

موانع آموزش بهداشت باروری در مدارس

طاهره کمالی خواه^۱، فاطمه رحمتی نجار کلائی^۲، مسعود کریمی^۳

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲. استادیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
۳. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی موانع آموزش بهداشت باروری و دیدگاههای معلمان و دانش آموزان شهر زاهدان در رابطه با آموزش بهداشت باروری در مدارس می باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه به روش کیفی (تحلیل محتوی) و از طریق ۸ بحث گروهی متمرکز با ۶۱ نفر از معلمان و دانش آموزان دختر دبیرستان شهر زاهدان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

یافته‌ها: مهم ترین موانع آموزشی عدم پذیرش اولیای دانش آموزان و تعصبات فرهنگی ذکر شد. بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان همسالان و بهترین روش آموزش، تدریجی و با بهره گیری از ممنوعیت های ذکر شده در دین مبین اسلام بود.

نتیجه گیری: تدوین برنامه های جامع آموزش بهداشت باروری در مدارس با بهره گیری از ظرفیت های فرهنگی و آموزه های اسلامی پیشنهاد می گردد. [م ت ع پ ز، ():]

کلیدواژه‌ها: دانش آموزان، آموزش بهداشت، خدمات بهداشت باروری

مقدمه

بهداشت باروری سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل و عملکرد آن را در بر می گیرد به طوری که شامل خدمات تنظیم خانواده، HIV/AIDS و بیماری های مقاربتی، سلامت مادر و نوزاد و خشونت جنسی است^۱ و به لحاظ اهمیت آن در توسعه اقتصادی اجتماعی کشورها، کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه مصر (ICPD) بر لزوم ارتقای برنامه های بهداشت باروری در جهان تاکید نمود.^{۲،۳}

بسیاری از رفتارهای پرخطر سلامتی در دوره بلوغ شکل می گیرد^۴ و دختران جوان به لحاظ فیزیولوژیکی آسیب پذیری بیشتری نسبت به بیماری های مقاربتی و HIV دارند،^۵ بنابراین ارتقای بهداشت باروری برای نوجوانان دختر از اهمیت زیادی برخوردار است. مطالعه Benner و همکاران و van Egmond و همکاران بر ضعف اطلاعات بهداشت باروری و روابط جنسی در زنان تاکید دارد.^{۶،۷} Hazarika نیز بر لزوم ارتقای خدمات بهداشت باروری در جوامع مسلمان تاکید دارد.^۸ هم چنین رفیعی شیرپاک و همکاران بر اهمیت طراحی برنامه های بهداشت روابط جنسی برای پرداختن به نیازها و نگرانی های زنان تاکید می کنند.^۹ با توجه به این مطالعات مداخلات ارتقای بهداشت باروری در طول زندگی زنان ضروری است.

با وجود اهمیت محیط مدارس در برنامه ریزی و ارتقای بهداشت باروری،^{۱۰} در مورد موانع و عوامل تسهیل کننده اجرای مداخلات آموزشی مدرسه محور بهداشت باروری اطلاعات کمی در دسترس می باشد،^{۱۱} در نتیجه، مطالعه حاضر در محیط مدارس جهت تعیین موانع و دغدغه های آموزش بهداشت باروری در دانش آموزان و معلمان شهر زاهدان که از جمله مناطق خاص فرهنگی کشور است، انجام شد.

روش کار

این مطالعه کیفی به روش مصاحبه گروهی متمرکز به منظور تشریح دیدگاه های دانش آموزان و معلمان شهر زاهدان در مورد لزوم آموزش مطالب بهداشت باروری انجام شد. ابتدا سه مدرسه به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به دنبال آن نمونه گیری به صورت گلوله برفی ادامه یافت. در هر بحث گروهی بین ۶ تا ۱۲ نفر شرکت کردند و مدت جلسات بین یک تا یک و نیم ساعت متغیر و با حضور تسهیل گر و یادداشت بردار انجام شد. در کل ۶۱ نفر در مصاحبه گروهی متمرکز تا رسیدن به حد اشباع شرکت نمودند. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده شامل موارد ذیل بود: عدم ثبت نام و نام خانوادگی افراد، حضور داوطلبانه در جلسات بحث گروهی و اخذ رضایت شفاهی و آگاهانه از افراد و محرمانه ماندن پاسخ ها.

