

واکاوی مفهوم سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان از منظر صاحب‌نظران با تمرکز بر آموزش والدین: تحلیل محتوای کیفی

سعیده معماری^۱، حسین خنیفر^۲، گلنار مهران^۳، حمیدرضا یزدانی^۴، سمیه فریدونی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: نوجوانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی است؛ و ویژگی‌های رفتاری نوجوان در این دوره اهمیت بسزایی دارد. نوجوانان تمایل زیادی به عبور از محدودیت‌ها و تجربه رفتارهای جدید دارند. در این میان، مسائل مرتبط با سلامت جنسی باید مورد توجه قرار گیرد. هدف از مطالعه حاضر این بود؛ که سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان از منظر صاحب‌نظران چه مفهومی دارد و چگونه از طریق آموزش به والدین می‌توان در حفظ و ارتقای آن گام برداشت.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوای کیفی انجام گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. با روش هدفمند و با راهبرد انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع، ۱۸ نفر به‌عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان طیفی از افراد صاحب‌نظر بودند که هر یک به نوعی در زمینه آموزش، سلامت و مسائل نوجوانان تخصص داشتند.

یافته‌ها: تحلیل متن مصاحبه‌ها در سه مرحله کدگذاری انجام گرفت در نهایت، ۲۰ زیر طبقه و ۷ طبقه اصلی و یک درون‌مایه استخراج شد. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده شکل‌گیری سلامت جنسی در ساختار ناکارآمد فرهنگی اجتماعی و ضعف در برنامه‌های آموزش سلامت جنسی به والدین و نوجوانان بود؛ که این امر تحت تأثیر برخی عوامل اجتماعی، خانوادگی و فردی قرار داشت.

نتیجه‌گیری: سلامت جنسی به دوران خاصی محدود نیست و از بدو تولد تا آخر عمر اهمیت دارد. سلامت جنسی در دوران نوجوانی نیازمند توجه ویژه است؛ و تأمین آن نیازمند کار مشترک بین نهادهای خانواده، سلامت و آموزش می‌باشد. خانواده به‌عنوان اولین و مهم‌ترین نهاد تأمین‌کننده سلامت جنسی بوده و نیازمند آموزش درست است.

کلیدواژه‌ها: سلامت جنسی، نوجوان، آموزش والدین

ارجاع: معماری سعیده، خنیفر حسین، مهران گلنار، یزدانی حمیدرضا، فریدونی سمیه. واکاوی مفهوم سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان از منظر صاحب‌نظران با تمرکز بر آموزش والدین: تحلیل محتوای کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۸(۳): ۵۹-۳۴۷.

تاریخ چاپ: ۹۸/۹/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۷/۱/۲۰

- ۱- دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده مدیریت و حسابداری، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران
 - ۲- استاد، دانشکده مدیریت و حسابداری، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران
 - ۳- استاد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
 - ۴- استادیار، دانشکده مدیریت و حسابداری، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران
 - ۵- استادیار، مرکز پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، تهران، ایران
- نویسنده مسئول: حسین خنیفر
Email: khanifar@ut.ac.ir

مقدمه

نوجوانی (طبق تعریف صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA) نوجوانی گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شود؛ که خود به دو مرحله سال‌های نخست نوجوانی (Early adolescent) یعنی ۱۰ تا ۱۴ سالگی و سال‌های پایانی نوجوانی (Late adolescents) یعنی ۱۵ تا ۱۹ سالگی تقسیم می‌شود. در این پژوهش منظور از نوجوانی سال‌های نخست آن است.) زمان رخدادی مهم است؛ که می‌تواند اثری مستقیم و عواقب درازمدتی بر سلامت فرد داشته باشد. بهبود و ارتقای سلامت نوجوانان نسبت به سایر گروه‌های سنی پیچیده‌تر است. نوجوانان در مقایسه با کودکان، کمتر توسط خانواده و جامعه محافظت می‌شوند و در مقایسه با بزرگسالان، آگاهی کمتری درباره سلامتی دارند (۱). نوجوانی یک دوره واجد خطر است. در این سن، به دلیل تغییرات هورمونی، میل جنسی افزایش می‌یابد و به سبب ویژگی‌های رفتاری و اعتماد به نفس خاص این دوران، نوجوانان تمایل زیادی به عبور از محدودیت‌ها و تجربه رفتارهای جدید دارند. افراد در این دوران درک متفاوتی از مفهوم خطر دارند و خود را فناپذیر می‌دانند؛ بنابراین، دست به تجربه رفتارهای پرخطر می‌زنند، به‌طوری که بسیاری از نوجوانان علت شروع رابطه جنسی را حس کنجکاوی می‌دانند (۲). واژه‌های آموزش جنسی، تربیت جنسی، سلامت جنسی برای تأکید بر این نکته است که کودکان و نوجوانان باید به دانش، مهارت و ارزش‌هایی برای انتخاب مسئولانه بر اساس جنسیت و روابط اجتماعی خود در جهان مبتلا به آیدز مجهز شوند (۳). بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت جنسی وضعیت فیزیکی، روحی، ذهنی و رفاه اجتماعی در ارتباط با تمایلات جنسی است و تنها نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی را شامل نمی‌شود. سلامت جنسی حرکت مثبت و آبرومند برای تمایلات جنسی، همچنین، امکان داشتن تجربه جنسی امن و مطلوب، به دور از تهدید، اجبار، تبعیض و خشونت است. برای اینکه سلامت جنسی به دست آید و حفظ شود، حقوق جنسی همه اشخاص باید محترم شناخته شده، حمایت و تقویت شود (۴). تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه سلامت جنسی و

باروری در ایران انجام گرفته است، ولی هیچ یک به‌طور ویژه به مفهوم سلامت جنسی در دوران نوجوانی نپرداخته است. حسین رشیدی و همکاران در پژوهشی به مفهوم سلامت جنسی اشاره کرده‌اند، ولی تأکید ایشان بر دوران پس از ازدواج بود؛ و یافته‌های مطالعه آن‌ها بر این مطلب صحت گذاشت که سلامت جنسی در هر دوره‌ای از زندگی نیازمندی‌ها و تعریف‌های متفاوتی دارد (۵).

با توجه به تفاوت‌های فاحش فرهنگی و اجتماعی بین ایران و کشورهای غربی، سلامت جنسی دوران نوجوانی به بازتعریفی مجدد بر اساس ارزش‌ها و فرهنگ بومی نیاز دارد؛ و راهکارهای کاربردی در آموزش و تربیت جنسی نیز نیازمند ساختاری مبتنی بر ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی است.

