

آگاهی و نگرش مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش دبستانی

کتایون مبردی^۱

*سیده بتول حسن پور ازغدی^۲

لیلا امیری فراهانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تربیت جنسی یکی از دشوارترین و حساس‌ترین انواع تربیت در خانواده‌ها می‌باشد. در این میان میزان آگاهی و نوع نگرش والدین به ویژه مادر بیشترین نقش را در تربیت رفتارهای جنسی سالم کودک در سال‌های پیش از مدرسه دارد. مطالعه حاضر به منظور تعیین آگاهی و نگرش مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش دبستانی انجام گرفته است. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی ۲۰۰ مادر دارای کودک پیش دبستانی از مراکز سلامت جامعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران از طریق نمونه گیری چند مرحله‌ای به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته روا و پایا به صورت خودایفا جمع آوری و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و جداول فراوانی تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین آگاهی مادران $4/04 \pm 2/56$ (دامنه نمرات: ۰-۴۰) و میانگین نگرش آنان $7/45 \pm 49/85$ (دامنه نمرات: ۷۵-۱۵) بود که نشان دهنده میزان آگاهی و نگرش متوسط مادران نسبت به تربیت جنسی کودک پیش دبستانی بود. بین نگرش مادران با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری کلی: با توجه به آگاهی و نگرش متوسط مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش از دبستان، تدوین محتوای آموزشی مناسب و راهکارهایی جهت افزایش آگاهی و نگرش مادران ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: آگاهی، نگرش، تربیت جنسی، مادر، کودک پیش دبستان

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پردیس بین الملل، تهران، ایران.
^۲ استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۸۸۸۸۲۸۸۶-۲۱ + Email: hasanpoorbatool@yahoo.com
^۳ استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

تربیت جنسی مجموعه‌ی آموزش‌ها و ایجاد موقعیت‌ها و زمینه سازی‌هایی است که فرد را با هدایت و تعدیل غریزه آشنا می‌کند و با فراهم کردن زمینه‌های رشد شخصیت اجتماعی، اخلاقی و فرهنگی، او را از انحراف و لغزش جنسی مصون می‌دارد^(۱). آموزش جنسی اشاره به تعلیم اطلاعات مربوط به سلامت و بهداشت جنسی، رفتارهای جنسی و اثرات آنها بر سلامت جنسی فرد دارد که ممکن است توسط مدارس یا کلاس‌های آموزشی مرتبط تعلیم داده شود که این آموزش‌ها با فرهنگ، ارزش‌ها، سن و تجربه جنسی شرکت کنندگان مناسبت دارد^(۲،۳). البته تربیت جنسی یکی از دشوارترین و حساس‌ترین تربیت‌ها بوده که اندک اشتباه و غفلتی در آن ممکن است باعث گمراهی کودکان شود^(۴). والدین دارای نقش کلیدی در سلامت جنسی و رشد و شکل‌گیری اعتماد به آینده در کودک هستند^(۵).

Jaccard و همکاران حداقل به سه دلیل توجیه کردند که چرا ارتباط والدین با کودکان می‌تواند در آینده جنسی کودکان تاثیر داشته باشد: نخست، پدر و مادر می‌توانند اطلاعات سازگار با ارزش‌های خود را به فرزندان‌شان انتقال دهند. دوم، پدر و مادر از ابتدا تا انتها با مراحل مختلف رشد کودک، تاثیر حضور خواهر و برادر، کنجکاوی‌ها و سوالات و دوران بلوغ و تغییرات مرتبط با آن، همراه کودک هستند. سوم، والدین می‌توانند به عنوان ناظر همیشگی بر رفتار کودکان و به عنوان اولین منبع کسب اطلاعات آن‌ها نقش ایفاء کنند^(۶). ارتباط و تعامل بین والدین می‌تواند یک عامل حفاظتی برای طیف وسیعی از رفتارهای جنسی فرزندان در آینده باشد^(۷). دوران قبل از بلوغ زمان مناسبی است تا والدین، قبل از آغاز رفتارهای جنسی، پیام‌های پیشگیری از خطر جنسی را به فرزندان خود منتقل کنند^(۸). سال‌های پیش از دبستان (سه تا شش سال)، دوره‌ای بسیار مهم است چرا که شخصیت، نگرش، آگاهی و رفتارهای کودک در این دوره تکوین یافته و شکل می‌گیرد^(۹). یکی از موضوعات مورد

