ORIGINAL ARTICLE

Knowledge of Girls on Reproductive Health and their Desire for Communication with Mothers about this

Fatemeh Abdollahi[1],
Taraneh Geran Ouremi[2],
Akram Barzegar[3],
Jamshid Yazdani Charati[4]

[1]Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2]Assistant Professor, Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]BSc in Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4]Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 13, 2016 Accepted December 20, 2016)

Abstract

Background and purpose: Adolescent-mothers communication about reproductive health is one of the strategies that could decrease youth risky behaviors. This study aimed to find out the desire for communication, its level and content between adolescents and their mothers on reproductive health.

Materials and methods: In a descriptive study, 655 high school girls in Mazandaran, Iran were selected via stratified sampling (2015-16). The level of communication between adolescents and their mothers or any problem on this, the desire to talk to mothers and their active interaction about reproductive health was examined by adapted standard questionnaires.

Results: The mean score for adolescent's knowledge on reproductive health was 5.76±1.45 out of 10. The mean scores for level of communication between adolescents and their mothers, any problems in the communication and the desire to talk to mothers were 34.12± 6.10, 31.83± 4.31, and 7.58± 4.17, respectively. The main topics of talks were puberty (83.7%) and sexual relationship (15.5%). The maximum duration of talks was 5-10 minutes (33%) in the preceding six months (35.4%). About one third of the girls were satisfied with the talks to their mothers (34.5%) and felt comfortable in having a discussion with them about reproductive health (31.3%).

Conclusion: Most adolescents did not communicate with mothers about reproductive health and their knowledge on it was weak. The adolescent-mothers communication and solving any barrier on this should be addressed. Nevertheless, implementation of programs on reproductive health sensitize both adolescents and mothers on the importance of having communication about it.

Keywords: reproductive health, adolescent, mothers, communication

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (144): 28-38 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۴ دی سال ۱۳۹۵ (۳۸-۲۸)

بررسی میزان آگاهی نوجوانان دختر از بهداشت باروری و تمایل به ارتباط با مادران در این خصوص

فاطمه عبداللهی[۱]
ترانه گران اوریمی[۲]
اکرم برزگر[۳]
جمشید یزدانی چراتی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: داشتن ارتباط نوجوانان با مادران خود یک راه حل جهت کاهش رفتارهای پرخطر می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی تمایل، میزان و چگونگی ارتباط بین دختران نوجوان با مادران خود در خصوص بهداشت باروری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی، ۶۵۵ دانش آموز دختر دبیرستان‌های استان مازندران به روش خوشه ای تصادفی مورد پرسشگری واقع شدند (۹۵-۱۳۹۴). آگاهی نوجوانان از بهداشت باروری، میزان و چگونگی ارتباط و مشکلات ارتباطی آنان با مادران در این با پرسشنامه‌های استاندار تطبیق یافته مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین آگاهی دختران از بهداشت باروری ۱/۴۵ ± ۵/۷۶ از حداکثر نمره ۱۰ بود. میانگین نمره کسب شده در خصوص تمایل دختران به گفتگو با مادران، میزان ارتباط و مشکلات ارتباطی آنان در خصوص بهداشت باروری به ترتیب ۴/۱۷ ±۷/۵۸، ۶/۱۰± ۳۴/۱۲ و ۴/۳۱ ± ۳۱/۸۳ بود. هم‌چنین ۱۵/۵ درصد و ۸۳/۷ درصد از دختران در خصوص روابط جنسی و مسایل مربوط به بلوغ با مادران خود گفتگو می کردند. حداکثر میزان گفتگو ۱۰-۵ دقیقه (۳۳/۳ درصد) در شش ماه گذشته (۳۵/۴ درصد) بود و حدود یک سوم دانش آموزان از گفتگو کاملاً راضی (۳۴/۵ درصد) و صحبت کردن با مادر خود در مورد این مسایل را نسبتاً آسان می‌دانستند (۳۱/۳ درصد).

استنتاج: میزان آگاهی دختران و ارتباط آنان با مادران خود در مورد بهداشت باروری ضعیف بود. تقویت ارتباط مناسب بین مادر و دختر نوجوان و رفع موانع ارتباطی آنان باید مورد توجه قرار گیرد. ضروری است با اجرای برنامه‌های بهداشت باروری، دختران و مادران را به اهمیت داشتن ارتباط در این خصوص حساس نمود.

واژه های کلیدی: بهداشت باروری، نوجوانان، مادران، ارتباط

مقدمه

نوجوانی، زمان کسب هویت، تجربه، انتخاب و حرکت رو به بزرگسالی است(۱). گذر از کودکی به بزرگسالی بدون آگاهی کافی در مورد موضوعات مربوط به بهداشت باروری و جنسی، مشکل است(۲). در حال حاضر، یک پنجم از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند. که ۸۵ درصد از آن‌ها در کشورهای در حال

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۶۰۴ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

مولف مسئول: جمشید یزدانی چراتی- ساری: کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail:jamshid_1380@yahoo.com

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشیار، گروه امار و اپیدمیولوزی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۳/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۴/۱۴ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۹/۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