در ایران، با توجه به شرایط سنتی حاکم بر جامعه، صحبت درباره مسائل جنسی محدودیت دارد (۶) و پاسخ به میل جنسی برانگیخته‌شده در دوره نوجوانی، خارج از چارچوب فرهنگی و دینی تلقی می‌شود (۷) و اگر آموزشی هم وجود دارد، در راستای حذف و محدودیت چنین پاسخ‌هایی یا به عبارتی، خویشتن‌داری جنسی است. این فرض که نوجوانان در ایران از نظر جنسی غیرفعال‌اند، نادرست است و به شکست در تأمین نیازهای سلامت جنسی نوجوانان منجر شده است. یافته‌های مطالعات در حوزه دانش، نگرش، نمودهای رفتار و سلامت جنسی دانش‌آموزان ایرانی نشان می‌دهد، تعداد شایان توجهی از نوجوانان از نظر جنسی فعال‌اند (۸،۹)، یا تمایل به فعالیت جنسی دارند (۱۰)، اما دانش بهداشت جنسی آن‌ها بسیار پایین است (۱۱).

از سویی، آمارهای غیررسمی در ایران نیز حکایت از افزایش سقط جنین، رفتارهای پرخطر جنسی و مهم‌تر از همه، کاهش سن اولین تجربه جنسی دارد. خطر تجربه رفتارهای جنسی برای کودکان و نوجوانان، چه در تجاوزهای جنسی و چه در رفتارهای خودخواسته، سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به‌شدت تهدید می‌کند. افزون بر این، والدین بیش از آن‌که اطلاعات شفاف‌تری درباره مسائل جنسی به فرزندان خود انتقال دهند پیام‌هایی در مورد اخلاق جنسی می‌دهند، پیام‌هایی که معمولاً منفی و اخطار آمیز بوده و بر پیامدهای نامطلوب جنسی تأکید دارد. فرهنگ سنتی آسیا مسائل جنسی را

موضوعی می‌داند که برای بحث با دیگران نامناسب است (۱۲).

بزرگسالان به‌عنوان دروازه‌بانان اطلاعات و خدمات سلامت باروری برای نوجوانان، ماهیت و نوع اطلاعات و خدماتی را که نوجوانان دریافت می‌کنند، تحت تأثیر قرار می‌دهند. آنان در نقش والدین یا افراد دخیل در برنامه‌ریزی و اجرای خدمات، نقشی مهم در زندگی نوجوانان بر عهده دارند. ادراک، نگرش‌ها و تمایلات آنان ماهیت و کیفیت خدمات عرضه‌شده به نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، درک نظرات و نگرش‌های بزرگسالان نسبت به نیازهای سلامت باروری و جنسی نوجوانان، برای رفع چنین نیازهایی به‌طور مؤثر و کافی، بسیار ضروری است (۱۳). از طرفی، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان‌دهنده وجود چالشی جهانی در برقراری ارتباط بین والدین و فرزندان در آموزش‌های جنسی است؛ هرچند والدین تلاش زیادی برای برقراری این ارتباط می‌کنند، به دلیل مجهز نبودن به دانش و مهارت کافی موفق نبوده‌اند؛ بنابراین، آموزش و حمایت والدین در این زمینه ضروری است و والدین با هر جنس و ترکیب سنی از وجود یک راهنما برای آغاز گفت‌وگو جنسی با نوجوان، سود خواهند برد (۱۴). در تربیت یا آموزش موضوعات جنسی توجه به رعایت اصول ارزشی در کاربرد مبانی علمی بسیار توصیه می‌شود. اکثر خانواده‌های ایرانی در سبک تربیت و آموزش جنسی فرزندان خود با مشکلاتی مواجه‌اند؛ که از جمله مهم‌ترین آن‌ها نگرش‌های محافظه‌کارانه نسبت به موضوعات جنسی، دانش ناکافی در رفتارهای جنسی کودکان، عدم آمادگی در شناسایی، رویارویی و مدیریت رفتارهای جنسی فرزندان است. نتایج تحلیل سبک تربیت جنسی خانواده‌های شهر تهران نشان داد، میانگین میزان توجه خانواده‌های شهر تهران به حیطه‌های آگاهی جنسی، اخلاق جنسی و آینده جنسی در تربیت فرزندان پایین‌تر از سطح متوسط بوده است (۱۵). از سویی در حال حاضر، در کشور گسل عمیقی بین برنامه‌های آموزشی، نیازهای والدین به‌عنوان آموزگاران خط مقدم حوزه سلامت جنسی و رفتارهای جنسی نوجوانان وجود دارد؛ زیرا برنامه‌های آموزشی نه‌تنها این حوزه را پوشش نمی‌دهد، بلکه همه محتوا با دیدگاه و نگاه افرادی تهیه، تدوین و اجرا می‌شود که

اثربخشی آن همواره مورد سؤال محققان است (۱۶).

بنابراین، به منظور پاسخگویی به معضل پیش روی جامعه در حوزه سلامت جنسی نوجوانان و نقش والدین در این مهم، مطالعه حاضر باهدف تبیین مفهوم سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان از منظر صاحب‌نظران با تمرکز بر آموزش والدین انجام گرفت.

روش

در مطالعه حاضر به منظور بیان مفهوم سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان از منظر صاحب‌نظران با تمرکز بر آموزش والدین، روش تحلیل محتوای کیفی به کار گرفته شد. تحلیل محتوا فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک داده‌ها است؛ که از طریق آن کدها و درون‌مایه‌ها نمایان می‌شود. انتخاب نمونه‌های تحقیق متناسب با پژوهش کیفی به‌طور هدفمند و با راهبرد انتخاب مشارکت‌کننده با «حداکثر تنوع» صورت پذیرفت. از آنجا که در تحقیقات کیفی، باید افراد دارای تجربه‌ای درباره پدیده اصلی یا مفاهیم اصلی مورد نظر انتخاب شوند، مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۸ نفر از صاحب‌نظران (شش مرد و ۱۲ زن) بودند که هریک به نوعی در زمینه سلامت، آموزش، برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و مسائل نوجوانان تخصص علمی و تجربه کاری داشتند. ابزار پژوهش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته بود. محور اصلی پرسش‌های مصاحبه شامل مفهوم سلامت جنسی نوجوان، عوامل مؤثر بر آن و آموزش والدین در این زمینه بود. مدت مصاحبه‌ها از ۴۵ دقیقه تا ۲ ساعت متغیر بود؛ و گاهی با توجه به مشغله مشارکت‌کنندگان و توقف بین ساعات مصاحبه کل فرایند ۵ تا ۶ ساعت زمان می‌برد. لازم به ذکر است، کلیه ملاحظات اخلاقی که شامل اخذ رضایت نامه از مشارکت‌کنندگان، حفظ گمنامی آنان و اختیاری بودن خروج از پژوهش رعایت گردید.

همه مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط و پیاده‌سازی شد. هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، فرایند تحلیل داده‌ها نیز به صورت دستی و همچنین با نرم‌افزار مکس کیودا انجام گرفت. با توجه به اینکه تحقیق کیفی مستلزم غوطه‌ور شدن محقق در داده‌ها است، صوت مربوط به هر یک از

و معرف بودن تفاسیر و مضامین در فرایندی دوطرفه بین محقق و تعدادی از نگارندگان بازبینی شد. برای تضمین انتقال پذیری تلاش شد جزئیات مربوط به مفاهیم و مضامین اصلی و فرعی و همچنین، نمونه گزینی هدفمند و اقدامات انجام گرفته برای دستیابی به صاحب نظران و موانع پیش رو تشریح شود.