کنجکاوی در این سنین مسائل جنسی است لذا جایگاه و اهمیت آموزش در این زمان از هر زمان دیگر بیشتر دیده می‌شود^(۱۰). با این حال به جهت آداب و رسوم خرافاتی که باب اسلامی ندارد و حجب و حیا نامیده شده از پرداختن به آن سر باز زده شده و در فرهنگ ایرانی خانواده‌ها و نظام تربیتی حاضر به قبول این مسئولیت به طور کامل نمی‌شوند^(۱۱).

دو عامل موجود در مسیر تربیت جنسی کودکان (نداشتن آگاهی و حجب کاذب) مانع ارتباط بین والدین و فرزندان برای بیان حقایق به روش اصولی و صحیح می‌شود. در واقع نیازهای والدین در این خصوص مشخص نیست و والدین هنوز تعریف درستی از تربیت جنسی ندارند^(۱۲). با وجودی که بسیاری از مطالعات نشانگر نقش برجسته مادران در آموزش این گونه مسائل می‌باشند، دانش و آگاهی مادران که حیات انسان با آن‌ها شروع می‌شود و ساعات بیشتری از اوقات کودک با آن‌ها سپری می‌شود در این زمینه بسیار اندک و گاهی نادرست است^(۱۳-۱۵). در نظام رسمی و غیر رسمی تعلیم و تربیت ایران با وجود ارزش و اهمیت تربیت جنسی، برنامه مدونی برای آن وجود ندارد و به یک ضرورت مغفول تبدیل شده است^(۱۶،۱۷). طبق تحقیق Stone و همکاران تعدادی از موانع برقراری ارتباط عبارت بودند از: ضرورت حفظ معصومیت کودکان، عدم آگاهی از نحوه ارائه اطلاعات متناسب با سن او، احساس ناراحتی و ترس از نقدها و داوری‌های کودکان^(۱۸). از آن جا که حیات جنسی انسان از بدو تولد شروع می‌شود و به تدریج رشد و نمو پیدا می‌کند از طرف دیگر مهارت مادر در آموزش و تربیت جنسی فرزندش از عوامل اساسی در شکل‌دهی به رفتارهای کودک قلمداد می‌شود، این امر زمانی مهیا می‌شود^(۱۴) که والدین ابتدا به بررسی و در صورت لزوم تغییر نگرش خودشان نسبت به سوالات و کنجکاوی‌های فرزندان درباره مسائل جنسی بپردازند. بنابراین تعیین میزان آگاهی، طرز تلقی و نگرش والدین از موضوع تربیت جنسی قبل از آموزش جنسی دارای اولویت است

به ویژه که این دو متغیر تحت تاثیر باورهای فرهنگی و مذهبی قرار می‌گیرند^(۱۷). بر این اساس این مطالعه به منظور تعیین آگاهی و نگرش مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش دبستانی انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه مورد مطالعه را مادران دارای کودک پیش دبستانی مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شهر تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، ایرانی بودن، نداشتن تحصیلات در حوزه‌های روانشناسی، علوم تربیتی، پزشکی و پیراپزشکی (پرستار- ماما) و نداشتن سابقه شرکت در دوره‌هایی با عنوان تربیت جنسی کودک بودند. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد ($Z=1/96$) و انحراف معیار $3/53$ با توجه به مطالعات پیشین^(۱۹) و d که ۱۵ درصد انحراف معیار در نظر گرفته شد (نسبت بین d و انحراف معیار را معمولا بین $0/1$ تا $0/25$ در نظر می‌گیرند)^(۲۰)، حجم نمونه ۱۷۷ نفر محاسبه شد که برای پیشگیری از ریزش به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

مادران از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای به صورت تصادفی انتخاب شدند. مراکز سلامت جامعه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران بر اساس موقعیت جغرافیایی در دو قسمت غرب (شامل چهار منطقه) و شمال غرب (سه منطقه) قرار دارند. ابتدا از بین هفت منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، دو منطقه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس لیستی از مراکز سلامت دو منطقه تهیه شد و یک مرکز سلامت جامعه از هر منطقه صورت تصادفی ساده انتخاب شد. طبق اطلاعات موجود ۸۳۵ مادر دارای کودک سه تا شش سال در دو درمانگاه تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی- درمانی قرار داشتند. در مطالعه‌ی حاضر بر

