

مقدمه

عموماً 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، روانی، روحی و اجتماعی همراه می‌باشد که روی عملکرد اجتماعی و جنسی در دوران بزرگسالی تاثیر به سزایی 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 تاثیر می‌گذارد (۱).

شواهدی وجود دارد که در ایران، همزمان با کاهش سن بلوغ، سن اولین ازدواج به طور چشمگیری افزایش یافته است. به عنوان مثال، بین سالهای ۷۵-۱۳۶۵، در حالیکه ۳۳/۵٪ دختران نوجوان سنین ۱۵ تا ۱۹ ساله در سال ۱۳۶۵ ازدواج کرده بودند، این نسبت در سال ۱۳۷۵ به ۱۹٪ کاهش یافته است. کاهش ۱۵ درصدی و یا به طور نسبی کاهش ۴۴ درصدی در طی دوره ۱۰ ساله در نوجوانان ازدواج کرده اتفاق افتاده است (۲). به عبارت دیگر میانگین سن ازدواج در سال ۱۳۶۵ در بین دختران و پسران به ترتیب ۱۹/۸ و ۲۳/۶ سالگی گزارش شده بود؛ در حالیکه در سال ۱۳۷۵ این ارقام به ترتیب به ۲۲/۴ و ۲۵/۶ سال افزایش یافته است (۳). این واقعیت شکاف زمانی بزرگی را بین بلوغ و ازدواج نشان می‌دهد.

فقدان آگاهی و اطلاعات صحیح و مهارت‌های زندگی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر در طی این دوران می‌تواند بهداشت باروری نوجوان را تهدید کند که در نتیجه به ارتباطات بین شخصی و اجتماعی او لطمه وارد ساخته و نوجوان را در معرض تماس‌های حفاظت نشده و پرخطر، تبعیض، اجبار در تماس جنسی، حاملگی ناخواسته و سقط‌های نامطمئن قرار می‌دهد. مطالعه و تحقیق پیرامون وضعیت بهداشت باروری نوجوانان و نیازهای این گروه در زمینه بهداشت باروری در ایران به دلایل مختلفی حائز اهمیت می‌باشد. بخش اعظمی از جمعیت کشور ما (یعنی بالغ بر نیمی از جمعیت) را افراد زیر ۲۵ سال تشکیل می‌دهند. در کل ساختار جمعیتی در کشورهای مدیترانه شرقی از سایر نقاط جهان، جوانتر می‌باشد. تخمین زده می‌شود که بالغ بر ۶۰٪ جمعیت، زیر ۲۵ سال و بالغ بر ۵۰٪، زیر ۲۰ سال سن دارند.

به عنوان مثال در ایران، تخمین زده می‌شود که نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله، ۲۶٪ و نوجوانان و جوانان سنین ۲۴-۱۰ ساله، ۳۵٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند. بر اساس سرشماری کشوری جمعیت در سال ۱۳۷۵، حدود ۱۰ میلیون نوجوان سنین ۱۹-۱۰ ساله و ۲۱ میلیون جوان (۲۴-۱۰ ساله) در ایران گزارش شده است (۳).

از سوی دیگر علیرغم این واقعیت که بخش مهمی از جمعیت ایران را نوجوانان تشکیل می‌دهند در مورد وضعیت و نیازهای بهداشت باروری این گروه‌های جوان اطلاعات بسیار اندکی در دسترس می‌باشد. مطالعات اندکی به طور کامل به جستجوی وضعیت بهداشت باروری و جنسی دختران و پسران نوجوان در ایران پرداخته‌اند؛ اما به دلیل برخی از حساسیت‌های فرهنگی، این تحقیقات به بعضی از موضوعات کم حساسیت مانند "بلوغ در دختران" و "نظریات و نگرش آنها نسبت به تنظیم خانواده" منحصر گردیده است (۴). موضوعات حساس‌تر مانند اطلاعات، نگرش و رفتارهای

آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان در مورد بهداشت باروری

دکتر محمدی و...

با پسران نوجوان ۱۸-۱۵ ساله برگزار گردید. جلسات فوق برای پسران نوجوانی که در یکی از مراکز فرهنگی - تفریحی و ورزشی حضور یافته و داوطلب شرکت در طرح بودند برگزار شد.

دامنه تغییرات سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و رضایت آنها شرط شرکت در جلسات فوق بود. جلسات در همان محل برگزار گردید. نتایج حاصل از جلسات فوق نشانگر مقبولیت سئوالات مرتبط با بهداشت باروری و جنسی در میان نوجوانان و احساس نیاز به طراحی و اجرای چنین مطالعه‌ای بود و همچنین راهکارهایی را جهت اصلاح پرسشنامه نهائی ارائه نمود.

شهر تهران به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم بندی و تعدادی خوشه از هر منطقه متناسب با جمعیت هر منطقه به طور تصادفی انتخاب گردید. نمونه انتخاب شده به روش فوق با خطای کمتر معرف جامعه واقعی تهران خواهد بود. هر خوشه شامل تعداد ۱۰ خانوار دارای فرزند پسر نوجوان ۱۸-۱۵ ساله بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه دارای ۷۳ سؤال بود که توسط نوجوانان تکمیل شد. پرسشنامه فوق از پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت استخراج گردیده و متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی و اهداف مطالعه در آن تغییراتی داده شد و سئوالات حساس حذف شده و نهایی گردید؛ لذا لزومی به سنجش پایایی پرسشنامه نبود. ولی روایی محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات صاحب‌نظران مختلف سنجیده شد. پرسشنامه حاوی بخش‌های گوناگون، پس از کسب اجازه از والدین و خود نوجوانان و امضا فرم رضایت‌نامه، توسط نوجوانان تکمیل شد. تمام جوانب رازداری در این مطالعه منظور گردیده است؛ بطوریکه نوجوان بدون نوشتن نام خود، پرسشنامه تکمیل شده را در جعبه دربسته‌ای قرار می‌داد.

بخش‌های مختلف پرسشنامه عبارت بودند از بخش حاوی مشخصات خانوادگی (۳۳ سؤال)، بخش آگاهی

پرخطر آنان نسبت به بهداشت جنسی و باروری و بیماری‌های مقاربتی بیشتر به صورت مقولات منع شده و کنار گذاشته شده در آمده است.

علیرغم علاقه و توجه مسئولین بهداشتی، طرح‌های محدودی در دسترس می‌باشند که پاسخگوی نیازهای اطلاعاتی و خدماتی بهداشت باروری این جمعیت جوان در ایران باشند. طی سالهای اخیر سیاست‌گذاران سیستم بهداشتی در کشور، نیاز به طراحی چنین برنامه‌های در برگیرنده نیازهای جوانان را بیش از پیش احساس کرده‌اند و در سیاستها و طرح‌های خود راههایی را برای برآوردن این نیازها به گونه‌ای قابل قبول و به طریقی حساس و متناسب با فرهنگ، جستجو می‌کنند؛ اما توسعه این گونه فعالیتها و برنامه‌های مناسب به علت فقدان اطلاعات در مورد نیازهای بهداشت باروری و جنسی این گروه مسلماً با مشکل مواجه خواهد شد.