توسعه زندگی می‌کنند(۳). نوجوانان در معرض رفتارهای پرخطری می‌باشند که می‌تواند سلامت آنان را در بزرگسالی تحت تأثیر قرار دهد. بدون شک، بسیاری از عادات و سبک‌های زندگی غیر سالم در دوره نوجوانی شکل می‌گیرند(۴). بر اساس دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی، در خصوص اهداف برنامه‌های بهداشت باروری، همه افراد باید از هرگونه بیماری، ناتوانی و مشکلات مربوط به مسائل جنسی و باروری دور بوده و مراقبت‌های لازم و مناسب را در صورت نیاز دریافت نمایند(۵). بنابراین تعریف، حق باروری قسمتی از حق تمام افراد بوده و نوجوان به عنوان یک انسان حق دارد از بالاترین استانداردهای آموزش جنسی و بهداشت باروری به دور از هر گونه تبعیض و خشونت بهره‌مند شود(۶). علی‌رغم این که نوجوانان با چالش‌های بهداشت باروری منحصر به فردی روبرو هستند(۷)، مطالعات در برخی کشورهای جهان سوم نشان‌دهنده کاهش اطلاع رسانی در مورد بهداشت باروری به نوجوانان است(۸،۶). تخمین‌زده شده است سالانه ۳۴۰ میلیون مورد عفونت‌های منتقله جنسی در جهان روی می‌دهد که حداقل یک سوم آنان در جوانان زیر ۲۵ سال می‌باشد. نیمی از عفونت‌های HIV جدید در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله رخ می‌دهد. بیش از نیمی از جوانان در نقاط مختلف دنیا فعالیت جنسی خود را از زمان نوجوانی آغاز می‌کنند و حدود ۱۴ میلیون نوجوان باردار می‌شوند که یک تا دو سوم این بارداری‌ها ناخواسته می‌باشد(۴).

مطالعات نشان می‌دهد نوجوانانی که توانمندتر هستند، کم‌تر در معرض پیامدهای منفی باروری و جنسی از جمله ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز می‌باشند و هم‌چنین داشتن اطلاعات صحیح، احتمال تصمیم‌گیری مسئولانه و آزادانه آنان در خصوص بهداشت باروری را افزایش می‌دهد(۹). درگیر شدن خانواده‌ها، از جمله ارتباطات دوطرفه والدین و دختران، سبب افزایش این توانمندی و کاهش پی آمدهای رفتارهای باروری ناسالم خواهد شد(۱۰،۱۱). داشتن رابطه مناسب و نیز حمایت والدین از نوجوان جهت رشد عاطفی و اجتماعی آنان ضروری است. علاوه بر آن، والدین می‌توانند نوجوانان خود را در خصوص مسایل بهداشت باروری درک و در تصمیمات آنان نفوذ داشته باشند(۱۲). از طرف دیگر مادران الگوی نقش جنسیتی دختران خود هستند و نیز بر تصمیم‌گیری نوجوان در خصوص رفتارهای بهداشتی باروری و جنسی آنان تاثیر می‌گذارد(۱۲). در صورت فقدان رابطه مناسب نوجوان با والدین، به دلیل دسترسی نوجوانان به رسانه‌های بین‌المللی، شاهد فاصله بین نوجوانان و والدین خواهیم بود که این امر سبب تعامل بیش‌تر آنان با همسالان، دریافت اطلاعات گاهاً ناصحیح از آنان و شکل‌گیری رفتار آنان مطابق با ناهنجارهای همسالانشان می‌شود(۱۳-۱۵).

کشور ایران با ۱۶ میلیون نوجوان (۲۲ درصد جمعیت کشور) یکی از جوان‌ترین کشورهای دنیا است که حدود نیمی از آنان دختران می‌باشند(۱۶). در ایران همانند سایر نقاط جهان، کاهش سن بلوغ و افزایش سن ازدواج سبب ایجاد فاصله زمانی طولانی بین بلوغ تا ازدواج و ایجاد فرهنگ لیبرال در تصمیم‌گیری‌های باروری و جنسی در بین نوجوانان و جوانان شده است که این امر احتمال شروع رابطه جنسی قبل از ازدواج را می‌تواند افزایش دهد(۱۵،۱۷-۱۹).

چنان‌چه مطالعه سلیمانیان و همکاران در دبیرستان‌های تهران (۲۰۱۰) نشان داد ۲۳/۳ درصد دختران و ۴۰/۴ درصد پسران در طول زندگی خود حداقل یک بار، چه با میل خود و چه با زور، درگیر رابطه جنسی شده بودند که از این میان، ۱۹/۵ درصد از آن‌ها در معرض رفتار جنسی پرخطر، ابتلاء به بیماری‌های مقاربتی و HIV بودند(۲۰). هم‌چنین مطالعه گرمارودی و همکاران (۲۰۱۰) در کرمان نشان دادند که میزان ارتباط جنسی بین جنس مخالف در بین نوجوانان مقطع دبیرستان ۲۱ درصد می‌باشد(۲۱). این در حالی است که سیستم بهداشتی در برخی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، نوجوانان را به عنوان یک

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

گروه هدف آسیب‌پذیر نادیده گرفته است(۲۲) و برنامه‌های بهداشتی باروری در مدارس، مراکز بهداشتی، اجتماع و حتی خانواده وجود ندارد و ارتباط دو طرفه والدین و نوجوان در این مورد، به خصوص دختران یک موضوع بحث برانگیز است(۲۴،۲۳).