اساس متغیر سن کودک، سه طبقه در نظر گرفته شد. سپس انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده از هر طبقه با تخصیص متناسب بر حسب سن کودک در هر مرکز بهداشت انجام شد. ۲۲ درصد کودکان در رده سنی سه تا چهار سال، ۲۳ درصد در سنین چهار تا پنج سال و ۵۵ درصد در سنین پنج تا شش سال بودند.

بررسی متون و ابزارهای موجود در زمینه تربیت جنسی کودک پیش دبستانی حاکی از وجود تنها یک ابزار در این زمینه بود که توسط Brick & Koch طراحی شده است^(۲۱). تعداد گویه‌هایی که در این ابزار به دلیل تطابق نداشتن با فرهنگ و اعتقادات مذهبی جامعه ایرانی باید حذف می‌شد به اندازه‌ای بود که احتمالا اعتبار و پایایی ابزار را زیر سوال می‌برد. از طرف دیگر برای این که محتوای پرسشنامه بتواند مطابق با فرهنگ و مذهب حاکم بر جامعه ایرانی، هدف این مطالعه را پوشش دهد، نیاز به اضافه کردن گویه‌هایی بود. به همین دلیل استفاده از این ابزار امکان پذیر نبود، ولی بعضی از گویه‌های این ابزار در طراحی ابزار مورد استفاده در این مطالعه به کار برده شد. بنابراین ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه محقق ساخته آگاهی و نگرش مادران دارای کودک پیش دبستانی نسبت به تربیت جنسی بود که با رویکرد قیاسی با مرور متون، منابع و ابزارهای موجود مرتبط با حوزه تربیت جنسی کودکان پیش دبستانی، گویه‌های آن استخراج شد. به منظور افزایش غنای کیفیت گویه‌های ابزار از پیشنهاد افراد صاحب نظر در حوزه‌های علمی مختلف و مسلط به موضوع تحقیق نیز استفاده گردید. جهت بررسی روایی صوری کیفی ابزار، مصاحبه چهره به چهره با ده نفر از مادران دارای کودک پیش دبستانی صورت گرفت و سطح دشواری در درک عبارات و کلمات، تناسب و ارتباط مناسب با سایر ابعاد پرسشنامه و احتمال ابهام گویه‌ها و یا برداشت نامناسب از برخی عبارات در گویه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

محاسبه گردید؛ لذا پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از مادران دارای کودک سه تا شش سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی منتخب قرار داده شد و توسط آن‌ها تکمیل شد. ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه نگرش مادران نسبت به تربیت جنسی ۰/۸۴ بود. به منظور بررسی ثبات ابزار از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد که دو بار و به فاصله ده روز از ۲۰ مادر واجد شرایط درخواست شد تا پرسشنامه را تکمیل کنند. با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که به ترتیب برای آگاهی ۰/۷ و نگرش ۰/۷۵ بود.

سوالات مربوط به آگاهی شامل ۲۰ سوال در مورد دانش مادران نسبت به تربیت جنسی کودک سه تا شش سال بود که در قالب بلی، خیر، نمی‌دانم بود که به پاسخ درست امتیاز دو و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق می‌گیرد و به پاسخ نمی‌دانم نمره یک داده شد. کمترین امتیاز کسب شده صفر (۰) و بیشترین امتیاز ۴۰ بود. هر چه نمره میانگین آگاهی بالاتر بود، بیانگر آگاهی بیشتر بود. در سوالات مربوط به آگاهی، سوالات: ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰ گزینه بلی، پاسخ صحیح برای هر سوال و در سوالات: ۱، ۳، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۹ گزینه خیر پاسخ صحیح بود.

نمره دهی ابزار نگرش به صورت طیف پنج دامنه لیکرتی بود و در مواردی که گویه حاکی از سازگاری مثبت در فرد بود، برای گزینه کاملاً موافقم بیشترین امتیاز و نمره پنج و بترتیب برای گزینه‌های موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم، نمرات ۴، ۳، ۲، ۱ در نظر گرفته شد.