راهنمای سوالات بحث گروهی بدین صورت بود: ۱- سن مناسب آموزش بهداشت باروری به دانش آموزان چه سنی می باشد؟ ۲- بهترین روش آموزش بهداشت باروری به دانش آموزان چه می باشد؟ ۳- چه موانعی بر سر راه آموزش بهداشت باروری به دانش آموزان می باشد؟ ۴- بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان در مورد بهداشت باروری چه می باشد؟

تحلیل داده ها از طریق تحلیل محتوا و تحلیل مقایسه ای مداوم (Comparative constant analysis) و از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه ها شروع شد. راهکارهایی که برای اعتباربخشی به نتایج استفاده شد شامل: شنیدن و خواندن مکرر مصاحبه ها، مصاحبه های طولانی و استفاده از نظرات همکاران (بازنگری ناظرین) بود.

یافته‌ها

کردند که نباید اجازه دهیم خانواده در مورد رایه آموزش مطلع گردند (جدول ۱).

جدول ۱: موانع آموزش بهداشت باروری از دیدگاه دانش‌آموزان

موانع آموزش بهداشت باروری
عدم پذیرش و تعصب خانواده‌ها
اجتماعی فرهنگی
فقدان ظرفیت دانش‌آموزان
عدم روشن فکری مادرها
کمبود نیروی انسانی متخصص
صدور مجوزهای قانونی
تأثیر منفی این آموزش‌ها

در مورد اثرات منفی چنین آموزش‌هایی، عنوان نمودند:

"ممکنه بچه‌ها دچار خاطرات بدی شوند و دیگر نخواهند که در کلاس‌ها حضور یابند. یکی از دانش‌آموزان سال اول دبیرستان گفت: "ممکنه بچه‌ها ذهن‌شان خراب شود و یا حتی تحریک شوند."

۵- منبع کسب اطلاعات: بیشترین منابع کسب اطلاعات در خصوص مسایل بهداشت باروری به ترتیب تعدد ذکر شده عبارت بود از: همسالان، خویشاوندان، ماهواره، کتاب، تلویزیون، لوح فشرده، موبایل و اینترنت.

ب: دیدگاه‌های معلمان

بیشترین مانع آموزش بهداشت باروری از دیدگاه معلمان اعتراض خانواده و بعد از آن کنجکاوی بیش از حد دانش‌آموزان بود و موضوع شرم و حیا به عنوان مانع فقط توسط یکی از معلمان بیان گردید (جدول ۲).

جدول ۲: موانع آموزش بهداشت باروری از دیدگاه معلمان

موانع آموزش بهداشت باروری
اعتراض خانواده‌ها
کنجکاوی بیش از حد دانش‌آموزان
کمبود زمان کافی برای آموزش
مجوز آموزش و پرورش
موانع فرهنگی
عدم تایید علما
درک پایین یاسوه برداشت دانش‌آموزان
سن دانش‌آموزان
خجالت و شرم

بیشتر معلمان سن مناسب برای آموزش روابط جنسی را در سنین دبستان، آموزش بهداشت بلوغ را راهنمایی و دبستان و جالب آن که در مورد آموزش تنظیم خانواده، سنین دبیرستان ذکر شد. تاکید معلمان بر این بود که آموزش انتقال بیماری‌های مقاربتی از طریق روابط جنسی در دوران راهنمایی باید رایج شود و بقیه راه‌های انتقال در سنین پایین‌تر آموزش داده شود. معلمان بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش‌آموزان را همسالان و دوستان ذکر نمودند.

بحث

نتایج مطالعه موید نیازهای آموزش مطالب بهداشت باروری و جنسی در قشر دانش‌آموزان و معلمان شهر زاهدان و علاقه دانش‌آموزان به دریافت اطلاعات بهداشت باروری بود. مانند مطالعه حاضر دانش ضعیف دانش

در این مطالعه ۴۰ نفر دانش‌آموز دختر در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۷ سال و ۲۱ نفر معلم در محدوده سنی ۳۰-۴۵ سال به روش بحث گروهی متمرکز مصاحبه شدند به تفکیک، چکیده دیدگاه‌های دانش‌آموزان و معلمان به ترتیب زیر بیان می‌گردد:

الف: دیدگاه دانش‌آموزان

۱- سن مناسب آموزش: اکثریت بر این باور بودند که مسایل بهداشت باروری از سنین نه سال یا کلاس سوم ابتدایی به تدریج شروع و تا کلاس سوم راهنمایی آموزش‌ها کامل گردد و باید به گونه‌ای آموزش داده شود که دچار استرس نشوند. یکی از دانش‌آموزان سوم دبیرستان گفت: در کشور ما آموزش‌ها خیلی دیر گفته می‌شود و ممکن است افراد به دلیل فقدان آگاهی به بیراهه بروند."