از آن‌جایی‌که تقریباً تمام مشکلات مربوط به بهداشت باروری از طریق انتقال اطلاعات، بحث، ارتقا مهارت‌های زندگی و تصمیم‌گیری‌های مناسب قابل پیشگیری است و نوجوانان ایرانی موثرترین و مطمئن‌ترین راه انتقال اطلاعات مربوط به بهداشت باروری را مادران خود دانسته‌اند(۲۵) و نیز تعیین سطح ارتباط و مشکلات مربوط به آن در بین دختر نوجوان با مادر خود در این مورد به طراحی یک برنامه مداخله‌ایی مناسب کمک می‌کند، و با توجه به عدم پیشینه تحقیقاتی این مهم در استان مازندران، این مطالعه با هدف بررسی میزان و چگونگی ارتباط دختران نوجوان با مادران خود در خصوص مسایل مربوط به بهداشت باروری در استان مازندران برای اولین بار طراحی شده است.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی جهت دستیابی به میزان آگاهی، ارتباط، مشکلات ارتباطی و نیز تمایل دختران به گفتگو با مادران خود پیرامون مسائل مربوط به بهداشت باروری در نوجوانان شهرستان‌های منتخب استان مازندران در جهات جغرافیایی مختلف استان (شرق، غرب و مرکز) در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ می‌باشد. نمونه‌های این پژوهش ۶۵۵ دانش‌آموز دختر در مقطع دبیرستان بودند که تعداد نمونه بر اساس مطالعات قبلی(۲۷،۲۶) و فرمول حجم نمونه برآورد شده بود. روش نمونه‌گیری در شهر و روستا خوشه‌ای تصادفی بود و تعداد نمونه در شهرهای منتخب، شهر و روستا و نیز مدارس دولتی و غیر انتفاعی به‌طور وزنی بر اساس تعداد دانش‌آموزان آن مکان تعیین گردید. به این ترتیب که ابتدا تعداد نمونه‌های هر شهرستان به‌طور وزنی بر اساس تعداد دانش آموزان دختر آن شهرستان تخصیص داده شد و تعداد نمونه‌های شهری و رستایی نیز به طور وزنی تعیین گردید؛ در مرحله آخر، تعداد دانش‌آموزان مدارس دولتی و غیر انتفاعی به طور وزنی تعیین شد. انتخاب مدارس در شهر نیز با توجه به مناطق چندگانه آموزش و پرورش بود. به این ترتیب که در هر منطقه، دبیرستان‌های دخترانه دولتی و غیر انتفاعی جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند. روش انتخاب دانش آموزان تصادفی بود، به این صورت که پس از تایید پرسشنامه و کسب اجازه از آموزش و پرورش استان، شهرستان و مدیران محترم مدارس، با مراجعه به کلاس‌ها و بر اساس لیست حضور و غیاب به صورت تصادفی، دانش‌آموزان از رشته‌های مختلف تحصیلی انتخاب شدند و اهداف پژوهشی برای آنان بازگو و از آنان دعوت شد که در صورت رضایت در پژوهش شرکت کنند. معیارهای ورود به مطالعه برای دختران نوجوان، عدم ازدواج و سنین ۱۱-۱۸ سال بود. متغیرهای مستقل در این مطالعه، مشخصه‌های دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی دختران، آگاهی آنان از بهداشت باروری، میزان ارتباط و مشکلات ارتباطی دختران با مادران، تمایل دختران به شروع گفتگو راجع به مسایل بهداشت باروری با مادران و میزان گفتگوی فعال در این مورد با مادران بود.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های استاندارد تطبیق یافته و نیز محقق ساخته بود. پرسشنامه شامل چهار بخش اطلاعات دموگرافیک شامل (سن، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، تعداد دوستان صمیمی، محل سکونت، تعداد فرزندان، رتبه تولد، سن مادر، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر و وضعیت مسکن)، سنجش آگاهی دختران پیرامون بهداشت باروری(۲۸)، تعیین میزان ارتباط دختران با مادران آنان در خصوص بهداشت باروری (The Parent-Adolescent Scale) (PAC) (۳۰،۲۹)، تمایل دختران به شروع گفتگو در این خصوص و نیز میزان گفتگوی فعال در حال حاضر بود (RCT's Initiating Discussion) (۳۱). در پایان با طرح

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

چند سوال، نگرش دختران در خصوص سن مناسب ارایه خدمات بهداشت باروری، ازدواج و بارداری بررسی شد.

پرسشنامه آگاهی شامل ۱۰ سوال در رابطه با بهداشت باروری (بهداشت بلوغ- قاعدگی، روابط جنسی، روش‌های پیشگیری از بارداری و ایدز) بود که با دو گزینه درست و غلط ارزیابی شد. هر پاسخ صحیح ۱ امتیاز و هر پاسخ غلط ۰ امتیاز کسب می‌کرد. نمرات در پایان جمع شده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان آگاهی بیش‌تر بود. مجموع نمرات آگاهی از صفر تا ۱۰ بود(۲۸). پرسشنامه تعیین ارتباط کلی دختران با مادران PAC، یک پرسشنامه خود ایفاست که جنبه‌های مثبت و منفی چگونگی داشتن ارتباط دختران با مادر خود و هم‌چنین محتوا و رفتار متقابل بین آنان را می‌سنجد. این پرسشنامه با ۲۰ سوال ۵ گزینه‌ای در قالب لیکرت طراحی شده که از کاملاً موافق (نمره ۱) تا کاملاً مخالف (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه شامل دو بخش می‌باشد: بخش اول آن میزان ارتباط بین دختران و مادران در خصوص بهداشت باروری و بخش دوم آن، میزان مشکلات ارتباطی آنان را می سنجد. هر بخش شامل ۱۰ سوال است که مجموع نمرات از ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. نمرات در پایان جمع شده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ارتباط فعال‌تر و یا مشکلات ارتباطی بیش‌تر بین دختر و مادر می‌باشد(۲۹،۳۰).

