردگی و در زمینه مسایل جنسی به تمایل به برقراری ارتباط با دختران، عدم آگاهی در مورد روابط و امثال آن را مطرح کردند.

نتیجه‌گیری: آموزش مسایل بهداشت باروری به سه گروه والدین، مربیان و نوجوانان، با برنامه‌ریزی مدون در سنین حوالی بلوغ از اولویت‌ها و نیازهای مطرح شده به وسیله نوجوانان است

واژه‌های کلیدی: نوجوانی، بهداشت باروری، نیازسنجی، بلوغ

* نویسنده مسئول: مهسا شکور، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی

Email: ms.shakour@gmail.com

مقدمه

یکی از مباحث مهم در بهداشت و سلامت، بحث بهداشت باروری است. بهداشت باروری منعکس کننده سلامت مردان و زنان است و در عین حال بر سلامت نسل‌های آینده نیز تأثیرگذار است. یکی از دوره‌هایی که بهداشت باروری آن مطرح است بهداشت باروری دوره نوجوانی است. بر اساس آمار سال ۱۳۹۰ دوازده میلیون و دویست هزار نفر یعنی ۱۷ درصد از جمعیت جامعه را نوجوانان ده تا نوزده ساله تشکیل دادند (۲).

نوجوانی یکی از دوره‌های بسیار مهم زندگی محسوب می‌شود و در واقع مرحله انتقالی از کودکی به بزرگسالی است. این مرحله بینابینی با تغییرات مهم فیزیکی، روحی، روانی و اجتماعی همراه است که بر عملکرد اجتماعی و جنسی در دوران بزرگسالی تأثیر بسزایی دارد. بدیهی است که برخورداری از یک مرحله انتقالی سالم باروری جنسی، بستگی زیادی به وسعت اطلاعات، نوع نگرش و رفتارهای کسب شده در دوران نوجوانی به خصوص در دوره‌های میانی و پایانی دوره نوجوانی یعنی از ۱۵ تا ۱۹ سالگی دارد. نیازهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان هم در سطح بین‌المللی در کنفرانس‌های اخیر جمعیت و توسعه و هم در سطح ملی بیش از پیش مورد توجه واقع شده است. عوامل متعددی از جمله کاهش سن بلوغ، افزایش سن ازدواج، توسعه دستاوردهای آموزشی، دسترسی به رسانه‌های جهانی و تغییرات ارزش‌های فرهنگی جوانان ازدواج نکرده، همگی جوانان را در معرض ایده‌ها و افکاری قرار می‌دهد که بر روی زندگی باروری و جنسی آنها تأثیر

می‌گذارند (۳). دوران بلوغ، زمان اکتساب قدرت باروری است و بسیاری از مشکلات مخاطره آمیز، ازدواج‌های ناموفق، حاملگی‌های ناخواسته، نازایی، بیماری‌های عفونی، ایدز و مرگ و میر و معلولیت‌ها و بالاخره مشکلات عدیده جسمی، روانی و اجتماعی از دوران بلوغ نشأت می‌گیرد. نوجوانان باید از آگاهی‌های لازم دوران بلوغ مطلع گردند و برای رسیدن به این منظور، تأمین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برعهده والدین است که اطلاعات این دوران را در اختیار نوجوانان قرار دهند (۴). در جامعه ما به دلیل مسائل فرهنگی، اکثر نوجوانان به خصوص دختران از اطلاعات صحیح و مناسب در ارتباط با تغییرات جسمی و روانی بلوغ محروم هستند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیر موثق در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جسمی و روانی می‌شوند (۵). دوران نوجوانی و بلوغ، سن شکل‌گیری ذهن درباره پدر و یا مادر شدن، فرزندآوری، تعداد فرزندان و روابط زناشویی است و آنچه که در این دوران شکل می‌گیرد تقریباً تا پایان عمر بدون تغییر باقی می‌ماند (۶). امروزه به دلیل اهمیت ویژه دوره نوجوانی، اولویت بهداشت باروری جهان، بهداشت باروری نوجوانان است (۷). نخستین گام در امر تدوین برنامه‌های آموزشی، تعیین نیازهای آموزشی یادگیرندگان است. نیازسنجی آموزشی، عبارت است از شناسایی نیازهای آموزشی و درجه بندی آنها به ترتیب اولویت انتخاب نیازهایی که مطرح شده است (۸). نیازسنجی در نظام آموزشی پزشکی و بهداشت ایران نسبت به سایر کشورهای توسعه یافته، حلقه مفقود در

برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌ها است. در تمامی سطوح این نظام، نیازهای آموزشی تعیین‌کننده‌ترین عامل در تدوین و طراحی دوره‌های آموزشی، موضوع‌های درسی و به طور کلی فرآیند آموزش و بهداشت هستند (۹). از آنجا که بخش اعظمی از جمعیت کشور ما را نوجوانان تشکیل می‌دهد و در مورد وضعیت و نیازهای بهداشت باروری این گروه از جامعه اطلاعات بسیار اندکی در دسترس می‌باشد، لذا محققین بر آن شدند تا تحقیقی با هدف نیازسنجی دوران بلوغ پسران و دختران در زمینه مسائل بهداشت باروری بود.