یافته‌ها

پس از جمع آوری داده‌ها از طریق ابزار مصاحبه، در مرحله اول متن همه مصاحبه‌ها به صورت خط به خط تحلیل و کدگذاری شد و ۸۴۰ کد استخراج گردید. پس از ادغام کدهای تکراری در چند مرحله، ۱۶۰ کد، ۲۰ زیر طبقه، ۷ طبقه اصلی و یک درون مایه به دست آمد (جدول ۱).

مصاحبه‌ها چندین بار گوش داده شد؛ سپس، کدهای اولیه استخراج و بر اساس تشابه معنایی و مفهومی در طبقات انتزاعی تر دسته‌بندی شدند تا در نهایت، طبقات اصلی که کلی تر و مفهومی تر بودند، استخراج شد. تحلیل داده‌های حاصل با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام گرفت. از نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. از آنجا که مصاحبه‌شوندگان طیفی از صاحب نظران با تخصص‌های مختلف بودند، داده‌ها تقریباً در نمونه ۱۵ به اشباع رسید و کدها تکرار شد، ولی برای اطمینان، مصاحبه‌ها تا نمونه ۱۸ ادامه یافت. برای مشروعیت بخشی و صحت‌گذاری بر یافته‌ها و تحلیل‌ها، معیارهای باورپذیری در مرحله کیفی به روش بازبینی اعضا به کار گرفته شد. در این زمینه همه مضامین استخراج شدند و تفسیرهای انجام گرفته

جدول ۱. طبقات و مفاهیم استخراج شده

درون مایه	طبقه اصلی	زیر طبقه
شکل‌گیری سلامت جنسی در ساختار ناکارآمد فرهنگی اجتماعی و نقش مهم خانواده در اعتلای آن	ساختار اجتماعی - فرهنگی معیوب	همسالان چالش‌هایی در کارکرد خانواده پارادوکس بیداری جنسی و ناآگاهی جنسی نقش‌های جنسیتی و انتظارات از نوجوان
	مفهوم سلامت جنسی از منظر صاحب نظران	زیست‌شناختی روان‌شناختی اجتماعی
	ساختار آموزشی	محافظه کار بودن
	ساختار اجرایی	ابهام در محتوا و چگونگی آموزش کم‌کاری ذینفعان نبود نیروی اجرایی متخصص فناوری‌های نوین ارتباطی
	عوامل زمینه‌ای	رسانه‌های گروهی
	راهبردهای ارتقای سلامت جنسی نوجوان	استفاده از توان آموزشی همسالان تشکیل کارگروه و هماهنگی بین بخشی با محوریت آپ سیاست‌گذاری فرهنگی و تصمیم‌گیری بر اساس علوم مبتنی بر شواهد آموزش به والدین
	پیامدها	اهمیت دادن به خانواده به عنوان اولین نهاد جامعه‌پذیری جنسی حفظ و ارتقای سلامت جنسی نوجوان توانمند شدن والدین

در ادامه، مفاهیم طبقات مختلف بررسی و تشریح شد.

۱. ساختار فرهنگی - اجتماعی معیوب

مفاهیم این طبقه عبارت بودند از:

همسالان: یکی از ویژگی‌های دوران نوجوانی تمایل به استقلال و جدایی از خانواده، پیوستن به گروه همسالان و افزایش ارتباط با دوستان است. صاحب‌نظران به تأثیر دوجلدی همسالان بر نوجوانان اشاره کردند و البته بیشتر معتقد بودند تأثیر همسالان منفی است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه می‌گوید: «چون آموزش درستی نداریم تأثیر همسالان منفی است و مصداق: کوری عصا کش کور دیگر است. همسالان با تخیلات و استریو تایپ‌ها می‌آیند و باعث انحراف یکدیگر می‌شوند» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

چالش‌هایی در کارکرد خانواده: هرگونه بی‌توجهی به کارکردهای مهم خانواده، نوعی بی‌تعادلی ایجاد می‌کند که به دنبال آن خانواده دچار بحران می‌شود. نابسامان بودن اوضاع اقتصادی خانواده‌ها موجب شده است اشتغال تمام‌وقت و بعضاً اضافه‌کاری‌های مدت‌دار یا اشتغال به کار دوم و سوم، روابط خانوادگی را با سستی و بی‌میلی همراه کرده و والدین وقت کافی صرف ارتباط با فرزندان خود نمی‌کنند.

یکی از مشارکت‌کننده‌ها بیان کرد: «رابطه عاطفی در خانواده‌ها کم شده، اگر خانواده کارکرد اصلی خودش را داشته باشد، ما بیداری جنسی کاذب نداریم. خلأ رابطه خوب عاطفی بچه‌ها را از نظر سلامت جنسی تهدید می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره ۱۵). انکار وضعیت موجود، قطع ارتباط عاطفی با نوجوان، شرم و خجالت یا به عبارت دیگر، حیای افراطی و اطلاعات ناقص و کم والدین، در حوزه جنسی و مشکلات آن‌ها در زندگی زناشویی از دیگر مواردی بود که صاحب‌نظران به آن اشاره کردند.

پارادوکس بیداری جنسی و ناآگاهی جنسی: درباره

این مفهوم صاحب‌نظران به مواردی مانند ناآگاهی نوجوان، اطلاعات زودتر از موعد و ناقص نوجوان، بیداری زودرس نوجوانان به دلیل شبکه‌های مجازی و اینترنت، بیشتر شدن چالش‌ها به موازات بیشتر شدن دانش جنسی، ناتوان بودن نوجوانان در تمییز مسائل صحیح از غلط، سبقت گرفتن نوجوان در سواد رسانه‌ای - ناهماهنگی اطلاعات والدین در

زمینه جنسی با بچه‌ها، متبخر شدن و جلوتر بودن نوجوان در زمینه فناوری اشاره کردند.

صاحب‌نظری اذعان کرد: «به واسطه رسانه و فضای مجازی اطلاعات جنسی بالاتر رفته، اما دانش سلامت جنسی نوجوانان بالا نرفته» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

نقش‌های جنسیتی و انتظارات از نوجوان: درباره این مفهوم صاحب‌نظران به مواردی مانند انتظارات متفاوت از دختر و پسر در خانواده‌های مختلف، تغییر ادبیات و گفتمان والدین، متفاوت بودن خانواده‌ها از نظر رفتاری و تعاملات اجتماعی اشاره کردند.

مصاحبه‌شونده‌ای گفت: «من مورد دارم در کلینیک که مادر می‌گوید دختر من با پسری ارتباط دارد. ما چه کار کنیم که از طرفی پسر رواز دست ندهیم و از طرفی دخترم از نظر روحی آسیب نبیند و ارتباط مطمئن داشته باشد. می‌بینید! ادبیات و گفتمان والدین عوض شده. انتظارات والدین از نوجوان متفاوت شده. پرده‌ها دریده شده» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷).