حساسیت‌های فرهنگی-اجتماعی در ایران، بررسی بسیاری از موضوعات حساس در بین جوانان ازدواج نکرده را با مشکل مواجه می‌سازد که این امر به خصوص در مورد دختران جوان ازدواج نکرده بیشتر مشهود است. برای پاسخگویی به این نیاز، مطالعه‌ای بر روی پسران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی طراحی و اجرا شد. در این مطالعه، آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در زمینه فیزیولوژی باروری، روشهای پیشگیری، بیماری‌های مقاربتی و ایدز، مقبولیت روابط با جنس مخالف یا عدم مقبولیت آن و رفتارهای باروری و جنسی سنجیده شد.

مواد و روشها

این تحقیق در تیرماه سال ۱۳۸۱ بر اساس نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای با مراجعه به درب خانوارهای شهر تهران^۱ و پرسشگری از پسران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله انجام گردید. قبل از اجرای طرح، چهار جلسه بحث گروهی^۲

1- Community-based

2- Focus Group Discussion

آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان در مورد بهداشت باروری

دکتر محمدی و...

اطلاع از ۳ یا ۴ روش، اطلاع خوب و اطلاع از ۵ یا بیش از ۵ روش به عنوان اطلاع بسیار خوب منظور شد.

میزان آگاهی نسبت به کاندوم بر اساس پاسخ به سه سؤال زیر محاسبه گردید:

۱- آیا کاندوم را می‌توان بیش از یک بار استفاده کرد؟
(جواب صحیح: خیر)

۲- آیا کاندوم از بیماری‌های مقاربتی پیشگیری می‌کند؟
(جواب صحیح: بلی)

۳- آیا کاندوم روش موثر پیشگیری از بارداری است؟
(جواب صحیح: بلی)

مجموع نمرات آگاهی نوجوانان نسبت به سه سؤال فوق از نمره ۳ (جواب صحیح به هر سه سؤال) تا ۳- (جواب غلط به هر سه سؤال) متغیر بود. نمره بین صفر و ۳- آگاهی ضعیف، نمره ۱ آگاهی متوسط و نمره ۲ و ۳ به عنوان آگاهی خوب منظور شد.

میزان آگاهی نوجوانان نسبت به بیماری‌های مقاربتی و آیدز بر اساس آشنا بودن با نام بیماری‌های مقاربتی و آیدز و همچنین پاسخ صحیح به سئوالات مربوط به موارد زیر سنجیده شد:

۱- درمان پذیری بیماری آیدز

۲- ظاهر سالم در فرد مبتلا

۳- علائم بیماری مقاربتی در مرد

۴- علائم بیماری مقاربتی در زن

نگرش نوجوانان نسبت به عدم مقبولیت روابط با جنس مخالف قبل از ازدواج بر اساس پاسخ به ۹ سؤال نگرشی سنجیده شد. پاسخ سئوالات فوق بر اساس مقیاس کدگذاری ۵ شماره‌ای لیکرت طراحی شده بود. سئوالات به نحوی بودند که با توجه به مفهوم کلی مجموع ۹ سؤال، نمره‌های ۱ و ۲ هر سؤال، نشان‌دهنده نظر موافق و یا تا حدی موافق با عدم مقبولیت این‌گونه روابط؛ نمره ۳ بدون نظر و نمره‌های ۴ و ۵ تا حدی مخالف یا کاملاً مخالف با عدم مقبولیت روابط فوق می‌باشد.

از بهداشت باروری و منبع کسب آگاهی (۶ سؤال)، بخش اعتقاد در زمینه روابط نوجوانان (۹ سؤال)، بخش آگاهی از روش‌های جلوگیری از بارداری (۱۷ سؤال)، بخش اطلاعات پیرامون بیماری‌های مقاربتی (۱۲ سؤال)، و بخش اطلاعات در مورد روابط نوجوانان (۱۲ سؤال). در کل از ۱۵۰۰ نوجوانی که به آنها مراجعه شد ۵۰ نفر در مطالعه شرکت نکردند یا والدین اجازه شرکت آنها را ندادند و از بین ۱۴۵۰ مورد باقیمانده ۶۵ پرسشنامه دچار نقص و اشکال بود و در نهایت تعداد ۱۳۸۵ نمونه به طور موفقیت‌آمیزی، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از ورود اطلاعات پرسشنامه ۱۳۸۵ نوجوان در برنامه نرم‌افزاری SPSS-11، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از جداول و تست‌های آماری Manwitny و χ^2 صورت گرفت.

آگاهی نسبت به فیزیولوژی باروری در این مطالعه از مجموع نمرات داده شده به جواب‌های صحیح به سه سؤال زیر سنجیده شد:

۱- ممکن است یک دختر به دنبال اولین تماس جنسی حامله شود؟ (جواب صحیح: بلی)

۲- رشد یک دختر بعد از اولین تماس جنسی متوقف می‌شود؟ (جواب صحیح: خیر)

۳- احتمال باردار شدن یک دختر زمانیکه در اواسط یک دوره قاعدگی (که اغلب ۲۸ روز دارد) مقاربت کند بیشتر است؟ (جواب صحیح: بلی)

برای جواب درست هر سؤال نمره +۱، جواب نمی‌دانم نمره صفر و جواب غلط نمره -۱ در نظر گرفته شد و طیف جواب‌ها از ۳- تا +۲ متغیر بود. نمرات بین ۳- و صفر آگاهی ضعیف، نمره ۱ آگاهی متوسط و نمره ۲ و ۳ به عنوان آگاهی خوب منظور گردید. همچنین آگاهی در خصوص انواع روش‌های پیشگیری بر اساس نمرات اختصاص یافته به انواع روش‌های پیشگیری (۱۰ روش) محاسبه گردید؛ بطوریکه از نمره صفر تا ۱۰ متغیر می‌باشد. اطلاع از ۱ یا ۲ روش پیشگیری، آگاهی متوسط،

عملکرد نوجوانان با توجه به سابقه داشتن تماس جنسی، مراجعه به مراکز درمانی در صورت مواجهه با علائم بیماری‌های مقاربتی و پیشیمنی پس از تماس جنسی ارزیابی گردید. رفتارهای پرخطر جنسی نیز بر اساس عدم استفاده از روش‌های پیشگیری به خصوص کاندوم در تماس‌های جنسی و داشتن بیش از یک شریک جنسی ارزیابی گردید.