روش بررسی

این مطالعه به روش تحلیل محتوا انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند استفاده شد. نیازسنجی پسران و دختران جداگانه بود. در بررسی نیازهای بهداشتی دختران جهت بهره‌وری بیشتر از روش گروه متمرکز و برای پسران از روش مصاحبه فردی استفاده شد، چرا که پسران مسایل بهداشت بلوغ خود را در جمع به سختی بیان می‌کنند و همچنین در مصاحبه فردی، برای محقق بررسی عملکرد پرسشگر مرد آموزش دیده قابل کنترل تر بود.

نمونه‌گیری گروه‌های متمرکز هدفمند بود. نمونه‌ها از جمعیت دختران سطح جامعه و در دسترس بود و دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله انتخاب شدند. برای اطمینان از این که کمتر از ۶ نفر نمی‌شوند ۱۰ نفر دعوت شدند (۱۰). پس از کسب مجوز از اداره‌های مربوطه، جهت تشکیل گروه متمرکز با هماهنگی مرکز

بهداشت به دو دبیرستان مراجعه شد و دو گروه متمرکز ۷ و ۱۰ نفره در آزمایشگاه مدرسه تشکیل شد. موضوع، هدف مطالعه و محرمانه ماندن آن برای دانش‌آموزان توضیح داده شد و رضایت شفاهی آنها کسب شد. افراد در یک محل دور هم جمع شدند و با سؤالات نیمه ساختارمند در مورد نیازها، مشکلات و خواسته‌های آنها سؤال شد. به جای پرسیدن سؤالات از تک تک افراد یا پرکردن پرسشنامه، افراد شرکت‌کننده تشویق شدند تا با یکدیگر شرح مشکلات خود را بگویند و در مورد هر سوال و تجربه‌های یکدیگر اظهار نظر کنند و نظرات خود را تا حد ممکن شفاف بیان نمایند. به این ترتیب حد اکثر استفاده از تجارب آنها به عمل آمد جلسه‌ها حدود یک ساعت تداوم داشت. هدایت‌کننده گروه متمرکز که همان محقق بود مسئول تشویق و ترغیب افراد به صحبت کردن با یکدیگر بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پسران نیز از مصاحبه استفاده شد ولی مصاحبه‌ها به صورت فردی توسط یک نفر پرسشگر مرد آموزش دیده بود. نمونه‌گیری هدفمند بود و پسران نوجوان دبیرستانی با سن ۱۴ الی ۱۷ سال انتخاب شدند. حجم نمونه نیز بستگی به اشباع اطلاعاتی داشت یعنی تا وقتی که از نظر مفاهیم، موضوع جدیدی در صحبت‌ها وجود داشت نمونه‌گیری ادامه می‌یافت. نمونه‌گیری از نمونه‌های در دسترس بود که مایل بودند در مطالعه شرکت کنند. در کلیه موارد پس از کسب اجازه از شرکت‌کنندگان صحبت‌های آنها ضبط شد و در عین حال یادداشت برداری شد و پس از پیاده شدن، مفاهیم و مضامین اصلی که نشان‌دهنده نیازهای

خواست و ترجیحات، دسته‌بندی اولیه شد و به این ترتیب دسته بندی‌های اولیه اطلاعات ایجاد شدند. موارد استخراج شده از مراحل گذشته با تأکید بر دسته‌بندی‌های اولیه اطلاعات بررسی شد و ارتباطات با تم‌های مربوط به هر پرسش تشخیص داده شد و با اطمینان از جریان درست تجزیه و تحلیل و دقیق روند تحلیل، تم‌ها نهایی شد. در این مطالعه برای اعتبار و استحکام داده‌ها از معیارهای گویا و لینکلون استفاده شد یعنی به منظور قابل قبول کردن پژوهش، ضمن درگیر شدن پژوهشگران به صورت طولانی مدت در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، از بازبینی یکی از همکاران پژوهشی آشنا با پژوهش کیفی و موضوع مورد مطالعه استفاده شد.

یافته‌ها

مصاحبه با ۷ دختر نوجوان ۱۵ ساله و ۱۰ دختر ۱۳ ساله به صورت دو گروه متمرکز و ۱۰ نفر پسر نوجوان با سن ۱۴ الی ۱۷ سال انجام شد. بر اساس پاسخ سوالات و مصاحبه‌های صورت گرفته از نمونه‌های مورد مطالعه، مشکلات و خواسته‌های آنان، استخراج شد؛ دختران نوجوان مسایل و نیازهای متعددی داشتند که در چهار دسته کلی دسته‌بندی می‌شدند؛ تجربه قاعدگی و بهداشت بلوغ، مسایل اجتماعی، جنسی و روحی و روانی. مسایل زمان قاعدگی شامل موارد ذیل می‌شد؛ سختی کنار آمدن با بحران قاعدگی، تصور قاعدگی دیررس بیمارگونه، مقایسه قاعدگی شان با تجربه قاعدگی خواهر و دوستان، عدم آگاهی از چگونگی نظم قاعدگی در زمان

بهداشت باروری آنها بود استخراج شد. در دو مورد مصاحبه فردی با پسرها که رضایت به ضبط صدا ندادند مصاحبه‌ها تا حد امکان نوشته شد.