۲. ساختار آموزشی

این طبقه شامل طبقات فرعی زیر بود:

محافظه کار بودن: در آموزش و پرورش ایران نوعی محافظه‌کاری در آموزش مسائل جنسی وجود دارد؛ و شاید درگیری بیش‌ازحد در مسائل، شکل و محتوای آموزشی، اجازه پرداختن به امور پرورشی را از کادر فرهنگی سلب کرده است. مشارکت‌کننده‌ای خاطر نشان کرد: «آموزش و پرورش کلاً با آموزش جنسی به نوجوان مخالف است؛ و فکر می‌کند اگر می‌خواهیم راجع به سلامت جنسی صحبت کنیم، یعنی فقط می‌خواهیم راجع به کاندوم و قرص جلوگیری و ... حرف بزنیم و سریع گارد می‌گیرد و ما چاره‌ای نداریم، جز اینکه فعلاً با آموزش گسترده به والدین کار را شروع کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸)؛ و مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «آموزش و پرورش در این زمینه بسیار مقاومت می‌کند؛ و فکر می‌کند آموزش این مسائل نوعی ترویج بی‌بند و باری جنسی است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴).

ابهام در محتوا و چگونگی آموزش: در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای گفت: «ما هرچه تو تربیت جنسی آموزش می‌دهیم، صرفاً تجربی است و سینه به سینه منتقل شده.

که: «فضای مجازی میزان کنترل والدین رو کم کرده و حتی وقتی نوجوان در خانه است ما نمی‌توانیم متوجه شویم در فضای مجازی کجا سیر می‌کند؛ و ممکن است بحران‌هایش رو بیشتر کند» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

رسانه‌های گروهی: رسانه‌های گروهی اعم فیلم‌ها و سریال‌های ماهواره، سریال‌های عاشقانه تلویزیون و سینمای خانگی و... است. ماهواره به مثابه یکی از مهم‌ترین رسانه‌های گروهی، با پخش برنامه‌های غربی و نامتعارف با فرهنگ ما و تحریک نوجوانان، سلامت جنسی آنان را در معرض تهدید قرار داده است.

در این زمینه مصاحبه‌شوندگان به مواردی مانند فیلم و عکس‌های تحریک‌آمیز (متفاوت شدن نوع پوشش‌های جامعه و نوع فیلم‌های تلویزیونی و عشوهری زنان)، سریال‌های عاشقانه تلویزیون و فیلم‌های ماهواره‌ای اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای معتقد بود: «تغییر نوع پوشش‌های جامعه و نوع فیلم‌های تلویزیونی و عشوهری زنان و ... محرک سلامت جنسی است؛ و به بیان بهتر مخرب آن است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۶).

۵. مفهوم سلامت جنسی از منظر صاحب نظران

محور اصلی همه بحث تبیین مفهوم پدیده اصلی است. در پژوهش حاضر پدیده اصلی مفهوم «سلامت جنسی نوجوان» بود که از دیدگاه صاحب‌نظران تعریف‌های گوناگونی از آن بیان شد؛ هر چند سازمان‌های جهانی نظیر سازمان جهانی بهداشت و کمیته ملی سلامت جنسی نوجوانان آمریکا، تاکنون تعابیر مختلفی از سلامت جنسی ارائه داده‌اند، اما به نظر می‌رسد با توجه به بیان چند تن از مصاحبه‌شوندگان، مبنی بر وابسته به فرهنگ بودن تعریف سلامت جنسی و اهمیت آن در دوران نوجوانی، باید تعریفی بومی و متناسب با دوران نوجوانی، فرهنگ‌ها و ارزش‌هایمان از آن ارائه شود. مصاحبه‌شوندگان در تعریف سلامت جنسی، آموزش و تربیت جنسی را مطرح کردند و معتقد بودند آموزش و تربیت جنسی پیش‌نیاز سلامت جنسی است. از نظر مشارکت‌کننده‌ای: «سلامت جنسی هدف و آموزش و تربیت جنسی فعالیت

محتوای منسجمی در این زمینه نداریم و دستان خالی است» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

۳. ساختار اجرایی

این طبقه شامل دو زیر طبقه کم‌کاری ذینفعان و نبود نیروی اجرایی متخصص بود.

کم‌کاری ذینفعان: در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی مانند عدم همکاری حوزه‌های مختلف، اقدامات پراکنده و سلیقه‌ای، تربیت جنسی به صورت تجربی نه علمی، چند بعدی بودن آموزش‌های جنسی و نبود متولی خاص اشاره کردند. به اعتقاد یکی از مشارکت‌کننده‌ها: «هر کارشناسی بر اساس برداشت خودش از کتاب‌ها و منابع مختلف استفاده کرده و آموزش داده است، اما نظام‌مند نیست» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

نبود نیروی اجرایی متخصص: از دیگر عوامل مداخله‌گر ناآگاهی معلمان و مشاوران مدارس و کمبود تعداد متخصصان این حوزه است. در این زمینه، مشارکت‌کننده‌ای عنوان کرد: «بسیاری از والدین، مشاورین و معلمان مدارس از طرح موضوعات سلامت جنسی عاجز بوده و فاقد مهارت‌ها و اطلاعات لازم در این خصوص هستند» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

۴. عوامل زمینه‌ای

در این پژوهش فناوری‌های نوین ارتباطی و رسانه‌های گروهی به‌عنوان شرایط زمینه‌ای دسته‌بندی شدند؛ که در ادامه توضیح داده شد.

فناوری‌های نوین ارتباطی: منظور از فناوری جدید ارتباطی، ابزارهایی است که امروزه مردم برای برقراری ارتباط سریع از آن‌ها استفاده می‌کنند که می‌توان از میان آن‌ها به موبایل، تلفن و نرم‌افزارهای ارتباطی جدید مانند واتس‌آپ، تلگرام، اینستاگرام، ایمو، تانگو و غیره اشاره کرد. در این زمینه مصاحبه‌شوندگان به مواردی مانند دسترسی راحت و سریع، کنجکاوی مضاعف، تسهیل شدن روابط با جنس مخالف، آشکار شدن انحرافات و اختلالات جنسی، محافظت نشدن این اطلاعات از سوی مبادی رسمی و رواج الگو شدن پورنو گرافی اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای چنین بیان کرد

استفاده از توان آموزشی همسالان: مصاحبه‌شونده شماره ۸ اشاره به این موضوع کرد که: «لآن در دنیا دارند از بحث آموزش همسالان استفاده می‌کنند؛ و گفتند اثر همسالان را فقط منفی نبینیم و بیاییم از اثرات مثبتش استفاده کنیم؛ بنابراین، میان در مدرسه و اردوها آموزش‌های خاص برای یه تعداد از نوجوان‌ها که توانایی بهتری دارند؛ و مهارت‌های ارتباط مؤثر بهتری دارند می‌گذارند تا اون نوجوان‌های آموزش دیده بیان و یه الگوهای سالم را در بچه‌ها رواج دهند».