پرسشنامه میزان گفتگو دختران با مادران خود پیرامون مسائل مربوط به بهداشت باروری RCT، یک پرسشنامه خود ایفا دو قسمتی شامل ۸ سوال می‌باشد. سوال ۱ نشانگر گفتگو فعال است و سوالات ۲ تا ۶ مدت، زمان و نحوه گفتگو را ارزیابی می‌کند. چنان‌چه پاسخ به هر یک از گزینه‌های سوال ۱، بلی باشد، به سوالات ۲ تا ۶ پاسخ می‌دهد و چنانچه پاسخ همه گزینه‌های سوال ۱، منفی باشد، به سوالات ۷ و ۸ پاسخ می‌دهد(۳۱). برای ارزیابی تمایل دختران به شروع گفتگو با مادران خود پیرامون مسائل مربوط به بهداشت باروری، پاسخ به دو سوال ۷ و ۸ در قالب لیکرت (بعید= ۱، موافق= ۷) مورد ارزیابی قرار گرفت. مجموع نمرات بین ۲ تا ۱۴ و نمره بالاتر، نشانگر میزان تمایل بیش‌تر نوجوان به شروع گفتگو می‌باشد.

جهت تایید اعتبار و روایی پرسشنامه‌ها، از روش روایی محتوا و صوری که از متخصصین محترم نظرسنجی شد، استفاده گردید. جهت تعیین روایی (validity) و پایایی (reliability) پرسشنامه‌ها، مطالعه پایلوت بر روی ۶۰ نوجوان انجام شد و از آزمون‌های تحلیل عاملی (factor analysis) جهت تعیین روایی و آزمون همبستگی درونی (internal consistency) جهت تعیین پایایی پرسشنامه استفاده شد و آلفای کرونباخ تعیین گردید. بعد از انجام تحلیل عاملی، ابعاد روایی ساختاری پرسشنامه شامل آگاهی، نگرش، بحث و گفتگو و ارتباط دختران با مادران بود که ۶۵ درصد واریانس متغیر پاسخ را پیش‌گویی می‌کرد. پس از انجام تحلیل جهت پایایی پرسشنامه، هر یک از ابعاد پرسشنامه (آگاهی، نگرش، بحث و ارتباط) دارای آلفای کرونباخ به اندازه‌های ۷۰-۷۲ درصد بود که نشاندهنده پایایی پرسشنامه بود. از آن‌جا که کلیه پرسشنامه‌ها، خود ایفاد بود، پرسشنامه‌ها توسط دختران نوجوان با نظارت همکاران پژوهش تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با فرمول‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شد و میانگین، انحراف‌معیار و فراوانی آنان محاسبه گردید.

یافته ها

میانگین سنی ۶۵۵ دانش‌آموز دختر شرکت‌کننده در پژوهش، ۰/۸۴ ±۱۶/۲۳ سال بود. بیش‌ترین درصد دانش‌آموزان رشته علوم تجربی (۲۹/۸ درصد)، با معدل بیش‌تر از ۱۷ (۶۸/۶ درصد)، فرزند اول خانواده (۴۱/۵ درصد)، با میانگین تعداد دوستان ۲/۶۰ ± ۳/۴۳ نفر بودند. بیش‌تر دانش‌آموزان از مدارس دولتی (۸۵/۳ درصد) و شهری (۸۳/۴ درصد) بودند. سطح سواد اکثر مادران و پدران دانش‌آموزان دیپلم (به ترتیب ۳۷/۸ درصد و ۳۱/۲ درصد) و بیش‌ترین شغل مادران، خانه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

دار (۸۵/۵ درصد) و پدران مشاغل آزاد (۵۵/۵ درصد) بود. لازم به ذکر است به علت عدم همکاری مدارس غیرانتفاعی، نمونه‌گیری بیش‌تر در مدارس دولتی (۸۵/۳ درصد) انجام شد. جدول شماره ۱، مشخصه‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: مشخصه های دموگرافیک نوجوانان دختر مورد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	
سن		رتبه تولد	
≤۱۵	۱۳۶ (۲۰/۸)	۱	۲۷۷ (۴۱/۵)
۱۶	۲۷۲ (۴۱/۵)	۲	۲۰۷ (۳۱)
≥۱۷	۲۴۶ (۳۷/۸)	≥۳	۱۲۳ (۱۸/۴)
رشته تحصیلی		سواد مادر	
تجربی	۱۹۵ (۲۹/۸)	بی سواد و ابتدایی	۹۹ (۱۵/۵)
انسانی	۱۶۹ (۲۵/۸)	متوسطه اول و دوم	۲۰۰ (۳۱/۳)
ریاضی	۱۱۰ (۱۶/۸)	دیپلم	۲۴۲ (۳۷/۸)
هنرستان	۱۸۱ (۲۷/۶)	دانشگاه	۹۹ (۱۵/۵)
معدل		سواد پدر	
<۱۰	۶ (۱/۱)	بی سواد و ابتدایی	۸۵ (۱۳/۸)
۱۰-۱۳/۹۹	۱۸ (۳/۴)	متوسطه اول و دوم	۱۷۹ (۲۹/۱)
۱۴-۱۶/۹۹	۱۴۱ (۲۶/۹)	دیپلم	۱۹۲ (۳۱/۲)
≥۱۷	۳۶۰ (۶۸/۶)	دانشگاه	۱۵۹ (۲۵/۹)
تعداد دوستان نزدیک		شغل پدر	
۰	۱۱ (۱/۷)	آزاد	۳۵۱ (۵۵/۵)
۱-۲	۱۹۴ (۲۹/۷)	کارمند دولت	۱۶۱ (۲۵/۵)
۳	۱۳۶ (۲۰/۸)	کارگر	۱۰۵ (۱۶/۶)
≥۴	۳۱۴ (۴۷/۹)	بیکار	۱۵ (۲/۴)
نوع مدرسه		شغل مادر	
دولتی	۵۵۹ (۸۵/۳)	خانه دار	۵۵۵ (۸۵/۵)
غیرانتفاعی	۹۶ (۱۴/۷)	شاغل	۹۹ (۱۴/۵)
محل زندگی		تعداد فرزندان	
شهر	۵۴۶ (۸۳/۴)	۱	۴۶ (۷/۶)
روستا	۱۰۹ (۱۶/۶)	۲	۳۱۴ (۵۱/۹)
		≥۳	۲۴۵ (۴۰/۵)