سؤالات کلی که از نوجوانان پرسیده شد و به جز بعضی مواقع که متناسب با پاسخ ها کمی تغییر می‌کرد و بسط داده می‌شد، به این شرح بودند؛ تجارب خود از بلوغ و تغییرات جسمی، جنسی و مشکلاتی که گمان می‌کنید کسی می‌توانسته است به شما کمک کند را بگویید؟ چه توقعاتی از سیستم بهداشتی برای رفع مشکل خود دارید؟ و همچنین در زمینه بیماری‌های عفونی تناسلی، بهداشت جنسی از تجارب و مشکلات مرتبط با مسایل جنسی که برای شما پیش آمده است بگویید. اگر فردی به عنوان متخصص بهداشت باروری در درمانگاه وجود داشت، الان برای چه مسایلی به او مراجعه می‌کردید؟ در گذشته چطور؟

آنالیز اطلاعات کیفی در طی یک پروسه چند مرحله‌ای مطابق با روش ارزیابی در نیازسنجی آلتشولد و همکاران (۱۲ و ۱۱) انجام شد، در مرحله اول بدون تجزیه و تحلیل اطلاعات فقط به پاسخ‌ها توجه شد تا احساس آنها را در مورد آنچه گفته‌اند حس شود، بعداً در عین توجه به محدوده نیاز سنجی، یک تجزیه و تحلیل اولیه انجام شد و با نگاه به هر پاسخ، مفاهیم اصلی که از پاسخ‌ها استنباط شده بود استخراج شد، در مراحل بعد مفاهیم به شکل معنی‌دار و کوتاه شده در آمد و سپس مفاهیم یکسان ادغام و یکی شد. بعد از این کار، تم‌هایی که از پرسش‌های مختلف به هم مرتبط می‌شدند و کلی‌تر بودند، مشخص شده و عنوان کلی گرفتند و در حیطه‌های بهداشتی مختلف و به عنوان مشکل بهداشتی و یا

بلوغ، مشکلات کاهش تحرکات اجتماعی در این دوره، عدم آگاهی از چگونگی حمام رفتن در حین قاعدگی، عدم آموزش در مورد قاعدگی و مشکلات در زمینه بهداشت دستگاہ تناسلی بود. همچنین مسایل اجتماعی دوران بلوغ شامل؛ کم سواد بودن خانواده ها در زمینه آموزش و اطلاعات بلوغ، اکراه از زن بودن و تمایل به تجربه مرد بودن، تنفر از جنس مخالف، احساس زندانی بودن به علت زن بودن، ایجاد محدودیت خانوادها به علت دختر بودن، آموزش‌های اشتباه بهداشتی به وسیله خانوادها و خرافاتی بودن خانوادها، عدم آگاهی پدرها از قاعدگی دخترها و قوانین شرعی، عدم ارتباط با مادران برای تغییرات بلوغ و بی‌توجهی خانوادها به بلوغ دخترها را ذکر می‌کردند.

نیاز مطرح شده دیگر، مسایل جنسی بود که شامل؛ تمایل به جنس مخالف، داشتن دوست جنس مخالف برای اعلام وجود، تشدید حس تمایل به جنس مخالف، دوست پسر نداشتن نشانه متجدد نبودن، جلب توجه پسرها با رفتارهای خاص، احساس بزرگی با ارتباط برقرار کردن با پسرها و عدم آموزش دیدن در مورد مسائل جنسی بود. در نهایت مسایل مطرح شده در زمینه روحی و روانی موارد زیر بودند؛ آگاهی کم مادران در مورد دخترها و قدیمی بودن مادرها، خجالت از تغییرات بلوغ، عدم آگاهی از بلوغ و احساس بد و ترس از آن و تغییرات خلقی و حساس شدن و مشکلات روحی (جدول ۱).

نوجوانان در مقابل مسایلی که مطرح کردند، خواسته‌هایی نیز از والدین و مربیان مدارس داشتند از جمله؛ آموزش بهداشت دوران بلوغ به والدین، آموزش معلمین برای چگونه با بلوغ مواجه شدن و آموزش آن و انتقال آن به نوجوانان، آموزش و اطلاع رسانی مسایل بلوغ و قاعدگی در دبستان و قبل از وقوع بلوغ برای آمادگی این دوران، مشاوره برای قاعدگی و تغییرات بلوغ و مواجهه با آن در این دوران به وسیله مربیان مدارس و اولیاء، انجام مشاوره در خصوص مسایل خصوصی که نمی‌توانند با خانوادها در میان بگذارند، مشاوره جنسی در سن کم و قبل از دبیرستان.

در بررسی نیازهای بهداشت باروری پسرها، آنها نیز در مصاحبه‌های خود به سه دسته نیاز تغییرات جسمانی، روحی روانی و جنسی اشاره داشتند. در مورد تغییرات جسمانی به مسایلی هم‌چون تغییرات جسمانی بلوغ، عدم آگاهی از علایم بلوغ کامل، عدم آگاهی از طبیعی بودن حالات تمایلات، عدم رضایت از تغییرات، عدم تغییرات بلوغ هم‌زمان با بقیه دوستان، عدم آگاهی برای کنار آمدن با تغییرات جسمی و گرفتن اطلاعات اشتباه از دوستان نوجوانان خود اشاره داشتند. همچنین عدم آگاهی از بهداشت دوران بلوغ، علایم عفونت ادراری، سوء مصرف مواد و عدم آگاهی از بهداشت دستگاہ تناسلی را مشکلات بهداشتی دوران بلوغ ذکر می‌کردند.