تشکیل کارگروه و هماهنگی بین بخشی با محوریت آموزش و پرورش: آموزش جنسی موضوعی است که سازمان‌ها و نهادهای مختلفی باید در این حوزه همکاری کنند از جمله وزارت بهداشت، شهرداری، سازمان ملی جوانان، بهزیستی، شهرداری و از همه مهم‌تر آموزش و پرورش. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «متولی آموزش باید چندبعدی باشد. از طرفی، آموزش و پرورش باید منسجم و متمرکز روی این مسئله سرمایه‌گذاری کند. البته آموزش و پرورش فقط مرکزیت رو برای این آموزش به وجود می‌آورد» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

سیاست‌گذاری فرهنگی بر اساس علوم مبتنی بر شواهد: مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: «متأسفانه در رده‌های بالا بعضی مشکلات و مسائل را حذف می‌کنند؛ و به نوعی در مورد آن تغافل می‌کنند و فکر می‌کنند نیست؛ و آمار و ارقام و پژوهش مستندی هم ندارند و چنین وانمود می‌کنند که جامعه بی مشکل است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸). به زعم مشارکت‌کننده‌ای: «ما به یک سیاست‌گذاری فرهنگی نیاز داریم، این سیاست‌گذاری فرهنگی باید بر اساس یک سری علوم مبتنی بر شواهد باشد؛ یعنی سلیقه‌ای نباشد و هماهنگی اطلاعات رسانه‌ها، آموزش و پرورش و ... بر مبنای این سیاست‌گذاری‌ها انجام شود» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

آموزش به والدین: به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان والدین باید در زمینه‌های زیر آموزش ببینند.

آموزش به خانواده در اولویت آموزش به نوجوان (قبل از رسیدن نوجوان به سن بلوغ)، آموزش متوالی، منظم، کاربردی و مهارت محور به والدین، آموزش نحوه کنترل فضای

است» (مشارکت‌کننده شماره ۹). با توجه به تعریف‌های متفاوت سلامت جنسی در سه بعد زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی تقسیم شد.

از بعد زیست‌شناختی: به زعم یکی از صاحب‌نظران شرکت‌کنندگان: «سلامت جنسی شکوفایی غریزه در قالب فطرت است» (مشارکت‌کننده شماره ۶)؛ و مشارکت‌کننده‌ای در مورد سلامت جنسی چنین می‌گوید: «رشد سلامت غریزه جنسی، در نوجوان و جلوگیری از عوامل بازدارنده رشد در این مقطع سنی» (مشارکت‌کننده شماره ۷)؛ همچنین یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «آشنایی نوجوان با قوای جنسی از نظر فیزیولوژی و پزشکی» است (مشارکت‌کننده شماره ۹).

از بعد روان‌شناختی: مشارکت‌کننده‌ای معتقد بود: «سلامت جنسی، رسیدن نوجوان به خودآگاهی و بینش جنسی است» (مشارکت‌کننده شماره ۲). مشارکت‌کننده‌ای در همین راستا عنوان کرد: «سلامت جنسی بسیار نزدیک به هویت‌یابی جنسی و نقش اون هویت‌یابی جنسی در زندگی آینده است. چرا که نوجوانی دوران هویت‌یابی است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱). مشارکت‌کننده‌ای گفت: «سلامت جنسی، آگاهی نوجوان در مورد تشخیص رفتارهای پرخطر جنسی، تفکیک صلاح و خطا، مدیریت رفتار جنسی و در نتیجه به حداقل رساندن آسیب جنسی است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷). به زعم مشارکت‌کننده‌ای سلامت جنسی، «فراهم کردن شرایط برای نوجوان برای آشنایی با جنسیت و ویژگی‌های آن، آشنایی با نقش‌های خود و مراقبت از خود است» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

از بعد اجتماعی: مشارکت‌کننده‌ای گفت: «سلامت جنسی بعد اجتماعی سلامت است» (مشارکت‌کننده شماره ۷). به اعتقاد مشارکت‌کننده‌ای: «داشتن سلامت جنسی مستلزم نگاه درست، درک درست از سکچوالیتی، احترام گذاشتن به آن و احترام گذاشتن به حقوق افراد است» (مشارکت‌کننده شماره ۸). مشارکت‌کننده دیگری گفت: «سلامت جنسی دلباخته نشدن نوجوان در سن بلوغ و حفظ عزت نفس است» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

۶. راهبردهای ارتقا سلامت جنسی نوجوان

در ادامه به این راهبردها اشاره شد.

صیانت نسل، خلاقیت، خودآگاهی، ترکیب نقش‌ها، موفقیت و تفکر نقادانه» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

به زعم مشارکت‌کننده‌ای: «اگر تربیت جنسی درست باشد صفات ثانویه جنسی در نوجوان باعث خلاقیت، خودآگاهی، ترکیب نقش‌ها و موفقیت می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

توانمند شدن والدین: در صورتی که رابطه بین والدین و مدرسه به‌خوبی برقرار شود و آموزش خانواده در این زمینه با سرفصل، محتوا و اهداف مشخصی و هم‌زمان با رشد و تکامل کودک و نوجوان صورت گیرد، نتایجی حاصل خواهد شد که برخی مشارکت‌کنندگان به آن اشاراتی داشته‌اند؛ از جمله مشارکت‌کننده شماره ۸ که گفت: «مشکلی که وجود دارد این است، بسیاری از والدین ما در مورد آموزش جنسی و سلامت جنسی آگاهی ندارند و از ترس آموزش اشتباه صورت مسئله را پاک می‌کنند. اگر آموزش و پرورش بتواند با همکاری نهادهای دیگر مثل وزارت بهداشت، شهرداری و... در تولید محتوا و آموزش مرحله به مرحله والدین اقدام کند و برای والدین آموزش‌های مفیدی تدارک ببیند، بسیاری از مسائل و معضلات رفع شده و نتایجی مثبتی حاصل خواهد شد».

بحث

یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری سلامت جنسی نوجوانان نقش همسالان است. در پژوهش حاضر در زمینه تأثیر همسالان، مشارکت‌کنندگان به تأثیر دوبعدی آن اشاره کردند. اهمیت گروه همسالان و دوستان در جامعه فعلی ایران به علت گسترش بی‌رویه شهرنشینی و تبعات آن از جمله کاهش نفوذ و اقتدار والدین و نهادهای سنتی افزایش یافته است. نتایج بدست آمده توسط بعضی از پژوهشگران نشان داد، با توجه به تغییر الگوی دوستی در بین نوجوانان به سمت ارتباطات بیشتر و گسترده‌تر با جنس مخالف، ارتباطات نوجوانی نیازمند توجه بیشتری است که می‌تواند زمینه‌ساز سلامت نوجوان باشد. همچنین، توجه به آموزش و مداخله برای طراحی دوستی‌ها و ارتباطات سالم به‌عنوان بخشی از مهارت‌های زندگی در دوره نوجوانی لازم به نظر می‌رسد (۱۷، ۱۸). در پژوهش حاضر نیز استفاده از توان آموزشی

مجازی، مدیریت دوران بلوغ، آموزش مهارت‌های فرزند پروری، تقویت احساس عزت نفس و ارزشمندی، نحوه تعامل و مهارت گفتمان با نوجوان، تغییر نقش والدگری در مراحل مختلف و دوستی با نوجوان، به رسمیت شناختن غریزه و میل جنسی از سوی والدین.

مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «خانواده‌ها از طریق آموزش عمومی باید در خصوص این موارد بدون خجالت و شرم آگاهی پیدا کنند؛ و این آگاهی‌ها را به نحوی که باعث اضطراب و در هم ریختگی ذهنی کودکان نوجوانان نشود به آنان منتقل کنند» (مشارکت‌کننده شماره ۵).

۷. پیامدها

صاحب‌نظران مشارکت‌کننده در مصاحبه‌ها معتقد بودند در صورت اصلاح ساختارهای ناکارآمد فرهنگی - اجتماعی، پیامدهای زیر حاصل خواهد شد.

اهمیت دادن به خانواده به‌عنوان اولین نهاد جامعه‌پذیری جنسی

مشارکت‌کننده‌ای اذعان کرد: «آموزش تربیت جنسی سه ضلع یک مثلث است. در رأس آن خانواده است و اضلاع دیگر آن نظام آموزشی (مهدکودک، مدرسه و دانشگاه) و رسانه (فضای مجازی، رادیو و تلویزیون و...)» (مشارکت‌کننده شماره ۷). به اعتقاد مشارکت‌کننده شماره ۱: «منابع و مستنداتی در حوزه سکسولوژی و مخصوصاً حوزه سکسچوالیتی کودکان و نوجوانان وجود دارد؛ که نشان می‌دهد والدین اصلی‌ترین آموزگاران و تربیت‌کنندگان جنسی کودکان و نوجوانان خودشون هستند؛ و نهاد خانواده به‌عنوان اولین نهاد اجتماعی شدن جنسی است».

حفظ و ارتقا سلامت جنسی نوجوان: در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان اذعان کرد در صورت آموزش و تربیت جنسی درست، پتانسیل‌های زیر در نوجوان ایجاد خواهد شد: «درک سلامت جنسی به‌عنوان یک حق و ضرورت، حفاظت از خود، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، کنترل هیجانات دوران بلوغ، کاهش سقط‌ها و بارداری‌های ناخواسته دوران نوجوانی، کاهش سن اولین رفتار پرخطر جنسی، کاهش شیوع بیماری‌های مقاربتی و کاهش آسیب‌ها،

دارد (۲۰). هرچه به نیازهای اجتماعی نوجوانان در کانون خانواده بیشتر پاسخ داده شود، به همان میزان از گرایش وی به کژ رفتاری جنسی کاسته می‌شود. به میزانی که نوجوان در خانواده مورد تأیید قرار گیرد و عزت نفس وی افزایش یابد، به همان میزان از گرایش وی به رفتارهای نامناسب جنسی کاسته می‌شود (۲۱).

جلسات آموزش خانواده در مدارس، مهم‌ترین زمینه همکاری و تلاش در جهت همسویی میان دو نهاد اجتماعی «خانه و مدرسه» است. آموزش والدین می‌تواند نقشی مهم را در تسهیل دستیابی والدین به اطلاعات و مهارت‌هایی که آن‌ها نیاز دارند، ایفا کند.

Mahajan و Sharma در پژوهشی بیان کردند، مضحکانه است که علیرغم نقش مهمی که مسائل جنسی در زندگی ایفا می‌کند، پدر و مادرها، معلمان و سایرین چندان نقشی در ارائه اطلاعات مناسب و مفید به جوانان ندارند (۲۲). همچنین، پارسا بیان می‌کند برخلاف اینکه والدین می‌توانند قابل اعتمادترین و امن‌ترین مشاوران نوجوان در همه امور، به خصوص مسائل بهداشت جنسی باشند و با وجود دسترسی فراوان و راحت‌تر نوجوانان به آن‌ها، لیکن والدین کمتر طرف مشورت نوجوانان قرار می‌گیرند که این امر می‌تواند علل مختلفی داشته باشد (۲۳). از مهم‌ترین علل می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: ناآگاهی والدین، نگرش منفی نسبت به طرح مسائل جنسی، مسائل فرهنگی و وجود مسائلی از جمله شرم و حیا، عدم ایجاد رابطه و تعامل مثبت میان والدین و فرزندان، ترس و خجالت نوجوانان از طرح مسائل جنسی با والدین خود (۲۴-۲۷).

بر اساس داده‌های این مطالعه، تشکیل کارگروه و هماهنگی بین بخشی با محوریت آموزش و پرورش و همچنین، سیاست‌گذاری فرهنگی و تصمیم‌گیری بر اساس علوم مبتنی بر شواهد؛ از مهم‌ترین راهکار و راهبردی اعتلای سلامت جنسی در نوجوانان است. نتایج مطالعه Kalantary و همکاران نشان داد؛ مادران نقش اصلی در آموزش مسائل جنسی در خانه را بر عهده دارند و بیشتر آموزش‌ها را به فرزند دختر خود می‌دهند. پسران درباره مسائل جنسی به پدر خانواده مراجعه می‌کنند، با این وجود، اطلاعات کمی را از پدر

همسالان به‌عنوان یکی از راهکارها مطرح شد. نتایج پژوهش Sun و همکاران نیز نشان داد، آموزش سلامت جنسی به کمک همسالان در تغییر دانش و نگرش نوجوانان مؤثر است (۱۶).

همچنین، طبق نظر مشارکت‌کنندگان از جمله عوامل مداخله‌گر در سلامت جنسی نوجوان، محافظه‌کار بودن نظام آموزشی، کم‌کاری ذینفعان و نبود نیروی اجرایی متخصص بیان شد؛ و راهبرد تشکیل کارگروه و هماهنگی بین بخشی و سیاست‌گذاری فرهنگی بر اساس علوم مبتنی بر شواهد بیان شد. Dailard در پژوهش خود در خصوص عدم ارتباط بین سیاست‌گذاران، دانش‌آموزان و والدین می‌گوید: در حالی که سیاست‌گذاران بر سیاست محافظه‌کارانه خویشتن‌داری و پرهیز تأکید می‌کنند، ولی بقیه اطلاعات جامعی درباره روش‌های جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی و اینکه چگونه در بزرگسالی یک زندگی بهداشتی سالم جنسی داشته باشند، می‌خواهند (۱۷). نتایج مطالعات Alldred و همکاران نیز نشان دادند، آشنا کردن پدر و مادرها با مفاد درسی آموزش جنسی؛ به واسطه بهبود انسجام بین پیام‌هایی که توسط معلمان و والدین درباره مسائل و روابط جنسی به بچه‌ها داده می‌شود، باعث بهبود و تقویت برنامه آموزشی می‌گردد (۱۸). نتایج پژوهش Klein و همکاران نشان داد، برنامه آموزش والدین به‌عنوان اولین مربیان سلامت جنسی راه مؤثری است برای افزایش ارتباط والدین - فرزندان؛ تقویت توانایی والدین در به اشتراک‌گذاری انتظارات و ارزش‌های جنسیتی (Sexuality)، به بچه‌ها کمک می‌کند به‌عنوان نوجوان بتوانند تصمیم‌های سالم درباره رفتار جنسی‌شان بگیرند (۱۹).