نتایج

تعداد ۱۳۸۵ پسر نوجوان ۱۸-۱۵ ساله در این بررسی مورد پرسشگری قرار گرفتند. میانگین سن آنان $16/6 \pm 1/1$ سال بود. $76/3\%$ نوجوانان در زمان مطالعه مشغول تحصیل در مدارس روزانه، $4/4\%$ مشغول به تحصیل در مدارس شبانه بودند و $19/3\%$ به تحصیل اشتغال نداشتند. میانگین سن ترک تحصیل یا اتمام تحصیل $15/8 \pm 1/9$ بود. $97/7\%$ نوجوانان مسلمان و $1/5\%$ مسیحی و بقیه تابع سایر ادیان بودند. $42/6\%$ نوجوانان نقش مذهب را در زندگی خیلی مهم و $37/1\%$ آن را مهم، $15/4\%$ تاحدی مهم و $4/9\%$ بدون اهمیت دانستند.

نوجوانان مسلمان به طور معنی‌داری نقش مذهب را در زندگی نسبت به نوجوانان سایر ادیان بیشتر می‌دانستند ($p < 0.0001$). در خصوص در میان گذاشتن مسائل مهم با پدر، از بین نوجوانانی که پدرشان در خانواده حضور دارد، برای $19/2\%$ آنها خیلی راحت و $27/4\%$ راحت، برای $32/1\%$ متوسط، برای $12/1\%$ مشکل و برای $8/2\%$ نوجوانان خیلی مشکل بود و $0/9\%$ اعلام کردند که اصلاً صحبت نمی‌کنند. فقط $11/3\%$ نوجوانان اظهار داشتند که اغلب مسائل جنسی یا روابط با جنس مخالف را با پدر خود در میان می‌گذارند. درحالی‌که $20/1\%$ ندرتاً و $68/6\%$ هرگز اینگونه مسائل را با پدر خود در میان نمی‌گذارند. در بین نوجوانانی که با مادر خود زندگی می‌کنند در میان گذاشتن مسائل مهم با مادر در $30/9\%$ موارد خیلی

راحت، در $33/9\%$ موارد راحت، برای $24/4\%$ متوسط، برای $6/1\%$ مشکل و برای $4/4\%$ خیلی مشکل بود و $0/3\%$ اعلام کردند که با مادر خود صحبت نمی‌کنند. $12/1\%$ نوجوانان اغلب، $24/7\%$ ندرتاً و $63/2\%$ هرگز مسائل جنسی یا روابط با جنس مخالف را با مادر خود در میان نمی‌گذارند. 158 نوجوان با یکی یا هر دوی والدینشان زندگی نمی‌کردند که دلیل آن در 19% موارد طلاق، $53/8\%$ موارد فوت، $0/6\%$ جدایی موقت، $7/6\%$ ماموریت شغلی و 19% به دلیل سایر علل بود. 27% نوجوانان به ماهواره و $34/3\%$ آنان به اینترنت دسترسی داشتند. $12/8\%$ آنان سیگار می‌کشیدند و $1/2\%$ مواد مخدر مصرف می‌کردند.

$21/6\%$ نوجوانان مورد بررسی، مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد بلوغ (تغییرات جسمی و روانی) را معلم ذکر کرده‌اند و در $14/8\%$ منبع ترجیحی، دوست بیان شده است. درحالی‌که مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد روابط با جنس مخالف و بهداشت جنسی، دوست (25%)، و نیز منبع ترجیحی، دوست $16/3\%$ ، بیان شده است (جدول شماره ۱). در مجموع، درصد زیادی از نوجوانان ($51/1\%$) در مورد فیزیولوژی باروری اطلاعات ضعیفی دارند و فقط $21/2\%$ اطلاعات خوب دارند (جدول شماره ۲). $12/6\%$ نوجوانان نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری هیچگونه اطلاعی نداشتند، $33/1\%$ اطلاعات متوسط، $25/4\%$ اطلاعات خوب و $28/8\%$ اطلاعات بسیار خوب داشتند. از بین روش‌های پیشگیری، دو روش کاندوم و قرص به ترتیب روش‌هایی بودند که با $72/2\%$ و 58% ، نوجوانان بیشترین شناخت را از آنها داشتند (جدول شماره ۳).

اما فقط $54/8\%$ آنان می‌دانستند که نباید کاندوم را بیش از یکبار مصرف کرد و یا فقط $42/4\%$ آنان کاندوم را وسیله‌ای برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی می‌شناختند و تنها 53% کاندوم را یک روش موثر جلوگیری از بارداری می‌دانستند (جدول شماره ۴).

جدول ۱- فراوانی نسبی و مطلق مهمترین منبع و منبع ترجیحی جهت کسب اطلاعات در زمینه بلوغ (تغییرات جسمی و روانی دوران نوجوانی) و بهداشت جنسی در نوجوانان پسر ۱۸-۱۵ ساله شهر تهران، سال ۸۲-۱۳۸۱.

| منبع ترجیحی | | مهمترین منبع | | | | فراوانی متغیر(منبع) | |
|-------------|------|--------------|------|-------------|------|------------------------|------|
| | | بهداشت بلوغ | | بهداشت جنسی | | | |
| نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق |
| ۴/۸ | ۶۶ | ۷/۱ | ۹۸ | ۹/۰ | ۱۲۵ | ۱۵/۱ | ۲۰۹ |
| ۶/۹ | ۹۶ | ۱۰/۳ | ۱۴۳ | ۷/۰ | ۹۷ | ۱۲/۰ | ۱۶۶ |
| ۱/۴ | ۵۶ | ۵/۹ | ۸۱ | ۴/۵ | ۶۲ | ۵/۳ | ۷۳ |
| ۰/۵ | ۷ | ۱/۹ | ۲۶ | ۰/۶ | ۸ | ۰/۸ | ۱۱ |
| ۵/۱ | ۷۱ | ۴/۹ | ۶۸ | ۹/۱ | ۱۲۶ | ۸/۲ | ۱۱۴ |
| ۹/۹ | ۱۳۷ | ۱۴/۲ | ۱۹۷ | ۱۷/۸ | ۲۴۶ | ۲۱/۶ | ۲۹۹ |
| ۹/۷ | ۱۳۴ | ۵/۸ | ۸۰ | ۳/۰ | ۴۱ | ۰/۹ | ۱۳ |
| ۴/۵ | ۲۰۱ | ۱۲/۲ | ۱۶۹ | ۹/۲ | ۱۲۷ | ۷/۵ | ۱۰۴ |
| ۱/۴ | ۱۹ | ۱/۴ | ۲۰ | ۱/۳ | ۱۸ | ۱/۴ | ۲۰ |
| ۹/۱ | ۱۲۶ | ۵/۹ | ۸۱ | ۴/۹ | ۶۸ | ۲/۵ | ۳۵ |
| ۵/۳ | ۷۳ | ۴/۶ | ۶۳ | ۳/۷ | ۵۱ | ۱/۹ | ۲۶ |
| ۱۶/۳ | ۲۲۵ | ۱۴/۸ | ۲۰۵ | ۲۵/۰ | ۳۴۶ | ۱۷/۴ | ۲۴۱ |
| ۳/۵ | ۴۹ | ۴/۸ | ۶۶ | ۲/۵ | ۳۴ | ۳/۰ | ۴۲ |
| ۴/۶ | ۶۴ | ۲/۰ | ۲۸ | ۰/۶ | ۸ | ۰/۲ | ۳ |
| ۱/۷ | ۲۳ | ۱/۹ | ۲۶ | ۰/۲ | ۳ | ۰/۶ | ۸ |
| ۱/۶ | ۲۲ | ۱/۸ | ۲۵ | ۰/۴ | ۶ | ۰/۶ | ۹ |
| ۰/۹ | ۱۳ | ۰/۶ | ۸ | ۱/۴ | ۱۹ | ۱۵/۱ | ۱۲ |
| ۱۰۰ | ۱۳۸۲ | ۱۰۰ | ۱۳۸۴ | ۱۰۰ | ۱۳۸۵ | ۱۰۰ | ۱۳۸۵ |