۲- بهترین شخص آموزش‌دهنده: مشارکت کنندگان ذکر نمودند که خانواده‌ها باید از کودکی آموزش‌هایی را در سطح ابتدایی بدون ذکر دلیل به بچه‌ها بدهند. از نظر اقلیت بهترین شخص آموزش‌دهنده معلمان بودند و لیکن دانش‌آموزان دیگر در مخالفت آن‌ها مشکل را این گونه بیان نمودند: "ممکن است معلمان نتوانند، تمام سوالات را پاسخ بدهند پس بهتر است از یک شخص کارشناس استفاده شود."

از نظر اکثریت بهترین شخص آموزش‌دهنده مربی بهداشت بود به عنوان مثال یکی از آن‌ها گفت: "چون بچه‌ها با مربی بهداشت راحت‌ترند سوال می‌پرسند و بهتر یاد می‌گیرند."

تعداد کمی هم مادران را بهترین شخص آموزش‌دهنده می‌دانستند. مشکلات آموزش مادران از زبان دو نفر از دانش‌آموزان این گونه بود: "اگر به مادرها آموزش بدهیم و از آن‌ها بخواهیم که به بچه‌ها بگویند درست نیست، چون ممکن است مادرها به بچه‌ها نگویند و فکر کنند چشم و گوش بچه‌ها باز می‌شود. "از مادرمان خجالت می‌کشیم و بعضی مادران اصلاً حرف نمی‌زنند."

۳- بهترین روش آموزش: ترجیح آموزش از دید دانش‌آموزان، به شکل سخنرانی (اختصاص یک ساعت درسی) و پرسش و پاسخ در گروه‌های کوچک و مشاوره گروهی بود. اکثر دانش‌آموزان آموزش مستقیم را در زمینه ایدز، روابط جنسی، تنظیم خانواده و بهداشت بلوغ و آموزش غیر مستقیم را با مقدمه چینی از طریق فیلم و عکس می‌پسندیدند. یکی از دانش‌آموزان اول دبیرستان عنوان نمود: "اگر غیر مستقیم آموزش دهیم ممکن است دانش‌آموز خجالت بکشد و نتواند که سوالات خود را مطرح کند."

بسیاری از دانش‌آموزان در مورد بهداشت بلوغ اذعان داشتند که اتفاقات زمان بلوغ در شکل ظاهری بدن گفته شود. در مورد آموزش مسائل جنسی از ممنوعیت‌های دین اسلام شروع شود و مفهوم محرم و نامحرم در زمان قبل از مدرسه توضیح داده شود.

۴- موانع سر راه آموزش: دانش‌آموزان بزرگ‌ترین مانع را رسوم فرهنگی و مخالفت‌های اطرافیان عنوان نمودند و ذکر کردند که بیشترین مخالفت با آموزش روابط جنسی و مسائل زناشویی صورت می‌گیرد و حتی عنوان

یاری گرفت. مطالعه Hoga نیز در کشور برزیل بر لزوم در نظر گرفتن جنبه-های اخلاقی و دیدگاه مذهبی در زمینه آموزش مسایل تولید مثل و جنسی تاکید دارد.^{۱۹} در تفسیر یافته‌ها باید محدودیت‌های مطالعه کیفی حاضر را مدنظر داشت و لذا این مطالعه باید در خرده فرهنگ‌ها و قومیت‌های دیگر ایرانی نیز صورت بگیرد و در ادامه با مطالعات کمی همراه گردد تا در سطح کلان کشور قابل اجرا باشد.