آموزش‌های سلامت جنسی خانواده‌مدار با توجه به طول زمان باهم بودن والدین و فرزندان، شناخت بیشتر والدین از فرزندان، کم‌هزینه بودن و علاقه‌مندی والدین به رفع مشکلات فرزندان، می‌تواند در جوامع مختلف آسان‌تر به کار گرفته شود. خانواده به‌عنوان اولین واحد اجتماعی، علیرغم افزایش درگیر شدن نوجوان با اجتماع و گروه‌های هم‌سال، همچنان نقشی مهم را در محافظت از رفتارهای پرخطر نوجوانان و آموزش و انتقال رفتارهای بهداشتی آنان به عهده

برخی ابعاد بسیار وسیع و در عین حال، مملو از ناگفته‌ها و نادانسته‌هاست. به همین دلیل از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر و در فرهنگ‌های مختلف ابعاد و ویژگی‌های متنوع دارد. در این راستا و با توجه به بسترهای فرهنگی موجود در جامعه ایران، علیرغم پیشرفت‌هایی در زمینه آموزش مسائل جنسی در خانواده‌ها، همچنان خانواده‌ها با بعضی جوانب آموزش مسائل جنسی با احتیاط برخورد می‌کنند.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده شکل‌گیری سلامت جنسی نوجوان در ساختار فرهنگی- اجتماعی معیوب، ناکارآمدی آموزش والدین در حیطه سلامت جنسی دانش‌آموزان و تأکید بر نقش مهم و اساسی خانواده در اعتلای سلامت جنسی نوجوان بود. در بسیاری از کشورهای جهان مانند ایران، سیستم آموزشی در تأمین سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان سهم بسیار کوچکی دارد؛ و هنوز آموزش جنسی رسمی امکان‌پذیر نیست و در نتیجه، خانواده در این میان نقش اصلی را به عهده خواهد داشت و به‌عنوان اولین و مهم‌ترین عامل در سلامت جنسی فرزندان‌شان خواهند بود؛ و باید متحمل مسئولیت‌های فراوانی در زمینه آموزش جنسی فرزندان‌شان شوند.

به نظر می‌رسد خانواده‌های ایرانی با آنکه بر این باورند فرزندان‌شان باید از ماهیت رشد جنسی آگاه شوند، اما زمانی که بحث چگونگی آموزش‌های جنسی مطرح می‌شود، به‌شدت با آنان مخالفت می‌کنند و از آنجا که خود سواد جنسی مناسبی ندارند، بنابراین، نمی‌توان انتظار داشت از عهده آموزش فرزندان‌شان در این زمینه برآیند؛ بنابراین، بخش عمده‌ای از این وظیفه مهم بر عهده آموزش و پرورش است؛ که متناسب با مقاطع سنی و به اقتضای مراحل رشدی مختلف به والدین در زمینه آموزش جنسی فرزندان خویش آموزش‌هایی (رسمی یا غیررسمی) دهد؛ و سیاست‌های آموزشی خویش را هم‌راستا با خانواده‌ها تنظیم کند تا والدین بتوانند به معلومات و مهارت‌های ارتباطی در زمینه سلامت جنسی مجهز شوند؛ و در موقع لزوم توانایی پاسخگویی به پرسش‌های فرزندان‌شان را به نحو صحیح و اصولی همراه با انتقال ارزش‌ها داشته باشند؛ و راه ارتباطی خود و فرزند را در این زمینه همواره باز نگه دارند؛ بنابراین، طراحی و اجرای

خود به دست می‌آورند و بیشتر اطلاعات را از اطرافیان خود دریافت می‌کنند (۲۶).

مجدپور و همکاران در مطالعه خود بر لزوم آموزش مسائل جنسی به دختران نوجوان، منابع اطلاعاتی مادران درباره مسائل جنسی در دوران نوجوانی خود، منابع آموزشی پیشنهادی، موانع ارائه این آموزش‌ها، لزوم توانمندسازی مادران برای آموزش مسائل جنسی و تدوین برنامه آموزشی مادران تأکید کردند (۲۷)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد والدین آموزش‌دیده بهترین گزینه برای آموزش نوجوان است؛ و تأکید بر این موضوع و فراهم کردن زیرساخت آموزش و برداشتن موانع آموزش به نوجوان از مهم‌ترین امور می‌باشد.

نتایج مطالعه شریعتی و همکاران نشان داد؛ آموزش به نوجوان و فراهم‌سازی ساختار مناسب به دلیل دانش ناکافی در ارتباط با موضوعات بهداشت باروری، دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر، تغییرات فرهنگی- اجتماعی جامعه، افزایش وقوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، تأکید مذهب بر تربیت جنسی کودکان و نوجوانان و وجود تابوهای فرهنگی در جامعه باید یک اولویت در نظر گرفته شود (۲۸).

لطیف نژاد و همکاران بیان کردند، فقدان دانش و نگرش صحیح جنسی، بدآموزی و وجود منابع نادرست آگاهی جنسی از پیچیدگی‌های سلامت جنسی نوجوان است (۲۹)؛ بنابراین، بر اساس نتایج مطالعه حاضر، صاحب‌نظران بر ضرورت آموزش سلامت جنسی به نوجوان اتفاق نظر داشتند؛ بنابراین، باید سیاست‌گذاران به‌جای اتلاف بیش از پیش زمان در دایره بسته تردید در ضرورت آموزش، در جهت طراحی و تعیین ویژگی‌های آموزش جنسی مورد نیاز نوجوانان گام بردارند. همچنین، عابدینی و همکاران در مطالعه خود بر لزوم آموزش درباره بلوغ و قاعدگی، آموزش درباره رابطه جنسی، سن مناسب برای آموزش مسائل جنسی و فرد مناسب برای آموزش مسائل جنسی تأکید کردند (۳۰).

نتیجه‌گیری

امروزه سلامت جنسی و در کل ورود به مباحث مرتبط با آموزش و تربیت جنسی در غالب نظام‌های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، دینی و آموزشی، چالشی عمیق، مهم، دقیق و در

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول بود؛ و در شورای پژوهشی پردیس فارابی دانشگاه تهران، مصوبه شماره ۲۰۲ به تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۶ به تصویب رسید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشتند.

مداخلات آموزشی برای ارتقای سطح آگاهی والدین و لزوم هماهنگی والدین و معلمان برای نتیجه‌گیری بهتر، ضروری به نظر می‌رسد.

از نتایج پژوهش حاضر می‌توان برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در زمینه سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان بهره برد. پیشنهاد می‌شود به منظور برنامه‌ریزی بهتر و مؤثرتر در زمینه حفظ و ارتقای سلامت جنسی دانش‌آموزان نوجوان، از والدین و دانش‌آموزان نیز نیازسنجی شود و از تلفیق نظرات هر سه دسته، برنامه منسجمی برای آموزش والدین و نوجوانان در این زمینه استخراج شود.