مقاربتی به ترتیب در مرد و زن آگاهی داشتند. همچنین ۲۸/۲٪ و ۲۱٪ به زخم و ضایعه روی آلت تناسلی به عنوان علائم بیماری مقاربتی به ترتیب در مرد و زن آگاه بودند. به نظر نوجوانان مورد بررسی اگر دوستان آنان به بیماریهای مقاربتی مبتلا شوند در ۲۹/۸٪ موارد به مطب خصوصی، ۱۰/۷٪ به کلینیک خصوصی، ۵/۹٪ به درمانگاه دولتی، ۱۵/۴٪ موارد به بیمارستان، ۱۰٪ موارد به دوست، ۶/۱٪ به پدر و مادر و تعداد اندکی به داروخانه (۱/۲٪) و کتاب (۱/۳٪) مراجعه می‌کنند در

۹۴/۷٪ نوجوانان نام بیماری‌های مقاربتی و ایدز را شنیده بودند؛ ولی تنها ۲۰/۷٪ از آنان اظهار داشتند که ایدز درمان دارد و ۲۳/۱٪ از ظاهر سالم در افراد مبتلا به ایدز مطلع نبودند. درکل در مورد علائم بیماری‌های مقاربتی در مرد و زن نیز اطلاعات ضعیفی داشتند؛ بطوریکه تنها ۲۸/۳٪ و ۲۱/۲٪ به خروج چرک و خون از آلت تناسلی به عنوان علائم بیماری مقاربتی به ترتیب در مرد و زن آگاه بودند و تنها ۳۴/۲٪ و ۱۹/۴٪ به درد و سوزش در موقع ادرار کردن به عنوان علائم بیماری

جدول ۲- فراوانی مطلق، نسبی آگاهی پسران نوجوان (۱۵ تا ۱۸ ساله) تهرانی نسبت به فیزیولوژی باروری، سال ۸۲-۱۳۸۱.

| نمی دانم | | خیر | | بلی | | فراوانی - پاسخ متغیر(سؤال) |
|----------|------|------|------|------|------|---|
| نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | |
| ۳۸/۰ | ۵۲۶ | ۱۸/۵ | ۲۵۶ | ۴۳/۵ | ۶۰۲ | ممکن است یک دختر به دنبال اولین تماس جنسی حامله شود؟(بلی=صحیح) |
| ۵۶/۳ | ۷۷۹ | ۳۶/۴ | ۵۰۴ | ۷/۳ | ۱۰۱ | رشد یک دختر بعد از اولین تماس جنسی متوقف می شود؟(خیر=صحیح) |
| ۷۳/۴ | ۱۰۱۵ | ۹/۷ | ۱۳۴ | ۱۶/۹ | ۲۳۴ | احتمال باردار شدن یک دختر زمانیکه در اواسط یک دوره قاعدگی مقاربت کند بیشتر است؟(بلی=صحیح) |

اولین تماس جنسی $2/0 \pm 14/8$ سال با حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۸ سال بود. میانگین سن شریک جنسی در اولین تماس جنسی $15/6 \pm 4/3$ سال با حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۳ سال بود. در ۳۰/۱٪ موارد پس از اولین تماس جنسی نوجوان اظهار پشیمانی کرده و در ۲۱/۲٪ موارد، شریک جنسی فرد پشیمان شده است. در ۴۹/۲٪ موارد، نوجوانان در

این مورد ۱۹٪ اظهار بی اطلاعی کرده اند. ۵۶/۶٪ نوجوانان نظری کاملاً موافق و تا حدودی موافق با عدم مقبولیت روابط نوجوانان باجنس مخالف داشتند؛ در حالیکه ۳۰٪ هیچگونه نظری نداشته و فقط ۱۱/۱٪ و ۲/۴٪ به ترتیب تا حدی مخالف و کاملاً مخالف با عدم مقبولیت این گونه روابط بودند. ۲۷/۷٪ نوجوانان مورد بررسی سابقه تماس جنسی را ذکر نمودند. میانگین سن

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی آشنایی با روشهای جلوگیری از بارداری در پسران نوجوان (۱۵ تا ۱۸ ساله) تهرانی، سال ۸۲-۱۳۸۱.

| نسبی | مطلق | فراوانی متغیر(روش جلوگیری از بارداری) |
|------|------|--|
| ۵۸/۰ | ۸۰۳ | قرص |
| ۱۳/۴ | ۱۸۵ | تزریقی |
| ۷۲/۲ | ۱۰۰۰ | کاندوم (کاپوت) |
| ۱۴/۲ | ۱۹۷ | روش منقطع |
| ۱۵/۷ | ۲۱۸ | قرص پیشگیری اورژانس |
| ۲۲/۲ | ۳۰۸ | آی - یو - دی (دستگاه داخل رحمی) |
| ۱۲/۰ | ۱۶۶ | کپسولهای کاشتنی (نوروپلانت) |
| ۱۲/۶ | ۱۷۵ | ژل - فوم |
| ۵۲/۶ | ۷۲۹ | لوله بستن زنان |
| ۴۹/۴ | ۵۷۳ | لوله بستن مردان |

جدول ۴- فراوانی مطلق و نسبی آگاهی در مورد کاندوم در بین پسران نوجوان (۱۵ تا ۱۸ ساله) تهرانی، سال ۸۲-۱۳۸۱.

| نمی‌دانم | | خیر | | بلی | | فراوانی- پاسخ متغیر(سؤال) |
|----------|------|------|------|------|------|--|
| | | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | |
| نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | آیا کاندوم را می‌توان بیش از یکبار استفاده کرد؟ (خیر = صحیح) |
| ۴۰/۰ | ۵۵۳ | ۵۴/۸ | ۷۵۸ | ۵/۳ | ۷۳ | |
| ۴۷/۱ | ۶۵۲ | ۱۰/۵ | ۱۴۶ | ۴۲/۴ | ۵۸۷ | آیا کاندوم از بیماریهای مقاربتی پیشگیری می‌کند؟ (بلی = صحیح) |
| ۳۷/۰ | ۵۱۱ | ۱۰/۰ | ۱۳۹ | ۵۳/۰ | ۷۳۲ | آیا کاندوم روش موثر در جلوگیری از بارداری است؟ (بلی = صحیح) |

پیشگیری و دارا بودن بیش از یک شریک جنسی) و ۶۸/۲٪ نوجوانانی که سابقه تماس جنسی ذکر کردند، حداقل یکی از رفتارهای پرخطر بالا را داشتند که رقم هشدار دهنده‌ای است.