نتایج پژوهش نشان داد میانگین آگاهی دختران از مسایل مربوط به بهداشت باروری ۱/۴۵ ± ۵/۷۶ از حداکثر نمره ۱۰ بود. جدول شماره ۲ آگاهی دانش‌آموزان را از حیطه‌های مختلف بهداشت باروری نشان می‌دهد.

نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره کسب شده از سوالات مربوط به تمایل دختران به گفتگو در خصوص مسایل بهداشت باروری با مادران، میانگین میزان ارتباط و مشکلات ارتباطی آنان در این خصوص با مادران ۴/۱۷ ±۷/۵۸، ۶/۱۰ ±۳۴/۱۲ و ۴/۳۱ ± ۳۱/۸۳ بود.

در پاسخ به سوال گفتگو و بحث فعال دختران با مادران در رابطه با مسایل بهداشت باروری، ۱۵/۵ درصد (۱۰۱ نفر)، ۱۱/۴ درصد (۷۴ نفر)، ۹/۷ درصد (۶۳ نفر) و ۸۳/۷ درصد (۵۴۲ نفر) از دختران به ترتیب در خصوص روابط جنسی، روش‌های ضد باروری، ازدواج و مسایل مربوط به بلوغ با مادران خود گفتگو می کنند. حداکثر میزان گفتگو ۱۰-۵ دقیقه (۳۳/۳ درصد) در شش ماه گذشته (۳۵/۴ درصد) بوده است و حدود یک سوم دانش‌آموزان از گفتگو کاملاً راضی (۳۴/۵ درصد) و صحبت کردن با مادر خود در مورد این مسایل را نسبتاً آسان می‌دانستند (۳۱/۳ درصد). جدول شماره ۳ چگونگی گفتگوی دختران با مادران در خصوص مسایل بهداشت باروری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: میزان آگاهی نوجوانان دختر در حیطه های مختلف بهداشت باروری

سوالات	پاسخ درست تعداد (درصد)
از زمان شروع بلوغ (قاعدگی)، توانایی باردار شدن وجود دارد.	۵۳۶ (۸۳/۹)
زنان می توانند در طول دوره قاعدگی باردار شود.	۸۸ (۱۳/۷)
قاعدگی اولین نشانه بلوغ دختران می باشد.	۳۶۸ (۵۷/۲)
یک زن می تواند در اولین بار رابطه جنسی با همسر خود باردار شود.	۴۳۹ (۶۹/۲)
روش های سدکننده ضدبارداری از انتقال عفونت های منتقله جنسی می تواند پیشگیری کند.	۳۰۳ (۴۶/۳)
برای جلوگیری از بارداری، زنان باید در هر بار رابطه جنسی از روش های پیشگیری از بارداری استفاده کند.	۵۶۴ (۸۸/۸)
احتمال بارداری یک زن درحدود دو هفته پس از آغاز چرخه قاعدگی اش زیاد است.	۳۵۰ (۷۳/۵)
در طی روزهای قاعدگی، دختران/زنان بهتر است استحمام نمایند.	۳۲۲ (۵۰/۴)
ایدز یک بیماری قابل پیشگیری است.	۴۱۲ (۶۳/۹)
ظاهر افراد مبتلا به ایدز با افراد سالم متفاوت است.	۱۱۷ (۱۸/۲)

جدول شماره ۳: زمان و چگونگی گفتگوی دختران با مادران در خصوص مسایل بهداشت باروری

آخرین زمان گفتگو دختران با مادران تعداد (درصد)		مدت زمان گفتگو دختران با مادران (دقیقه) تعداد (درصد)	
یک ماه گذشته	۱۲۸ (۲۵/۸)	کم تر از ۵	۱۳۶ (۲۷/۳)
بیش تر از ۱ ماه گذشته	۱۰۴ (۲۰/۹)	۱۰-۵	۱۶۶ (۳۳/۳)
بیش تر از ۳ ماه گذشته	۸۹ (۱۷/۹)	۲۰-۱۰	۱۱۵ (۲۳)
بیش تر از ۶ ماه گذشته	۱۷۶ (۳۵/۴)	۳۰-۲۰	۸۲ (۱۶/۴)
رضایت دختران از گفتگو با مادران تعداد (درصد)		آسان بودن گفتگو دختران با مادران تعداد (درصد)	
کاملاً موافق	۱۸۱ (۳۴/۵)	کاملاً موافق	۹۰ (۱۷/۲)
نسبتاً موافق	۱۶۲ (۳۰/۶)	نسبتاً موافق	۱۶۴ (۳۱/۳)
نه موافق و نه مخالف	۹۵ (۱۸/۱)	نه موافق و نه مخالف	۱۲۳ (۲۳/۵)
نسبتاً مخالف	۵۰ (۹/۵)	نسبتاً مخالف	۶۵ (۱۲/۴)
بسیار مخالف	۳۶ (۶/۹)	بسیار مخالف	۸۲ (۱۵/۶)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