از مسایل مطرح شده در زمینه مسایل روحی روانی دوران بلوغ حالات روحی متفاوت و عدم

تمرکز، احساس عدم درک از طرف خانواده، احساس افسردگی و در زمینه مسایل جنسی، تمایل به برقراری ارتباط با دختران، عدم آگاهی در مورد روابط، ابهامات ذهنی در مورد جنس مخالف، عدم آگاهی در مورد چگونگی باردار شدن و زناشویی و عدم امکان سوال کردن در مسایل جنسی را بیان کردند(جدول ۲).

این گروه از نوجوانان در مقابل مشکلات ذکر شده، توجه به خواسته‌های خود هم‌چون آموزش به والدین برای درک نوجوانان، آموزش به نوجوانان در مدارس به خصوص از اول دبیرستان در زمینه بلوغ تغییرات آن و آموزش در مورد خواب‌ها در زمان بلوغ و حضور مشاور مناسب در مدارس را خواستار شدند.

جدول ۱: مشکلات بهداشت باروری دختران نوجوان

گروه اصلی	زیر گروه
تجربه قاعدگی و بهداشت بلوغ،	۱-سختی کنار آمدن با بحران قاعدگی
	۲-تصور قاعدگی دیررس بیمارگونه
	۳-مقایسه قاعدگی شان با تجربه قاعدگی خواهر و دوستان
	۴-عدم آگاهی از چگونگی نظم قاعدگی در زمان بلوغ
	۵-مشکلات کاهش تحرکات اجتماعی در این دوره
	۶-عدم آگاهی از چگونگی حمام رفتن در حین قاعدگی
	۷-عدم آموزش در مورد قاعدگی
	۸-مشکلات در زمینه بهداشت دستگاه تناسلی همچون: عفونت و ترشحات درمان نشده، قاعدگی زودرس، دیسمنوره (درد قاعدگی)، خونریزی شدید، رشد نامتناسب با سن، عدم آگاهی نوجوانان و خانواده‌ها در مورد عفونت و بیماریهای تناسلی.
مسائل اجتماعی	کم سواد بودن خانواده‌ها در زمینه آموزش و اطلاعات بلوغ
	اکراه از زن بودن و تمایل به تجربه مرد بودن ۳
	تنفر از جنس مخالف
	احساس زندانی بودن بودن بعلت زن بودن
	ایجاد محدودیت خانواده‌ها بعلت دختر بودن
	آموزشهای اشتباه بهداشتی توسط خانواده‌ها و خرافاتی بودن خانواده‌ها
	عدم آگاهی پدرها از قاعدگی دخترها و قوانین شرعی آن
بی توجهی خانواده به بلوغ دخترها	
جنسی	عدم ارتباط با مادران برای تغییرات بلوغ
	۱-تمایل به جنس مخالف
	۲-ابراز علاقه برای داشتن دوست جنس مخالف برای اعلام وجود
	۳-تشدید حس تمایل به جنس مخالف
	۴-دوست پسر نداشتن نشانه متجدد نبودن
	۵-جلب توجه پسرها با رفتارهای خاص
	۶-احساس بزرگی با ارتباط برقرار کردن با پسرها
۷-عدم آموزش دیدن در مورد مسائل جنسی	
رویی و روانی	۱-آگاهی کم مادران در مورد دخترها و قدیمی بودن مادرها
	۲-خجالت از تغییرات بلوغ
	۳-عدم آگاهی از بلوغ و احساس بد و ترس از آن
	۴-تغییرات خلقی و حساس شدن و مشکلات روحی.

جدول ۲: مشکلات بهداشت باروری پسران نوجوان

گروه اصلی	زیر گروه
تغییرات جسمانی و بهداشت بلوغ	۱-عدم آگاهی از علائم بلوغ کامل
	۲-عدم رضایت از تغییرات جسمی
	۳-عدم تغییرات بلوغ همزمان با بقیه دوستان
	۴-عدم آگاهی برای کنار آمدن با تغییرات جسمی و گرفتن اطلاعات اشتباه از دوستان نوجوانان خود
	۵-عدم آگاهی از بهداشت دوران بلوغ مانند: علائم عفونت ادراری، سوء مصرف مواد و عدم آگاهی از بهداشت دستگاه تناسلی
مسائل جنسی	۱-تمایل به برقراری ارتباط با دختران
	۲-عدم آگاهی در مورد روابط
	۳-ابهامات ذهنی در مورد جنس مخالف
	۴-عدم آگاهی در مورد چگونگی باردار شدن و زناشویی
	۵-عدم امکان سوال کردن در مورد مسائل جنسی
روحي و رواني	۱-حالات روحي متفاوت و عدم تمرکز
	۲-احساس عدم درک از طرف خانواده
	۳-احساس افسردگی
	۴-عدم آگاهی از خواب های جنسی
	۲-عدم آگاهی از طبیعی بودن یا نبودن حالات و تمایلات