سلامتی زنان روی سلامت خانواده و کودکان تاثیر می‌گذارد و لذا ارتقای بهداشت باروری در طول سال‌های باروری و نوجوانی زنان لازم است.^{۲۰} از دیدگاه دانش‌آموزان و معلمان مشارکت کننده نیاز به آموزش بهداشت باروری احساس می‌گردد و لذا تدوین برنامه جامع آموزش بهداشت باروری در مدارس با همکاری وزارت بهداشت و آموزش و پرورش و دیگر نهادهای فرهنگی و دینی ضروری است. نکته مهم این که، باید بستر فرهنگی، اجتماعی این آموزش در خانواده‌ها و اولیای دانش‌آموزان با مشارکت دادن این دو گروه در برنامه‌ریزی آموزشی مدارس فراهم گردد. آموزش به طور تدریجی و با پرسش و پاسخ همراه باشد و تلفیق برنامه‌های آموزش بهداشت باروری با آموزه‌های دینی و بهره‌گیری از رسانه‌های آموزشی نوین می‌تواند اثر بخشی آموزش‌ها را افزایش دهد. محققین بعدی می‌توانند روی نیازهای جسمی و روحی بهداشت جنسی نوجوان و تفاوت‌های میان دو جنس بررسی بیشتری به عمل آورند. هم‌چنین بررسی بیشتر در مورد اثرات منفی آموزش-های بهداشت باروری نیز ضروری است.

سیاسگزاری

با تشکر و سپاس از مسولین دانشگاه علوم پزشکی زاهدان خصوصاً مرکز تحقیقات ارتقای سلامت که حمایت مالی این طرح (به شماره مصوب ۱۰۸۸) را بر عهده گرفتند و همچنین نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از خانم دکتر فاطمه رخشانی که با راهنمایی‌های ارزنده‌شان یاریگر ما در انجام این پژوهش بودند تشکر و قدردانی نمایند.

آموزان در مطالعه Uddin و Choudhury در کشور بنگلادش نیز در مورد موضوعات ایدز، بیماری‌های مقاربتی و دوره باروری مشاهده شد.^{۱۲} نتایج مشابه در مطالعه الفتی و علی‌قلی نیز روی دختران نوجوان شهر قزوین^{۱۳} و مظلومی و همکاران نیز روی زنان هفت شهر مرکزی ایران^{۱۴} مشاهده شد.

سوالات متعدد در ذهن دانش‌آموزان در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی وجود داشت. لذا پیشنهاد می‌گردد، برنامه‌ریزی آموزش بهداشت باروری بر مبنای نیازسنجی آموزشی هر منطقه و تحلیل محتوای پیام‌های بهداشتی ارایه شده باشد. اکثر آن‌ها سن شروع آموزش بهداشت باروری را سن تکلیف شرعی دختر از نظر اکثریت مراجع (۹ سال) عنوان نمودند که با آموزه‌های دین مبین اسلام نیز منطبق است. در این مطالعه، والدین بیشتر به عنوان مانع تا تسهیل کننده مباحث جنسی آموزش بهداشت باروری محسوب شدند. در مطالعه‌ای مشابه در جوانان نپالی و محمدی در ایران، صحبت در موضوعات سلامت جنسی با والدین همراه با خجالت بود.^{۱۵،۱۶} در نتیجه باید ارتباط والدین و نوجوانان از طریق برنامه‌های آموزشی مشارکتی ارتقا یابد.

در این مطالعه، به جز مبحث بهداشت بلوغ، بیشتر منابع کسب اطلاعات دانش‌آموزان، همسالان بودند که با مطالعه ملک و همکاران^{۱۷} در شهرهای شمال غربی کشور منطبق است که با توجه به ویژگی‌های روان شناختی دوران بلوغ و گرایش به همسالان این امر بدیهی است. با این وصف، آموزش‌های نادرست همسالان می‌تواند موجب پیامدهای بهداشتی و اجتماعی غیرقابل جبران در دانش‌آموزان شود. در مطالعه Roy در مورد بررسی نیازهای آموزشی، نوجوانان دختر ترجیح می‌دادند که معلمان و سپس آموزش دهنده بهداشت به آن‌ها آموزش دهد.^{۱۸} در مطالعه حاضر نیز دانش-آموزان بر ارایه آموزش از طریق مربی بهداشت تاکید نمودند. این امر نشان از نقش موثر مربی بهداشت در زمینه آموزش رسمی موضوعات بهداشت باروری در مدارس است. تاکید مشارکت کنندگان بر بهره‌گیری از آموزه-های دینی، مسایل محرم و نامحرم، در زمینه آموزش بهداشت باروری بود که می‌توان از ظرفیت نهادهای مذهبی و مربی‌های قرآن و بهداشت در این زمینه