بحث

نتایج مطالعات متعدد در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که در حالیکه جوانان عموماً اطلاعات نسبتاً خوبی از مسائل بهداشت جنسی دارند ولی معلومات عمقی و صحیح در مورد مسائل بهداشت جنسی کاملاً ناهمگون است و باورهای غلط در مورد انجام رفتارهای مطمئن شایع است (۵). منابع اطلاعات، اغلب غیر رسمی است. پیامهایی که در قالب طرح‌های آموزشی و اطلاعاتی به جوانان منتقل می‌شود اغلب تکنیکی و علمی هستند و این پیامها پاسخگوی سئوالات و شبهه‌های جوانان در مورد رفتارهای بهداشت جنسی نیست (۵). اطلاعات در مورد دوره باروری در زنان اغلب در بین جوانان کم است. مطالعات در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد درصد زیادی از جوانان معتقدند که اولین تماس جنسی هیچ خطری را در بر ندارد. این باور غلط هم در پسران و هم در دختران دیده شده

اولین تماس جنسی خود از وسیله پیشگیری از بارداری استفاده کردند که این وسیله در ۶۳/۸٪ موارد از داروخانه و در ۳۲/۴٪ از طریق دوستان تهیه شده بود. در اکثر موارد (۷۵٪) در تماسهای جنسی خود از کاندوم استفاده کرده و در ۱۹/۲٪ از هیچ روشی استفاده نکرده بودند.

تست χ^2 نشان داد ترک تحصیل یا تحصیل در مدارس شبانه ($p < 0.0001$)، عدم پایبندی به مذهب ($p < 0.0001$)، نبود هر دوی والدین در منزل ($p = 0.007$)، فوت پدر ($p = 0.012$)، سختی برقراری ارتباط با مادر ($p = 0.002$)، دسترسی به ماهواره ($p = 0.017$)، کشیدن سیگار ($p < 0.0001$) و نوشیدن مشروبات الکلی ($p < 0.0001$) از فاکتورهایی بودند که با دارا بودن یکی از آنها، سابقه تماس جنسی در پسران بطور معنی داری بیشتر بود. پسرانی که مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در مورد بلوغ و مسائل جنسی را فیلم ویدئو، برادر و دوست ذکر کرده بودند بطور معنی داری نسبت به کسانی که منابع دیگر را نام برده بودند بیشترین سابقه تماس جنسی را ذکر نمودند ($p < 0.0001$).

۱۲/۲٪ نوجوانانی که سابقه تماس جنسی داشتند دارای دو رفتار پرخطر توأم بودند (عدم استفاده از روش

است (۵). بطوریکه در مطالعه‌ای در اوگاندا، ۴۲٪ دانش آموزان مدارس متوسطه (سنین ۱۷-۱۴ ساله) معتقد بودند که یک زن با اولین تماس جنسی حامله نمی‌شود (۵). در مطالعه دیگری در کشور پرو روی دانش‌آموزان دوره متوسطه و نوجوانان خارج از مدرسه (۱۹-۱۲ ساله) نشان داد که ۴۲٪ تا ۶۶٪ پسران دارای این باور غلط بودند (۵). در مطالعه حاضر در شهر تهران، ۵۶/۵٪ پسران ۱۵-۱۸ ساله تهرانی بر این باور غلط بودند که یک دختر به دنبال اولین تماس جنسی حامله نمی‌شود و این باور غلط بدیهی است که منجر به ایجاد رفتارهای پرخطری مانند عدم استفاده از روش پیشگیری در اولین تماس جنسی می‌شود.

در مطالعه حاضر فقط ۱۲/۶٪ نوجوانان هیچ‌آشنایی با روشهای پیشگیری نداشتند؛ درحالی‌که این رقم در مطالعه انجام شده توسط انجمن تنظیم خانواده در سال ۱۳۷۷ بر روی پسران نوجوان، حدود ۵۴٪ می‌باشد که نشانگر ارتقاء سطح آگاهی آنان است (۴). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶ بر روی ۳۲۰۰ نوجوان ۱۹-۱۰ ساله ایرانی انجام پذیرفت، قرص شناخته‌شده‌ترین روش پیشگیری از بارداری گزارش شد و دومین روش برای دختران، IUD و برای پسران کاندوم بود (۶). کاندوم نسبت به سایر روشهای پیشگیری مانند قرص، IUD، روش منقطع و دوره‌ای یا ریتم در بین جوانان بیشتر شناخته شده است (۵). علی‌رغم این شناخت سطحی، اطلاعات و باورهای غلطی در مورد کاندوم وجود دارد که به نظر می‌رسد آنها را از استفاده کاندوم بازمی‌دارد. یک مطالعه بر روی دانش‌آموزان دوره متوسطه در نایروبی و کنیا گزارش می‌کند که آگاهی نسبت به کاندوم کم نبوده و بیشتر جوانان از نقش آن در پیشگیری از ایدز آگاه بودند و می‌توانستند انواع آن را نام ببرند؛ اما این شناخت با عدم اطمینان نسبت به کاندوم همراه بود. به‌عنوان نمونه معتقد بودند که ویروس ایدز از سوراخ‌های کاندوم عبور می‌کند، بنابراین نمی‌تواند مطمئن

باشد و یا کاندوم در حین استفاده پاره می‌شود و خطرناک است چون ممکن است داخل واژن باقی‌ماند (۵). در مطالعه حاضر، درخصوص سؤال "آیا می‌توان کاندوم را بیش از یک بار مصرف کرد؟" فقط ۵۴/۸٪ پاسخ صحیح داده‌اند (پاسخ خیر)، بقیه پاسخ غلط داده و یا اظهار بی‌اطلاعی کرده‌اند (۴۵/۲٪). در مورد سؤال "آیا کاندوم از بیماری‌های مقاربتی پیشگیری می‌کند؟" نیز حدود ۵۷/۶٪ پاسخ غلط داده و یا اظهار بی‌اطلاعی کرده‌اند. همچنین در مورد سؤال "آیا کاندوم روش موثر پیشگیری از بارداری است؟" نیز فقط ۵۳٪ پاسخ صحیح (پاسخ بلی) و ۴۷٪ پاسخ غلط و یا نمی‌دانم داده‌اند. با توجه به نتایج فوق لزوم آموزش برای اصلاح باورهای غلط در این خصوص بیش از پیش احساس می‌شود. در مطالعه حاضر، فقط ۲۸/۸٪ نوجوانان پسر ۱۵-۱۸ ساله تهرانی نسبت به انواع روشهای پیشگیری از بارداری آگاهی بسیار خوب داشتند و ۱۲/۶٪ هیچگونه اطلاعی نداشتند و ۲۵/۴٪ فقط سه و یا چهار روش پیشگیری را می‌شناختند. بیشترین روشی که در بین آنها شناخته شده بود کاندوم با ۷۲/۲٪ بود.