نتایج پژوهش نشان داد از دیدگاه نوجوانان، میانگین سن مناسب آموزش مسایل بهداشت باروری به آنان ۳/۲۴± ۱۶/۲۲ (۲۶-۹) سال است. هم‌چنین آنان میانگین سن مناسب ازدواج دختران و پسران و نیز بارداری را به‌ترتیب ۲/۶۴±۲۱/۱۱ (۳۰-۱۳)، ۲/۶۳ ±۲۴/۴۸ (۳۵-۱۸) و ۳/۱۰ ±۲۳/۷۳ (۳۵-۱۵) سال می‌دانستند.

بحث

در این مطالعه، میزان آگاهی نوجوانان دختر از بهداشت باروری، تمایل به ارتباط با مادران در خصوص مسایل مربوط به بهداشت باروری و میزان ارتباط آنان با مادران خود، برای اولین بار مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مشابه دیگر مطالعات کشورهای رو به توسعه(۳۳،۳۲،۱۰) و ایران(۳۹-۳۷،۲۰) نشان داد میزان آگاهی دختران در همه حیطه‌های بهداشت باروری در حد متوسط و ضعیف می‌باشد (۵/۷۶ از ۱۰) که این امر می‌تواند ناشی از اطلاعات ناقص نوجوانان، استفاده از منابع اطلاعاتی نادرست و یا باورهای منفی نسبت به مسایل مربوط به بهداشت باروری باشد.از سوی دیگر این امر ممکن است متأثر از بی میلی والدین و یا معلمین از مطلع کردن نوجوانان از این اطلاعات باشد(۳۷). در بسیاری از نقاط جهان، موانع اجتماعی و فرهنگی در راه آموزش مفاهیم و بیان مثبت آن‌چه‌که به نام امور جنسی شناخته می‌شود، باعث فقدان یا سطح پایین کمیت و کیفیت خدمات مربوط به بهداشت جنسی شده است(۵). چنین نتایجی نشانگر نیاز به افزایش آگاهی دختران در همه حیطه‌های بهداشت باروری از جمله بهداشت جنسی و بیماری‌های مقاربتی و ایدز می‌باشد. علی‌رغم این که مطالعات نشان می‌دهد، افزایش و بهبود ارتباط نوجوانان با والدین یکی از بهترین روش‌های آگاهی‌دهی به نوجوانان و کاهش رفتارهای پر خطر در زمینه‌های مختلف بهداشت باروری نوجوانان می‌باشد(۳۸،۱۰)، اما نتایج این مطالعه نشان داد میزان ارتباط دختران با مادران و مشکلات ارتباطی مربوطه، کمی بیش از متوسط و ضعیف بود. در اکثر موارد، ارتباط و گفتگو دختران با مادران در خصوص مسایل مربوط به بلوغ بود (۸۳/۷ درصد) و مشابه دیگر بررسی‌ها، گفتگو در خصوص دیگر مسایل مربوط به بهداشت باروری مانند روش‌های ضد بارداری، ازدواج و روابط جنسی هم‌چنان تابو بوده است (۱۵/۵-۷/۵ درصد)(۳۹،۳۴). ارتباط نوجوان با والدین در این خصوص هم‌چنان با چالش‌هایی همراه می‌باشد(۲۶،۱۰). نتایج یک مطالعه در میانمار نیز نشان داد که ۳۷ درصد نوجوانان هرگز با والدین در خصوص رفتارهای جنسی صحبت نکرده‌اند. مادران گاهی انتظار دارند که دختران درباره مسایل مربوط به بهداشت باروری ناآگاه باشند و از آن‌ها به عنوان موضوعات ناخوشایند، ناپاک و باعث شرمندگی یاد می‌کنند(۳۴). برخی از والدین نیز از چالش‌های دوره نوجوانی ناآگاه هستند و دانش و مهارت کافی برای پیشگیری از این چالش‌ها را ندارند(۳۹،۲۶) و نیز زمانی بین دیدگاه‌های نوجوان و والدین در خصوص رفتارهای مربوط به بلوغ جنسی و استقلال طلبی و الویت‌بندی آموزش مسایل مربوط به بهداشت باروری تفاوت معنی‌داری وجود دارد(۴۰،۳۹،۲۶).

در سال‌های اخیر، نوجوانان ایران غربی و مدرن شدن را تجربه می‌کنند(۱۵) و علی رغم ممانعت‌های مذهبی و فرهنگی، روابط جنسی زود هنگام خارج از ازدواج رو به افزایش است(۴۲،۴۱). پیشرفت تکنولوژی ارتباطات و وسایل ارتباط جمعی، نقش برجسته ایی در این تغییرات داشته است(۱۵). بنابراین جامعه و خانواده ایرانی مواجه با چالش‌های جدیدی در ارتباط با نوجوانان است. مطالعه در نوجوانان پسر تهران نشان داد ۲۸ درصد نمونه ها با جنس مخالف رابطه جنسی داشته‌اند(۴۳). این در حالی است که اکثر نوجوانان (۶۳/۲ درصد)داشتن این رابطه را با مادر خود در میان نمی‌گذارند(۴۴) که دلیل آن می‌تواند ناشی از عدم ارتباط صمیمانه بین نوجوان و والدین باشد؛ چنانچه نتایج یک مطالعه کیفی در ایران نشان داده که دختران در بیان مسایل جنسی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

حتی قاعدگی با والدین خود راحت نمی‌باشد(۴۵). در نتیجه اعتماد این گونه نوجوانان به خانواده کم و چالش‌های عمیقی در ارتباط وجود دارد(۳۹). موانع اجتماعی و فرهنگی و نه مذهبی، در راه آموزش مفاهیم و بیان مثبت امور جنسی به نوجوانان از دیگر چالش‌های این ارتباط می‌تواند باشد(۵).