بحث

تحقیق الفتی در دبیرستان های دخترانه قزوین نیز نشان می دهد آگاهی دختران در مورد بهداشت باروری ضعیف بوده و آموزش های فعلی را نامناسب و غیر کاربردی می دانستند (۱۴). بررسی نیازهای آموزشی نوجوانان دختر استان مازندران در سال ۱۳۸۲ نشان داد که علی رغم تمایل دختران به دانش بلوغ، اکثر آنان معنی کامل بلوغ را نمی دانستند و آگاهی علمی و فیزیولوژیک آنها در مورد بلوغ، ضعیف همراه با برداشت های اشتباه و غیرواقعی بود (۵). نتایج مطالعه سیمبر و همکاران در مورد دانشجویان دانشگاه قزوین نیز حاکی از آن بود که جوانان، دارای اطلاعات متوسط و نگرشی مثبت در مورد بهداشت باروری بودند (۱۵). انصاری طی تحقیق که فقط به بررسی بعضی جنبه های بهداشت باروری پرداخته بود دریافت که اطلاعات دانش آموزان

نیازهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان هم در سطح بین المللی در کنفرانس های اخیر جمعیت و توسعه و هم در سطح ملی بیش از پیش مورد توجه واقع شده است. عوامل متعددی از جمله کاهش سن بلوغ، افزایش سن ازدواج، توسعه دستاوردهای آموزشی، دسترسی به رسانه های جهانی و تغییرات ارزش های فرهنگی جوانان ازدواج نکرده، همگی می تواند جوانان را در معرض ایده ها و افکاری قرار دهد که بر روی زندگی باروری و جنسی آنها تأثیر می گذارند (۳).

نتایج مطالعه حاضر نوجوانان دختر و پسر در بررسی مشکلات بهداشت باروری دوران بلوغ؛ به عدم آگاهی از تغییرات جسمی، بهداشت بلوغ، و تغییرات جنسی و روحی و روانی اشاره کرده بودند. نتایج

ابراز کرده بودند و خواسته آنها آموزش دیدن در این زمینه‌ها بود.

اهمیت نقش آگاهی، بینش و عملکرد نوجوانان در زمینه بهداشت باروری منجر به انجام پژوهش‌های متعددی در این زمینه در سطح جهان شده است در این زمینه می‌توان به پژوهش‌هایی که در کانادا (۲۰)، نروژ (۲۱)، یونان (۲۲) و ترکیه (۲۳) انجام شده‌اند، اشاره نمود. برخی محققین در ایران در تحقیق خود با استفاده از آموزش و بررسی اثر آن به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش بهداشت در افزایش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دختران نسبت به بهداشت بلوغ تأثیر چشمگیری دارد. از این رو آموزش بلوغ، جهت اصلاح رفتارهای بهداشتی دختران در دوران بلوغ می‌بایست مورد تأکید قرار گیرد (۱). همچنین در تحقیق صورت گرفته در تهران در زمینه آگاهی، نگرش رفتار پسران، نتایج حاکی از آن بود که درصد زیادی از نوجوانان در مورد فیزیولوژی باروری اطلاعات ضعیفی داشتند (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که نوجوانان دختر آغاز آموزش‌ها را از اواخر دوران دبستان لازم می‌دانستند و پسرهای نوجوان اول دبیرستان و قبل از آن را زمان مناسب آموزش می‌دانستند. جلالی و همکاران طی تحقیقی دریافتند که بیشتر والدین و معلمین، زمان آموزش مسایل جنسی و مباحث لقاح و حاملگی را هنگام ازدواج و آموزش بیماری‌های مقاربتی را در سال‌های دبیرستان مناسب می‌دانستند، اما در مجموع معلمان نسبت به والدین

دبیرستان‌های شیراز در زمینه بیماری‌های آمیزشی مطلوب نبوده و ۳۱ درصد افراد هیچ اطلاعی در مورد بیماری‌های آمیزشی نداشتند (۱۶). در نتایج تحقیق‌های دیگر، اکثر پسران نوجوان ایرانی از جمله مسایلی را که با گذراندن این دوره با آن روبرو هستند را عدم آگاهی خود از مسائل جنسی ابراز کرده‌اند (۱۸ و ۱۷). جوادی و همکاران در طی تحقیقی در شیگاگو آمریکا دریافتند که اطلاعات دختران آفریقایی آمریکایی ۱۶-۱۲ ساله در زمینه تجارب جنسی، ارتباط قوی با اختلالات رفتاری و بلوغ زودرس دارد. همچنین دخترانی که نیازهای ارتباطی جنسی‌شان را سرکوب کرده بودند، دچار اختلالات رفتاری بیشتری بودند (۱۹)، مطالعه‌ها نشان داده‌اند که آموزش سبب افزایش اطلاعات نگرش مثبت نسبت به پدیده بلوغ و قبول تغییرات بلوغ به عنوان تغییرات فیزیولوژیک می‌شود و در نتیجه به تقویت حس اعتماد به نفس و احترام به خویشتن می‌انجامد (۱۴)، لذا باید مسایلی از قبیل؛ تغذیه، ورزش و بهداشت جسمی دوران نوجوانی و آموزش‌های روانی مورد نیاز در برنامه‌های آموزشی نوجوانان گنجانده شوند تا از وارد شدن آسیب‌های جسمی و روانی پیشگیری شود. همچنین به دلیل وجود مشکلات ناشی از بلوغ در نوجوانان باید به مشکلات برخاسته از بلوغ در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی و نیز نحوه برخورد مناسب با مشکلات در تدوین برنامه‌ها و متون آموزشی توجه شود.