همین‌امرد درخصوص آگاهی در زمینه بیماری‌های مقاربتی و ایدز نیز صادق است. به‌عنوان مثال، بالغ بر ۸۰٪ از پاسخگویان در مطالعات انجام شده در بعضی از شهرهای چین، گواتمالا، اندونزی، کنیا، نیجریه، پرو و تایلند از بیماری ایدز آگاه بودند؛ اما درصد زیادی از نوجوانان دارای باورهای غلط شایع و خیلی خطرناک در مورد ظاهر افراد مبتلا به ایدز و درمان‌پذیری بیماری ایدز می‌باشند. به‌عنوان مثال، بعضی مطالعات در نقاط مختلف نشان داده‌اند که جوانان مطمئن بودند که شخص مبتلا حتماً علائم و شواهدی مانند لاغری بیش از حد دارد (۵). فقط ۵٪ پسران در یک مطالعه در دانشجویان یکی از شهرهای نیجریه و ۱۲-۷٪ دانش‌آموزان در مطالعه‌ای در یکی از شهرهای ویتنام از وضعیت بدون علامت بودن بیماری ایدز آگاه بودند (۵). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶

بر روی ۳۲۰۰ نوجوان ایرانی انجام گرفت فقط کمتر از ۴۰٪ پسران ۱۹-۱۵ ساله بیماری‌های مقاربتی را می‌شناختند و ایدز از میان دیگر بیماری‌های مقاربتی برای آنها بیشتر شناخته شده بود (۶).

در حالیکه در مطالعه حاضر ۹۴/۷٪ نوجوانان پسر تهرانی، نام بیماری مقاربتی و ایدز را قبلاً شنیده بودند که نشانگر ارتقاء میزان آگاهی آنان نسبت به نتایج مطالعات گذشته در ایران می‌باشد. ۷۶/۹٪ آنان از وضعیت ظاهر بدون علامت بیماران مبتلا به ایدز آگاه بودند و فقط ۶٪ اطلاع غلط داشته و ۱۷٪ اظهار بی‌اطلاعی کردند. در خصوص درمان پذیر بودن بیماری ایدز نیز ۶۲/۶٪ اطلاع صحیح داشته و جمعاً ۳۷/۳٪ یا پاسخ غلط یا نمی‌دانم به سؤال مربوط دادند. در خصوص علائم بیماری‌های مقاربتی نیز نتایج نشان داد که نوجوانان پسر اطلاعات ضعیفی دارند بطوریکه بالغ بر ۷۰٪ آنان از علائم بیماری مقاربتی در زنان و بالغ بر ۵۵٪ از علائم فوق در مردان مطلع نبودند. علی‌رغم بهبود آگاهی نوجوانان نسبت به ایدز و بیماری‌های مقاربتی در مقایسه با مطالعات سالهای قبل، همچنان نیاز به آموزش در مورد ایدز و بیماری‌های مقاربتی قویاً احساس می‌شود. نتایج مطالعه حاضر، کاملاً مؤید نتایج بدست آمده توسط مطالعه انجام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر روی نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله ایرانی در اسفند ماه ۱۳۷۶ می‌باشد (۶).

مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه بر این حقیقت تاکید می‌کند که اطلاعات در خصوص مسائل بهداشت جنسی باروری، روشهای پیشگیری و بیماری‌های مقاربتی بندرت توسط معلمان یا متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و والدین نیز در بیشتر مطالعات 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٪ پسران، والدین را به عنوان بهترین منبع اطلاعاتی در مورد بهداشت جنسی برشمردند؛ در حالیکه حدود ۵۰٪ دختران، والدین را به عنوان بهترین منبع معرفی کرده بودند (۷). در مطالعات انجام شده در کشورهای فیلیپین، نایروبی، ویتنام و اندونزی، گروه همسالان به عنوان مهمترین منبع کسب اطلاع در مورد مسائل جنسی به والدین برتری می‌یابد (۵). در مطالعه حاضر پسران ۱۸-۱۵ ساله تهرانی نیز مشابه نوجوانان سایر کشورها، مهمترین منبع و منبع ترجیحی کسب اطلاعات در مورد مسائل بهداشت باروری و جنسی را دوستان خود ذکر نمودند.

یک مطالعه KAP^۱ بر روی ۳۲۰۰ نوجوان دختر و پسر ۱۹-۱۰ ساله ایرانی در سال ۱۳۷۶ نسبت به بهداشت دوران بلوغ نشان داد که برای پسران ۱۴-۱۰ ساله، پدر و مادر شایعترین منبع آموزشی بود؛ در حالیکه در سنین بالاتر معلمان تا حدودی بر والدین پیشی می‌گیرند (۵). مطالعه دیگری در ایران در سال ۱۳۷۹، نشان داد که در پسران ۱۴-۱۰ ساله، مهمترین فردی که مشکلات دوران بلوغ خود را با وی در میان می‌گذاشتند یکی از والدین بوده است (۸). در حالیکه در مطالعه حاضر نوجوانان پسر تهرانی (۱۸-۱۵ ساله)، مهمترین منبع کسب اطلاع در مورد بلوغ (تغییرات جسمی و روانی دوران نوجوانی) را معلم (۲۱/۶٪) و ترجیحاً دوست (۱۴/۸٪) برای کسب این اطلاعات، ذکر کردند. نوجوانان، منابع مختلف را برای کسب جنبه‌های متفاوتی بهداشت جنسی ترجیح می‌دهند. چنانچه ملاحظه می‌شود معلمان در ارائه اطلاعات در مورد بلوغ (۱۴/۲٪) نسبت به دادن اطلاعات در مورد مسائل جنسی (۹/۹٪) بیشتر ترجیح داده می‌شوند. از اینرو بر اساس نتایج مطالعات کشورهای در حال توسعه و کشور ایران، برنامه‌ریزی جهت آموزش و همچنین گروه همسالان در مراکز آموزشی، محل‌های کار، مراکز ورزشی و... نیز