References

1. Javadnoori M. The Principles of Sexuality Education and Counseling in Children and Adolescent. Tehran: Jameenegar; 2016. p.10. [In Persian].
2. Rezaee AF, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani Golchin NA, Zabihei M, Hamzagardeshi L. Drug user girls perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. Iranian Journal of Nursing Research 2011; 6(21): 79-87. [In Persian].
3. Levine J, Elders JM. Harmful to Minors: The Perils of Protecting Children From Sex. Minnesota: University of Minnesota Press; 2002.
4. World Health Organization. Defining Sexual Health. Geneva: WHO; 2002.
5. Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. Tehran University Medical Journal 2015; 73(3): 210-20. [In Persian].
6. Mohebbi P, Malekpour P, Kamalifard M, Atri SB, Safaeiyan A, Alizadeh K. Clients' viewpoints about the quality of services in the premarital counseling classes in Tabriz health centers. Int J Prev Med 2014; 5(3): 365-9.
7. Pourabbasi A, Ebrahimi Qavam S, Ebrahimnegad Shirvani MS. Eliciting physical-behavioral strategies for adolescents' management of their sexual drive/behavior from Islamic resources (the Quran and Hadith) and experimental studies. Journal of Research on Religion & Health 2018; 4(1): 93-103.
8. Abbasi M. Model for Organizing Sexual Behavior. Qom: Moasese Elmi Farhangi Darolhadis; 2018. [In Persian].
9. Mohtasham G, Shamsaddin N, Bazargan M, Anosheravan K, Elaheh M, Fazlolah G. Correlates of the intention to remain sexually inactive among male adolescents in an Islamic country: Case of the Republic of Iran. J Sch Health 2009; 79(3): 123-9.
10. Mirzaiinajmabadi k, Babazadeh R, Shariati M, Mosavi A. Assessing Iranian adolescent girls' needs for sexual and reproductive health information. Journal of Adolescent Health 2014; 55(1): 9-18. [In Persian].
11. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. [cited 2018 Oct 18] Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>.
12. Jerman P, Constantine NA. Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: A representative statewide analysis. J Youth Adolesc 2010; 39(10): 1164-74.
13. Merghati-Khoei E, Abolghasemi N, Smith TG. "Children are sexually innocent": Iranian parents' understanding of children's sexuality. Arch Sex Behav 2014; 43(3): 587-95.
14. Sobhaninezhad M, Homaei R, Eliein R. Analytical study of sexual training style of families in Tehran province. Counseling Research and Development 2007; 6(21): 27-48. [In Persian].
15. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

16. Sun WH, Miu HY, Wong CK, Tucker JD, Wong WC. Assessing participation and effectiveness of the peer-led approach in youth sexual health education: systematic review and meta-analysis in more developed countries. *J Sex Res* 2018; 55(1): 31-44.
17. Dailard C. Sex education: Politicians parents teachers and teens. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)* 2001; 2: 1-4.
18. Alldred P, Fox N, Kulpa R. Engaging parents with sex and relationship education: A UK primary school case study. *Health Education Journal* 2016; 75(7): 855-68.
19. Klein JD, Sabaratnam P, Pazos B, Auerbach MM, Havens CG, Brach MJ. Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. *J Adolesc Health* 2005; 37(3 Suppl): S94-9.
20. Latifnejad Roudsari R, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(2): 101-10.
21. Aminian A, Seyed Mirzayi SM. A sociological study of base factors of family and school in the tendency of teenage girls toward sexually deviant behavior and addiction. *Journal of Family Research* 2010; 6(3): 313-34. [In Persian].
22. Mahajan P, Sharma N. Parents attitude towards imparting sex education to their adolescent girls. *The Anthropologist* 2005; 7(3): 197-9.
23. Parsa M. *Psychology of Child and Adolescent Development*. Tehran: Besat Publication; 2015. p. 214-49.
24. Alquaiz AM, Almuneef MA, Minhas HR. Knowledge, attitudes, and resources of sex education among female adolescents in public and private schools in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2012; 33(9): 1001-9.
25. Turnbull T, Van Wersch A, Van Schaik A. A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families. *Health Education Journal* 2008; 67(3): 182-95.
26. Kalantary S, Ghana S, Sanagoo A, Jouybari L. Puberty and sex education to girls: Experiences of Gorganians' mothers. *Journal of Health Promotion Management* 2013; 2(3): 74-90. [In Persian].
27. Majdipour M, Shams M, Parhizkar S, Mousavizadeh A, Rahimi Z. Informal sexuality education to adolescent girls through empowering their mothers: a field trial. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2017; 15(3): 267-79. [In Persian].
28. 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): 270-5.
29. Latifnejad R, Javad Nouri M, Hasanpour M, Hazaveyi SM, Taghipour A. The necessity of sexual health education to Iranian female adolescents: A qualitative study. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012; 15(12): 7-17. [In Persian].
30. Abedini E, Tabibi Z, Ziaee P, Zarezade Kheibari S. A qualitative study on mothers' experiences from sex education to female adolescents underlining cultural factors. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2016; 18(4): 202-11.

Examining the Concept of Sexual Health of Adolescent Students from the Perspective of Experts with a Focus on Parent Education

Saeede Memari¹ , Hossein Khanifar² , Golnar Mehran³, Hamidreza Yazdani⁴, Somayeh Fereiduni⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Adolescence is one of the most important periods of life and adolescent behavioral characteristics are of great importance. Adolescents tend to overcome limitations and experience new behaviors; however, issues related to sexual health must be addressed. The main concern of the present study was to define the sexual health of adolescent students from the perspectives of experts and how these views can be sustained and promoted through parental education.

Method: This qualitative study was conducted using qualitative content analysis. Data were collected using semi-structured interviews with 18 experts who were selected through purposive sampling with the Maximum diversity. The participants were individuals specialized in education, health, and juvenile issues.

Results: After analyzing the data in the three stages of encoding, 20 subcategories, 7 main categories, and one theme were extracted. The findings indicate that sexual health is shaped in an inefficient sociocultural structure and also show the weaknesses in programs on sexual health education for parents and adolescents, which are influenced by social, familial, and individual factors.

Conclusion: Sexual health is not limited to specific periods and is important from the birth throughout life. It requires special attention during adolescence. Although this stage requires the joint efforts of family and relevant organs and institutions related to health and education, family is the first and most important provider of sexual health and it must be provided with proper education.

Keywords: Sexual health, Adolescent, Parent education

Citation: Saeede Memari S, Hossein Khanifar H, Mehran G, Yazdani H, Fereiduni S. **Examining the Concept of Sexual Health of Adolescent Students from the Perspective of Experts with a Focus on Parent Education.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(3): 247-59. [In Persian]

Received date: 09.04.2018

Accept date: 18.07.2018

Published: 21.12.2019

1- PhD of Instructional Management, Faculty of Management and Accounting, Farabi College, Tehran University, Ghom, Iran

2- Professor, Faculty of Management and Accounting, Farabi College, Tehran University, Ghom, Iran

3- Professor, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Faculty of Management and Accounting, Farabi College, Tehran University, Ghom, Iran

5- Assistant Professor, Institution for Research and Planning in Higher Education, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hossein Khanifar, Email: khanifar@ut.ac.ir