در این مطالعه بیشتر نوجوانان برای مشکلات خود نیاز به آموزش در مورد بهداشت باروری را

زمان زودتری را برای آموزش انتخاب کرده بودند (۴). در مطالعه لندری، ۷۲ درصد معلمان مدارس آمریکا معتقد بودند که موضوع‌های جنسی باید در پایه‌های ۵ و ۶ مدارس آموزش داده شود (۲۵). در مطالعه کیفی هگلاند، ۵۷ درصد والدین و معلمان ۱۰ سالگی را سن مناسب برای دانستن در زمینه لقاح و بارداری می‌دانستند. هم‌چنین والدین و معلمان بر این اعتقاد بودند که آموزش بهداشت باروری در اوایل دوره بلوغ صورت گیرد. در این پژوهش تمامی شرکت‌کنندگان (مربی - والدین و پزشکان) بر این اعتقاد بودند که آموزش زود هنگام مسایل جنسی نوجوانان را از فعالیت‌های جنسی زودرس و حاملگی ناخواسته حفاظت می‌کند و از طرفی معتقد بودند که آموزش‌های زود هنگام و مداوم راهی سریع برای مقابله و بی‌اثر کردن اطلاعات نادرست است (۲۶). بنابر نتایج تحقیق‌های مختلف آموزش بهداشتی بلوغ باید از گروه سنی پایین‌تری شروع شود، زیرا متأسفانه دانش غلط تغییرات بلوغ، مسایل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج معمولاً به بهای بارداری ناخواسته، بیماری‌های آمیزشی و عواقب بد آن به دست می‌آید.

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده آن است که نوجوانان، عدم ارتباط درست با والدین و مربیان و عدم آگاهی درست والدین در زمینه بلوغ و آموزش‌های والدین به آنان را یکی از مشکلات عدیده‌ای در زمان بلوغ مطرح می‌کردند. مطالعه‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه بر این حقیقت تأکید می‌کند که اطلاعات در خصوص مسایل

بهداشت جنسی باروری، روش‌های پیشگیری و بیماری‌های مقاربتی، به ندرت به واسطه معلمان یا متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و والدین نیز در بیشتر مطالعه‌ها اولین منبع اطلاعات نیستند. بلکه مهم‌ترین منبع اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند. این امر، عواقب مخربی خواهد داشت. مطالعه‌ای بر روی ۳۱۰ نوجوان ازدواج نکرده پاکستانی (۲۱-۱۳ ساله) نشان داد که تنها ۳۰ درصد پسران، والدین را به عنوان بهترین منبع اطلاعاتی در مورد بهداشت جنسی برشمردند. در حالی که حدود ۵۰ درصد دختران والدین را به عنوان بهترین منبع معرفی کرده بودند (۲۷). در مطالعه‌های انجام شده در کشورهای فیلیپین، نایروبی، ویتنام و اندونزی، گروه همسالان به عنوان مهم‌ترین منبع کسب اطلاع در مورد مسایل جنسی به والدین برتری می‌یابد (۲۸). آکادمی طب کودکان آمریکا در سال ۲۰۰۱ نیز در بیانیه‌ای در مورد مسایل جنسی نوجوانان، متخصصین کودکان را افرادی مناسب برای ادامه آموزش مسایل جنسی برای کودکان و نوجوانان دانست به طوری که تلاش‌های آنها در تکمیل برنامه‌های مدارس سودمند می‌باشد (۲۹). نتایج مطالعه بلکی حاکی از آن است که آموزش مسایل جنسی از طریق والدین، پدربزرگ، مادر بزرگ و مبلغین دینی با ایجاد عقایدی در دانش آموزان همراه است که منجر به تأخیر آغاز رابطه جنسی می‌شود. در مقابل کسب اطلاعات نوجوانان از اقوام همسن مانند دختر عمو یا پسر عمو، رسانه‌های گروهی و وسایل ارتباط جمعی احتمال شروع زودرس

گروه‌های مختلف برای آموزش دوران بلوغ استفاده می‌شود.