1-Knowledge, Attitude and Practice

می‌تواند قدمی در جهت ارتقاء سطح آگاهی نوجوانان نسبت به مسائل بهداشت باروری و جنسی باشد. به علاوه از بعد نگرشی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درصد نسبتاً قابل توجهی از پسران نوجوان تهرانی به عدم مقبولیت رابطه جنسی قبل از ازدواج در بین دختران و پسران معتقد بودند (۵۶/۶٪). درحالیکه این رقم در مورد عدم مقبولیت رابطه در حد دوستی ۱۹/۶٪ می‌باشد. ۴۶/۱٪ اظهارداشتند، حتی اگر پسر و دختری رابطه عاطفی قوی با یکدیگر داشته باشند رابطه جنسی قبل از ازدواج جایز نمی‌باشد. عموماً مردان نسبت به زنان بیشتر فعالیت جنسی قبل از ازدواج را قابل قبول می‌دانند و به علاوه هم زنان و هم مردان، فعالیت جنسی قبل از ازدواج را برای مردان بیشتر از زنان مقبول می‌دانند. این استاندارد دوگانه در مطالعه حاضر نیز مشهود است (۵). بطوریکه ۵۴/۸٪ پسران با داشتن فعالیت جنسی در پسران قبل از ازدواج مخالف بودند و این رقم در مورد دختران ۶۷/۶٪ گزارش شده است (۱۲/۸٪ اختلاف). همچنین، فقط ۴۷/۸٪ پسران معتقد بودند که اکثر پسران پس از رابطه جنسی قبل از ازدواج پشیمان می‌شوند؛ درحالیکه ۵۸/۳٪ آنها به پشیمانی فوق در مورد دختران معتقد بودند. در بین دانش آموزان شبانه در شهر Lima، کشور پرو، ۴۹٪ دختران و ۶۹٪ پسران موافق بودند که پسران باید قبل از ازدواج تجربه جنسی بدست آورند. درحالیکه ۷۳٪ دختران و ۵۹٪ پسران معتقد بودند که دختران باید در زمان ازدواج باکره باقی بمانند (۵). در یک مطالعه در سریلانکا نیز نشان داده شد که دختران به طور معنی‌داری نسبت به پسران با از بین رفتن بکارت قبل از ازدواج مخالف بودند (۸).

همچنین یک مطالعه ایرانی در سال ۱۳۷۹ نشان داد که دختران نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله به خصوص روستائی کمتر از همه با رابطه دوستی با جنس مخالف موافق هستند؛ درحالیکه پسران شهری کمتر از همه با چنین

روابطی مخالفت دارند (۹). علاوه بر آن تحقیقی بر روی ۱۸۰۰۰ دانشجوی ایرانی در سال ۱۳۷۱ نیز نشان داد که ۱۷/۳٪ پسران و ۶/۴٪ دختران به مقبولیت رابطه دختر و پسر ازدواج نکرده صحه گذارده‌اند. اختلاف بین دو جنس در خصوص ازدواج موقت نیز کاملاً مشهود است؛ بطوریکه ۷۳/۳٪ پسران موافق آن بوده درحالیکه فقط ۱۱/۵٪ دختران با ازدواج موقت موافق بودند (۱۰).

اینگونه استانداردهای دوگانه در مورد نقش جنسی و باروری دختر و پسر، پسران را بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌دهد. زیرا پسران خود را از نظر اجتماعی مجاز می‌دانند که تجربه تماس جنسی قبل از ازدواج داشته باشند بدون اینکه شهرت آنها آسیب ببیند و همین امر آنها را تشویق به تماس‌های جنسی قبل از ازدواج و با تعداد بیشتر شریک جنسی می‌نماید. در نتیجه این رفتارهای پرخطر جنسی، خود فرد، شرکای جنسی مونث و همسر آینده آنان بیشتر در معرض خطر بیماری‌های مقاربتی، ایدز، حاملگی ناخواسته و سقط‌های نامطمئن قرار می‌گیرند (۵).

درخصوص رفتار باروری و جنسی نوجوانان، تحقیقات نشان می‌دهد که بالاترین میزان تماس‌های جنسی، ازدواج و حاملگی و زایمان در بین نوجوانان صحرای جنوبی آفریقا^۱ وجود دارد؛ بطوریکه تا سن ۲۰ سالگی، ۸۰٪ زنان در صحرای جنوبی آفریقا از نظر جنسی فعال هستند. این رقم در بعضی کشورهای توسعه یافته ۷۵٪ و در آمریکای لاتین تقریباً ۵۰٪ نوجوانان می‌باشد. البته این ارقام شامل زنانی که در قالب ازدواج فعالیت جنسی دارند نیز می‌باشد (۵). در کشور هند نیز حداقل نیمی از زنان جوان تا سن ۱۸ سالگی از نظر جنسی فعال شده‌اند که بیشتر در قالب ازدواج بوده است (۱۱). بررسی‌های اخیر در آمریکای جنوبی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵، گزارش کرده‌اند که درصد دانش‌آموزان دبیرستانی که فعالیت جنسی را گزارش می‌کنند بین ۵۴-۵۳٪

1- Sub-Saharan Africa

می‌باشد (۱۲). در تعدادی از کشورهای اروپایی، به عنوان مثال فرانسه و هلند و انگلیس ۵۰-۴۰٪ جوانان تا سن ۱۸ سالگی روابط جنسی را تجربه کرده‌اند (۱۳، ۱۴).

نتایج مطالعات مورد-شاهدی در کشورهای آسیایی، شیوع نسبتاً کمتری از تجربه جنسی در بین نوجوانان دختر را منعکس می‌نماید. در حالی که یک سوم تا نیمی از پسران نوجوان، سابقه تماس جنسی داشته‌اند. ۲۷/۷٪ نوجوانان در مطالعه حاضر، تجربه تماس جنسی را ذکر کردند؛ البته سابقه داشتن تماس جنسی با افزایش سن نوجوانان پسر از ۱۵ سالگی به ۱۸ سالگی بطور معنی‌داری افزایش می‌یابد (از ۱۲/۵٪ به ۴۱/۷٪) ($P < 0.000$). میانگین سنی ۱۴/۸ سال برای تماس جنسی نسبتاً پائین بوده و نیاز به توجه دارد. وجود یکی از دو رفتار پرخطر جنسی (عدم استفاده از روش پیشگیری و داشتن بیش از یک شریک جنسی) نیز در بین نوجوانانی که سابقه تماس جنسی داشتند غیر شایع نمی‌باشد (۶۸/۲٪).

علیرغم اینکه رشد رسانه‌های جهانی و دسترسی آسان جوانان به شبکه جهانی (اینترنت) پنجره جدیدی به دنیای تکنولوژی بر روی آنان گشوده و موجبات گسترش معلومات مفید در بین جوانان گردیده اما ممکن است به دلیل دسترسی آسان آنان به بعضی از سایت‌های غیراخلاقی باعث ایجاد نگرشهای متفاوت با هنجارها و ارزشهای جامعه در رابطه با فعالیت جنسی شود. بطوریکه در مطالعه حاضر، حدود ۲۷٪ (نزدیک به یک سوم) نوجوانان پسر ۱۵-۱۸ ساله تهرانی به ماهواره و بالغ بر یک سوم (۳۴/۳٪) به اینترنت دسترسی داشتند. علاوه بر تاثیر رسانه‌های جهانی، سایر فاکتورها مانند افزایش سن ازدواج نیز راه را برای یک دوره نسبتاً طولانی فعالیت جنسی خارج از ازدواج و خطرات حاملگی ناخواسته فراهم می‌سازد. جوانان کشور ایران نیز مسلماً مستثنی نبوده و از اینگونه اثرات به دور نیستند.