نتایج نشان داد دانش اکثر نوجوانان از مسایل بهداشت باروری در حد متوسط و تمایل آنان به گفتگو با مادران خود در این خصوص ضعیف بود. هم‌چنین میزان گفتگو با مادران در خصوص مسایل مربوط به روابط جنسی، روش‌های ضد باروری و ازدواج بسیار کم بود. این نتایج نیاز به گنجاندن برنامه‌های آموزشی مربوط به بهداشت باروری در برنامه‌های آموزشی مدارس را تاکید می‌کند. هم‌چنین تقویت ارتباط مناسب بین مادر و دختر نوجوان و رفع موانعی از قبیل کمروئی در بیان مطالب مربوطه و یا کاهش بی‌تفاوتی مادران در مورد پیامدها و عواقب بهداشتی آن باید مورد توجه قرار گیرد. بدین منظور باید با آموزش‌های لازم مادران را با چگونگی اتخاذ روش‌های مناسب و دوستانه برای جلب اعتماد و دوستی دختران و توجهات لازم در خصوص مسایل مربوط به بهداشت باروری در دوران بلوغ و پیشگیری از پیامدهای منفی و بهره‌گیری از نقاط قوت در این دوران آشنا نمود هم‌چنین مادران باید آگاه باشند که دانسته‌ها نوجوانان نباید محدود به مکانیسم‌های بلوغ، قاعدگی و رفتارهای طبیعی باشد، بلکه باید به فهم عمیق‌تر نوجوانان از تغییرات فیزیکی و ارتباط آن‌ها با سکس، تولید مثل، روش‌های ضد باروری و بهداشت ازدواج با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و سنی کمک کرد تا بدین وسیله به سرمایه‌گذاری عظیم و قابل تعمقی مبادرت ورزیده شود.

سپاسگزاری

با تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت تصویب طرح (کد ۱۶۰۴)، سازمان آموزش و پروش و مدیران محترم مدارس استان مازندران جهت همکاری در انجام پژوهش و کلیه افرادی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند.

References

1. Rotheram-Borus MJ, Miller S, Koopman C. Adolescents living safely: AIDS awareness, attitudes, and actions. New York: HIV Center for Clinical and Behavioral Studies; 1991.
2. Diop NJ, Bathidja H, Touré ID, Dieng T, Mané B, RamaRao S, et al. Improving the reproductive health of adolescents in Senegal: Frontiers in Reproductive Health, Population Council; 2004.
3. Tegegn A, Yazachew M, Gelaw Y. Reproductive health knowledge and attitude among adolescents: a community based study in Jimma Town, Southwest Ethiopia. Ethiop J Health Dev 2008; 22(3): 143-151.
4. Roy S, Roy S, Rangari K. Comprehensive health care including sexual and reproductive health of adolescents and youths is of vital importance to the nation. Health and Popul Perspect Issu 2007; 30(4): 243-267.
5. WHO Regional Office for the Western Pacific. Giving adolescents a voice: conducting a rapid assessment of adolescent health needs: a manual for health planners and researchers. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2001.
6. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

patterns, prevention, and potential. Lancet 2007; 369(9568): 1220-1231.

7. Ancheta R, Hynes C, Shrier LA. Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. J Pediatr Adolesc Gynecol 2005; 18(2): 105-111.
8. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran KA. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. J Adolesc Health 2001; 29(6): 436-446.
9. Kolencherry S. Sexual and reproductive health needs of young people: a study examining the fit between needs and current programming responses in India: Bielefeld; 2004.
10. Oo YTN, Zaw KK, Than KK, Mar KK. Do parents and adolescents talk about reproductive health? Myanmar adolescents' perspective. South East Asia Journal of Public Health 2013; 1(1): 40-45.
11. Hannan MS. Factors Associated with Initiating Discussion of Reproductive Health Issues Between Teen Girls with Type 1 Diabetes and Their Mothers. School of Nursing. University of Pittsburgh. 2007.
12. Purdy P, Ramsey C. Involving parents in reproductive health education for youth. Washington DC. Pathfinder International. 1998.
13. Gubhaju BB. Adolescent reproductive health in Asia. Asia Pacific Population Journal 2002; 17(4): 97-119.
14. Fowler JH, Christakis NA. Estimating peer effects on health in social networks: a response to Cohen-Cole and Fletcher; Trogdon, Nonnemaker, Pais. J Health Econ 2008; 27(5): 1400-1405
15. Javadnoori M, Roudsari RL, Hasanpour M, Hazavehei SMM, Taghipour A. Female adolescents' experiences and perceptions regarding sexual health education in Iranian schools: A qualitative content analysis. J Nurs Midwifery Res 2012; 17(7): 539-546.
16. Statistical Centre of Iran. Iran Statistical Yearbook 2003.Tehran: Statistical Centre of Iran; 2003.
17. Mosavi SA, Babazadeh R, Najmabadi KM, Shariati M. Assessing Iranian adolescent girls' needs for sexual and reproductive health information. J Adolesc Health 2014; 55(1): 107-113.
18. Shariati M, Babazadeh R, Mousavi SA, Najmabadi KM. Iranian adolescent girls' barriers in accessing sexual and reproductive health information and services: a qualitative study. J Fam Plann Reprod Health Care 2014; 40(4): 270-275.
19. Sharma V. The reproductive health of adolescents in the Indian subcontinent the influence of socio-cultural factors. Int J Adolesc Med Health 1998; 10(2): 97-118.
20. Soleimaninia L. Gender differences in adolescents committing all kinds of risky behavior. Youth Stud 2010; 8(9): 73-86.
21. Garmaroudi GR, Makarem J, Alavi SS, Abbasi Z. Health related risk behaviors among high school students in Tehran, Iran. Payesh 2010; 9(1): 13-19.
22. Malekafzali H, Simani S, Amirkhani A, Farahtaj F, Hooshmand B, Nadim A, et al. Population control and reproductive health in the Islamic Republic of Iran. Arch Iran Med 2004; 7(4): 247-250.
23. German P, Constantine N. Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex. J Youth Adolescent 2010; 39(10): 1164-1174.
24. Lefkowitz ES, Stoppa TM. Positive sexual communication and socialization in the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