از محدودیتهای این مطالعه در نظر گرفتن تجارب جمعیت محدودی از نوجوانان بود، که باتوجه به تفاوت‌های فرهنگی مناطق مختلف کشور لازم است مطالعه‌های وسیع‌تری انجام شود. از مشکلات این مطالعه، سن حساس نوجوانان بود که جلب اعتماد آنها برای حرف زدن مشکل می‌نمود و از طرفی چون محل برگزاری مصاحبه‌ها به مدارس محدود بود، دانش‌آموزان از این که ممکن است گفتن مسایل شخصی آنها منجر به مشکل‌سازی شود نگران بودند. به همین سبب محقق با معرفی خود و گفتن شرایط کاری خود و حتی خصوصی گوش دادن به در دو دل دانش‌آموزان توجه آنها را جلب می‌کرد. از دیگر مشکلات حساسیت مرکز بهداشتی شهرستان اصفهان و آموزش و پرورش مناطق نسبت به موضوع بهداشت باروری و همکاری ضعیف ایشان بود که محقق برای تبیین موضوع و گرفتن مجوزهای لازم زمان بسیاری را صرف کرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج نیازسنجی صورت گرفته در این پژوهش می‌توان دریافت که آموزش مسایل بهداشت باروری و جنسی به هر دو گروه نوجوانان و والدین و مربیان نیاز است. هم‌چنین برنامه‌ریزی مدون در سنین حوالی بلوغ و آگاه ساختن والدین و مربیان از تغییرات جسمی، روحی و روانی، جنسی

رابطه جنسی را افزایش می‌دهد. منابع اطلاع رسانی مختلف درباره مسایل جنسی علت اصلی تفاوت در نگرش و اعتقادات نوجوانان نسبت به این گونه مسایل است (۳۰).

نتایج مطالعه جلالی و همکاران حاکی از آن است که آموزش مسایل بلوغ در برنامه درسی مدارس گنجانده شود و اکثر نوجوانان در این مطالعه بیان کردند که به علت شرم و حیا و عدم احساس راحتی با والدین خود، اطلاعات را از همسالان خود دریافت می‌کنند (۴). از این عادت نوجوانان گاهی به عنوان راهکار پیشگیری از رفتارهای پرخطر استفاده شده است. امروزه استفاده از آموزش همسالان در برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی افراد در بعضی کشورهای درحال توسعه به کار می‌رود. پرایس معتقد است آموزش از همسالان یک فرآیند پیچیده و مشکل‌زایی است و علی‌رغم عدم هم‌خوانی بین آموزش تئوری علوم و یادگیری تجربی، جاذبه این رویکرد هم‌چنان زیاد است و باعث به کارگیری جوان‌ها در مداخلات آموزشی بهداشتی می‌شود و در عین حال موجب افزایش استقلال و ظرفیت خود این افراد هم می‌شود (۳۱). نتایج مطالعه عبداللهی و همکاران در مازندران نشان‌دهنده آن است که والدین به ویژه مادران، مطمئن‌ترین کانال انتقال اطلاعات در زمینه‌های مختلف بهداشت بلوغ می‌باشند (۵). به نظر می‌رسد که در جوامع مختلف با توجه به شرایط و امکانات موجود از کارشناسان و متخصصین

بلوغ و تشویق آنان به برقراری ارتباط نزدیک تر و صمیمی تر با نوجوانان از اولویت‌ها و نیازهای مطرح شده توسط نوجوانان است. با توجه به این که فقدان آگاهی و اطلاعات صحیح و مهارت‌های زندگی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر در طی دوران بلوغ می‌تواند بهداشت باروری نوجوان را تهدید کند و در نتیجه به ارتباطات بین شخصی و اجتماعی او لطمه وارد ساخته و نوجوان را در معرض تماس‌های حفاظت نشده و پرخطر، تبعیض، حاملگی ناخواسته و سقط‌های نامطمئن قرار دهد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد، که با حمایت مالی و معنوی این دانشگاه انجام شد.