لذا با توجه به ضعف اطلاعاتی و باورهای نادرست در مورد بعضی از جنبه‌های بهداشت باروری در میان نوجوانان و همچنین وجود رفتارهای پرخطر جنسی در نوجوانان و این حقیقت که نوجوانان تحت تاثیر فاکتورهایی هستند که آنها را بیشتر در معرض رفتارهای فوق‌قرار می‌دهد، بجاست که سیاست‌گذاران بهداشتی و آموزشی کشور با برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌های آموزشی و خدماتی، به نیازهای بهداشت باروری-جنسی این گروه بیش از پیش پرداخته تا نسلی آینده‌ساز، سالم و مولد داشته باشیم.

پیشنهادهات: در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متنوع، تفاوت‌های زیادی در نوع رفتارهای جنسی و باروری وجود دارد. اما آنچه در همه جوامع مشهود است این است که رفتارهای پرخطر جنسی در بین نوجوانان در حال افزایش می‌باشد. داشتن تماس جنسی قبل از ازدواج، داشتن چند شریک جنسی، عدم استفاده از روش‌های پیشگیری و یا استفاده نامنظم از کاندوم و سایر روش‌های پیشگیری، در معرض تماس‌های جنسی اجباری قرار گرفتن و همچنین تجاوز، غیر معمول نمی‌باشد.

علیرغم رفتارهای پرخطر ذکر شده، جوانان و نوجوانان خود را در معرض حاملگی و بیماری‌های ناشی از تماس جنسی نمی‌دانند و آگاهی عمقی آنان نسبت به بهداشت باروری و جنسی و بیماری‌های مقاربتی محدود بوده و در جوامعی که آگاهی بهتری دارند این آگاهی، سطحی و غیر عمقی است و باورهای نادرست در مورد خطرات عمل جنسی نامطمئن و عواقب آن به میزان زیادی دیده می‌شود. همچنین به علت استانداردهای دوگانه مبتنی بر جنس در نگرش و رفتار جنسی و باروری نوجوانان، دختران به خصوص آسیب پذیرتر می‌شوند. با توجه به موارد فوق پیشنهادات اجرائی ذیل ارائه می‌گردد:

- و محتوای آموزشی و ارائه اطلاعات به خود نوجوانان با برنامه ریزی مدون؛
- تشویق نوجوانان به پایبندی به اصول اخلاقی و اعتقادات مذهبی؛
- تحکیم نهاد خانواده و تشویق والدین به برقراری ارتباط نزدیک تر و صمیمی تر با نوجوانان خود.

تشکر و قدردانی

این بررسی در مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور با همکاری گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران و حمایت علمی و اجرایی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت اجرا شد. شایسته است از سازمان بهداشت جهانی و مشاور علمی محترم آن، خانم دکتر شیرین جیجیبهوی (Shireen J. Jejeebhoy) و پرسشگران طرح آقایان دکتر علی ساقندیان طوسی، دکتر مرتضی امیرانی، دکتر علی اصغر عمادی نظری، دکتر ذکریا محمدی، دکتر حسین قنبری و خانم دکتر خدیجه فرزانه و کلیه کسانی که به نحوی در اجرای این بررسی، نقش ارزنده‌ای داشتند تشکر و قدردانی نمائیم.

- طراحی برنامه‌های آموزشی بهداشت باروری و جنسی متناسب با فرهنگ و سن نوجوانان در محیط‌های آموزشی و محل‌های کار؛
- تشویق جوانان برای امتناع از تماس‌های جنسی خارج از ازدواج و جستجوی مراقبت‌های متناسب و به موقع برای نیازهای بهداشت باروری و جنسی خود؛
- از بین بردن اطلاعات و باورهای غلط در مورد مسائل بهداشت جنسی و باروری با روش‌های آموزشی متناسب با تغییر نگرش؛
- اصلاح فرهنگی و اجتماعی در مورد استاندارد دوگانه بر اساس جنس با مشارکت جامعه، موسسات آموزشی و سازمان‌های مختلف که با مسائل نوجوانان و جوانان سر و کار دارند؛
- آموزش مسائل بهداشت باروری و جنسی به دو گروه همسالان (نوجوانان) و معلمان با برنامه‌ریزی مدون، جهت انتقال مطالب به سایر نوجوانان و آگاه ساختن والدین به خصوص پدران و همچنین معلمان از مسائل بلوغ پسران و انتشار کتب و مطالبی در مجلات در خصوص مسائل فوق؛
- سهیم نمودن خود نوجوانان در طراحی استراتژی‌ها

References

- 1- Villareal M. Adolescent Fertility: Socio-Cultural Issues and Program Implications". South Asia Conference on the Adolescent. July 1998.
- 2- Aghajanian A., Mehryar. A.H. Fertility Transition in the Islamic Republic of Iran: 1976-1996. Asia Pacific Popul J. 1999;14(1): 21-42.
- ۳- مرکز ملی آمار ایران، گزارش سرشماری ملی ایران در سال ۱۳۷۵، تهران، سال ۱۳۷۵.
- 4- Family Planning Association of I.R. of Iran. Reproductive Health Needs Assessment of Adolescent (Boys). April 1998.
- 5- Brown A.D., Jejeebhoy Sh.J., Iqbal Sh.,

- Kathryb M. Yount. Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, family and Community Health, world Health Organization, Geneva, 2001.
- ۶- گزارش بررسی آگاهی و عملکرد دختران و پسران ۱۰ تا ۱۹ ساله نسبت به مسائل بهداشتی بویژه بهداشت دوران بلوغ در جمهوری اسلامی ایران. معاونت بهداشتی، اداره کل بهداشت خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۷۶.

1- Peers function

7- Towards Adulthood, Exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia, In: Yasmeen Sabeeh Qazi, "Adolescent reproductive health in Pakistan", World Health Organization, Geneva, 2003, pp:78-80.

8- Towards Adulthood, Exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia, In: Kalinga Tudor Silva and Stephen Schensul, "Differences in male and female attitudes towards pre-marital sex in a sample of Sri Lankan Youth", World Health Organization, Geneva, 2003;pp: 86-88.

۹- بررسی کشوری سلامت روانی، اجتماعی نوجوانان

۱۰-۱۹ ساله ایرانی، دفتر بهداشت مدارس، وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۷۹.

۱۰- محمد، کاظم. نگرش در مورد رابطه بین دختر و پسر در

بین دانشجویان ایرانی. گزارش چاپ نشده، تهران، سال ۱۳۷۵

11- Towards Adulthood, Exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia, In:A.R. Nanda, Addressing the reproductive health needs of adolescents in India; directions for Programmes , World Health Organization, Geneva, 2003;pp:43-47.

12- Warren W.C., Santelli S. J., Everett A. S., Kann L., Collins L. J., Cassell C., Morris L., KolbeJ.L. Sexual Behavior among US High School Students, 1990-1995. Fam Plan Perspec. 1998;30(40):170-176.

13- EPI Center .Evaluation of Health Promotion and Social Interventions. London University, Institute of Education, 1995, United Kingdom.

14- Friedman H.L. Changing patterns of adolescent sexual behavior: Consequences of health and development. J of Adolescent Health. 1992;13:345-350.