parentadolescent context. New Dir Child Adolesc Dev 2006; 2006(112): 39-55.

25. Abdolahi F, Shaaban KB, Khani S. Study of puberty Health educational needs of adolesecents in Mazandaran province in 2003. J Mazandaran Univ Med Sci 2004; 14(43): 56-63 (Persian).
26. Nasiri M, Tefagh M, Maghsoudi J, Hasanzade A. Com parative investigation of adolescent's communicational problems wtthparents from the points of view of these two groups. J Shahrekord Univ Med Sci 2001; 3(2): 31-38.
27. Zarabadi F, Olfati F. The effect of education on knowledge of reproductive health Dkhnran Qazvin. Journal of Qazvin University Research Committee 2012; 25(7): 23-27.
28. Janz NK, Herman WH, Becker MP, Charron-Prochownik D, Shayna VL, Lesnick TG, et al. Diabetes and pregnancy: factors associated with seeking pre-conception care. Diabetes Care 1995; 18(2): 157-165.
29. Bettinger JA, Celentano DD, Curriero FC, Adler NE, Millstein SG, Ellen JM. Does parental involvement predict new sexually transmitted diseases in female adolescents? Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(7): 666-670.
30. Fisher TD. A comparison of various measures of family sexual communication: Psychometric properties, validity, and behavioral correlates. J Sex Res 1993; 30(3): 229-238.
31. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Wang S-L, Hannan MF, Fischl AR, Stewart SH, et al. Reproductive Health and Preconception Counseling Awareness in Adolescents With Diabetes What They Don't Know Can Hurt Them. Diabetes Educ 2006; 32(2): 235-242.
32. Rani M, Lule E. Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: a multicountry analysis. Int Fam Plan Perspect 2004; 30(3): 110-117.
33. Regmi PR, Van Teijlingen E, Simkhada P, Acharya DR. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. J Health Popul Nutr 2010; 28(6): 619-627.
34. Yari F, Moghadam ZB, Parvizi S, Nayeri ND, Rezaei E. Sexual and Reproductive Health Problems of Female University Students in Iran: A Qualitative Study. Glob J Health Sci 2015; 7(4): 278-285.
35. Dolatian M, Hajian S, Simbar M, Alavi-Majd H. Knowledge and attitude of nonmedical students regarding reproductive health. Advances in Nursing & Midwifery 2007; 17(56).
36. Yazdi C, Aschbacher K, Arvantaj A, Naser H, Abdollahi E, Asadi A, et al. Knowledge, attitudes and sources of information regarding HIV/AIDS in Iranian adolescents. AIDS Care 2006; 18(8): 1004-1010.
37. Brown A, Jejeebhoy SJ, Shah I, Yount KM. Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Geneva, WHO Department of Reproductive Health and Research. 2001.
38. Bastien S, Kajula L, Muhwezi W. A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. BMC Reprod Health 2011; 8(25): 1-17.
39. Bahrami N, Simbar M, Soleimani M. Sexual health challenges of adolescents in Iran: a review article. SJSPH 2013; 10(4): 1-16.
40. Martin A, Volkmar FR. Lewis's Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 4th ed. Baltimore. LWW; 1996.
41. Farahani FK, Cleland J, Mehryar AH. Associations between family factors and premarital heterosexual relationships among female college students in Tehran. Int

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Perspect Sex Reprod Health 2011; 37(1): 30-39.

42. Farahani FKA, Cleland J, Mehryar AH. Associations Between Family Factors and Premarital Heterosexual Relationships Among Female College Students in Tehran. Int Perspect Sex Reprod Health 2011; 37(1): 30-39.
43. Mohammad K, Farahani FKA, Mohammadi MR, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Sexual risk-taking behaviors among boys aged 15–18 years in Tehran. J Adolesc Health 2007; 41(4): 407-414.
44. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FK, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. Int Fam Plan Perspect 2006; 32(1): 35-44.
45. Rezaei AF, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani GN, Zabihei M, Hamzehgardeshi L. Drug user girls' perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. IJNR 2011; 6(21): 79-87.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]