REFERENCES

1. Ghahremani L, Heydarnia A, Babaie G, Nazary M. Effects of puberty health education on health behavior of secondary school girl students in Chabahar city. *Iranian South Medical of Journal* 2008; 11(1): 61-8.
2. National network statistics. Detailed results of the Population and Housing Statistics 2011. Tehran: National Bureau of Statistics [updated 2011; cited 2016]; Available from: http://nnt.sci.org.ir/sites/nnt/SitePages/report_90/population_report.aspx.
3. Villareal M. Adolescent Fertility: Socio-Cultural Issues and Programme Implications. South Asia Conference on the Adolescent; 1998; 1998.
4. Jalali AK, Nahidi F, Akbari AA, Alavi MH. Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2010; 12(3): 84-90.
5. Abdollahi F, Khani S, Shabankhani B. Health educational needs of adolescent girls students in Mazandaran province. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2002; 14(43): 56-63.
6. Hadi NAA, Azizi M. Reproductive health knowledge of male students of Shiraz high schools. *Hormozgan Medical Journal* 2004; 8(1): 49-55.
7. Eftekhari H. *Textbook of public health*. Tehran: Arjomand; 2003; 1974-1978. [In Persian]
8. Tork-zahrani S, Lotfipour-Rafsanjani M, Ahmadi M, Alavi-Majid H. Midwives' views regarding educational needs in perimenopausal health and care. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery* 2007; 17(57): 26-31.
9. Yar Mohammadian MH, Bahrami S, Foroghi Abari AA. Health Directors and experts, and proper need assessment models. *Iranian Journal of Medical Education* 2003; 3(1): 71-9.
10. Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice. London: SAGE; 2003; 84
11. Altschuld J, Estamond JN. *Needs Assessment. Phase I: Getting started*. SAGE; 2010; 3.
12. Altschuld J. *Needs Assessment, phase II: Collecting data*. SAGE; 2010; 2-134
13. Lincoln YS, Guba EG. Competing paradigms in qualitative research In: Lincoln NDaY(editor). *Handbook of Qualitative Research* Thousand Oaks, CA: Sage; 1994; 105-17.
14. Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. *The Journal of Qazvin University of Medical Science* 2007; 12(2): 76-8.
15. Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2003; 7(4): 5-13.
16. Ansari Lari M, Hadi N. Knowledge of high school girls regarding reproductive health in Shiraz, Iran. *Armaghane Danesh* 2003; 30: 55-63.
17. Boroumand AR K, Abedi M, Hasanzadeh A. Investigation of high school boys' educational needs concerning adolescence period, in Isfahan city, 2002. *Iranian Journal of Medical Education* 2002; 2.
18. Koohestani HR, Roozbahani N, Baghcheghi N. Adolescent Boys' Lived Experience of Puberty: A Qualitative Study. *Iran Journal of Nursing* 1388; 57(22): 53-65.
19. Javdani S, Rodriguez EM, Nichols SR, Emerson E, Donenberg GR. Risking it for love: romantic relationships and early pubertal development confer risk for later disruptive behavior disorders in African-American girls receiving psychiatric care. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2014; 42(8): 1325-40.
20. Langille DB, Hughes J, Murphy GT, Rigby JA. Contraception among young women attending high school in rural Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Sante Publique* 2002; 93(6): 461-4.
21. Hansen T, Skjeldestad FE. Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. *Journal of Adolescence* 2003; 26(4): 481-93.
22. Kallipolitis G, Stefanidis K, Loutradis D, Siskos K, Milingos S, Michalas S. Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2003; 24(3): 145-51.
23. Gokengin D, Yamazhan T, Ozkaya D, Aytug S, Ertem E, Arda B, et al. Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *The Journal of School Health* 2003; 73(7): 258-63.
24. Mohammadi M, Mohammad K, Farahani FKA, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive knowledge, attitude and practice of Tehranian adolescent boys aged 15-18 years, 2002. *Journal of Reproduction and Infertility* 2003; 4(3): 237-51.

25. Landry DJ, Singh S, Darroch JE. Sexuality education in fifth and sixth grades in US. Public Schools, 1999. *Family Planning Perspectives* 2000; 32(5): 212-9.
26. Haglund K. Recommendations for sexuality education for early adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing JOGNN / NAACOG* 2006; 35(3): 369-75.
27. Bott S, Jejeebhoy S, Shah I, Puri C. *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia*. World Health Organization Geneva 2003; 78-9; [updated 2003; cited 2016]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42781/1/9241562501>.
28. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How Sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *American Journal of Health Behavior* 2009; 33(1): 37-48.
29. Hagan Jr JF, Coleman WL, Foy JM, Goldson E. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics* 2001; 108(2): 498-502.
30. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Iqbal S, Kathrb M. *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. Geneva, world Health Organization; 2001.
31. Price N, Knibbs S. How effective is peer education in addressing Young people's sexual and reproductive Health needs in developing countries?. *Children & Society* 2009; 23(4): 291-302.

Reproductive Health Needs Assessment of Girl and Boy Teenagers

Shakour M^{1,2*}, Yamani N³, Ehsanpou S⁴, Alizadeh SH⁵

¹Medical education research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, ²Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran ³Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, ⁴Department of medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran ⁵Department of midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Received: 10 May 2016 Accepted: 6 Nov 2016

Abstract

Background & aim: Reproductive health of puberty is very important in the cycle of Life. Adolescence is a very important period of time in cycle of life and it is followed by physical, psychological and social changes. Therefore the aim of this study was needs assessment of reproductive health for adolescence as a first and principal step in curriculum planning for health services.

Methods: This study was qualitative like the most needs assessments and the method was content analysis. Data gathering was done by semi structured interview. We used two focus groups (7and 10persons) for needs assessment of reproductive health between girls, and personal interview with 10 boys. We did content analysis and then extracted the main themes and sub themes.

Results: Adolescent girls had diverse needs in four groups: experiences related to menstruation and hygiene, social needs, sexual needs and psychological needs. Also adolescent boys had three groups of needs like physical changes, psychological and sexual needs. In physical needs group they had some needs like no knowledge of symptoms of adolescence, no knowledge of hygiene related to puberty. In psychological needs group they had some needs like feeling depression and in sexual needs group they had some needs like tendency to make contacts with girls, no knowledge of communication with people with different sex.

Conclusion: Education and the systematic planning in reproductive health matters are necessary for parents, teachers and adolescents, and they are known as the prior needs.

Key words: Puberty, Reproductive health, Needs assessment

Corresponding author: Shakour M, Medical education research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Isfahan, Iran
Email: ms.shakour@gmail.com

Please cite this article as follows :

Shakour M, Yamani N, Ehsanpou S, Alizadeh SH. Reproductive Health Needs Assessment of Girl and Boy Teenagers. Armaghane-danesh 2016; 21 (8): 816-829.