References

- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) 1999 Reproductive health in refugee situations: An inter-agency field manual. Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/403b6ceb4.html> Accessed 5 May 2009.
- Golbasi Z, Taskin L. Evaluation of school-based reproductive health education program for adolescent girls. *Int J Adolesc Med Health* 2009; 21(3): 395-404.
- Moronkola OA, Ojediran MM, Amosu A. Reproductive health knowledge, beliefs and determinants of contraceptive use among women attending family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *Afr Health Sci* 2006; 6(3): 155-9.
- Barker M, Brief R. Health promotion for youth. Missouri: foundation for health; 2003: 7.
- Gebhardt WA, Kuyper L, Dusseldorp E. Condom use at first intercourse with a new partner in female adolescents and young adults: The role of cognitive planning and motives for having sex. *Arch Sex Behav* 2006; 35(2): 217-23.
- Benner MT, Townsend J, Kaloi W, et al. Reproductive health and quality of life of young Burmese refugees in Thailand. *Confl Health* 2010; 4: 5.
- van Egmond K, Naeem AJ, Verstraelen H, et al. Reproductive health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practices survey among Afghan women in Kabul. *Disasters* 2004; 28(3): 269-82.
- Hazarika I. Women's reproductive health in Slum populations in India: Evidence from NFHS-3. *J Urban Health* 2010; 87(2): 264-277.
- Shirpak KR, Chinichian M, Maticka-Tyndale E, et al. Qualitative Assessment of the Sex Education Needs Of Married Iranian Women. *Sex Cult* 2008; 12: 133-50.
- Scriven A, Stiddard L. Empowering schools translating health promotion principles into practice. *Health Educ* 2003; 103(2): 110-18.
- Renju J, Nyalali K, Andrew B, et al. Scaling up a school-based sexual and reproductive health intervention in rural Tanzania: A process evaluation describing the

- implementation realities for the teachers. *Health Educ Res* 2010; 25(6): 903-16.
12. Uddin MJ, Choudhury AM. Reproductive health awareness among adolescent girls in rural Bangladesh. *Asia Pac J Public Health* 2008; 20(2): 117-28.
 13. Olfati F, Ali-Gholi S. [A study about educational needs of teenage girls toward reproductive health and determination of a proper strategies to provide it in Qazvin] Persian. *Yakhteh* 2009; 11 (1): 63-63.
 14. Mazloumi-Mahmoudabad SS, Shahidi F, Abbasi Shavazi M and Shahrizadeh F. [Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health Subjects in seven central cities of Iran] Persian. *J Reprod Infert* 2007; 7(4): 391-400.
 15. Regmi PR, van Teijlingen E, Simkhada P and Acharya DR. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. *J Health Popul Nutr* 2010; 28(6): 619-27.
 16. Mohammadi MR, Alikhani SK, Abadi-Farahani F and Bahonar A. Parents' attitudes towards adolescent boy's reproductive health needs and practice in Tehran. *Iran J Psychiatry* 2007; 2: 13-24.
 17. Malek A, Abbasi-Shokoochi H, Faghihi AN, et al. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school students in northwest Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13(6): 537-42.
 18. Roy S. Education of adolescents on reproductive health: which way to go? *J Nepal Med Assoc* 2010; 49(177): 88-91.
 19. Hoga LA, Tiburcio CA, Borges AL, et al. Counseling regarding sexual and reproductive behavior: Principles and practices of catholic priests. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(6): 1237-45.
 20. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, et al. Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed methods study. *BMC Public Health* 2011; 11: 191.

Barriers of reproductive health education in schools

Tahereh Khamalikhah,¹ Fatemeh Rahmati-Najarkolaei,² Masoud Karimi³

Background: The aim of this study is to explore the barriers on reproductive health education and prospects among teachers and students in the Zahedan city related to reproductive health education at schools.

Materials and Method: In this qualitative content analysis study, eight qualitative focus group interview among teachers and students were conducted in 2009 (N=61).

Results: The most important barriers of education were; not accepting the parents of students and cultural prejudice. The most informative resource for students was peers at school and the best educational method was gradual by getting benefit from mentioned prohibitions in Islam.

Conclusion: Designing on analyzed and comprehensive reproductive health education by using cultural capacities and Islamic instruction are suggested

Keywords: Students, health education, [reproductive health services](#)

1. MSc of Health Education PhD student, Shahid Sadoughi Medical University of Yazd, Yazd, Iran.
2. Assistant Professor of Health Education, MILITARY Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. General Physician PhD student, Shahid Sadoughi Medical University of Yazd, Yazd, Iran