گویه‌های منفی و معکوس به معنی گویه‌هایی است که حاکی از سازگاری منفی یا نداشتن سازگاری‌اند و به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. در قسمت نگرش ۱۵ گویه وجود داشت که بیشترین نمره قابل انتظار برای تمام گویه‌ها ۷۵ و کمینه نمره ۱۵ بود. امتیاز بالاتر بیانگر نگرش بهتر بود.

جهت روایی صوری کمی، پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰ نفر از شرکت کنندگان قرار گرفته تا درجه اهمیت هر یک از آیتم‌ها را در طیف (۱- بسیار مهم است، ۲- مهم است، ۳- تا حدودی مهم است، ۴- کمی مهم است، ۵- مهم نیست) تعیین کنند. سپس میزان ضریب تاثیر (Impact Score) برای هر یک از عبارات تعیین گردید و گویه‌هایی که امتیاز تأثیر بیشتر از ۱/۵ را کسب کردند، مناسب تشخیص داده شدند. روایی محتوا نیز در دو مرحله کیفی و کمی انجام شد، در روایی محتوای کیفی پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر صاحب نظر قرار گرفت تا دیدگاه‌های خود را در رابطه با گویه‌ها ارائه نمایند.

جهت روایی محتوای کمی نسبت روایی محتوا (CVR) (Content validity ratio) و شاخص روایی محتوای (CVI) (Content validity index) اندازه گیری شد. برای تعیین CVR ابزار، از ۱۵ نفر از متخصصین درخواست شد که در مورد ضرورت هر یک از گویه‌های ابزار بر اساس طیف سه قسمتی "آیتم ضروری است"، "مفید است ولی ضروری نیست" و "ضرورتی ندارد"، پاسخ دهند، سپس CVR محاسبه شد.

بر اساس جدول تعیین حداقل ارزش لاوشه (Lawshe) در مواردی که عدد حاصله کمتر از ۰/۴۹ بود، گویه‌ها حذف شدند.

به منظور محاسبه شاخص روایی محتوای، از ارزیابان و متخصصین تقاضا شد که بر اساس طیف چهار حالتی لیکرت مربوط بودن، به هر گویه نمره دهند. سپس شاخص روایی محتوا محاسبه شد. بدین ترتیب که گویه‌هایی که نمره بالاتر از ۰/۷۹ اخذ نمودند، مناسب در نظر گرفته شدند. شاخص اعتبار محتوای کل مقیاس برای ابزار حاضر ۰/۹۴ محاسبه گردید که با توجه به این که شاخص اعتبار محتوای کل ابزار بالای ۰/۹ مورد قبول و پذیرش می‌باشد، بیانگر تایید این شاخص مهم است^(۲۲).

در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی ابزار از روش‌های همسانی درونی و آزمون-بازآزمون استفاده شد. به منظور تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناسی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
وضعیت تاهل	متاهل (۹۹/۵)
	مطلقه (۰/۵)
تحصیلات مادر	ابتدایی (۱/۵)
	راهنمایی (۵)
	دیپلم (۴۱)
	دانشگاهی (۵۲/۵)
تحصیلات پدر	ابتدایی (۲)
	راهنمایی (۶/۵)
	دیپلم (۳۵)
	دانشگاهی (۵۶/۵)
شغل مادر	خانه دار (۷۰)
	شاغل (۳۰)
شغل پدر	کارمند (۴۲)
	آزاد (۵۸)
وضعیت اقتصادی	ضعیف (۲)
	متوسط (۷۴)
سابقه حضور کودک در مهد کودک	خوب (۲۴)
	ضعیف (۴۴)
جنس کودک	خیر (۵۶)
	بلی (۵۲)
سن کودکان پیش دبستانی	دختر (۴۸)
	پسر (۲۲)
	سه تا چهار سال (۲۳)
تعداد کودکان پیش دبستانی مادران	چهار تا پنج سال (۵۵)
	پنج تا شش سال (۸۹/۵)
	یک کودک (۱۰/۵)
	دو کودک (۲۱)

در سوالات مربوط به نگرش، سوالات: ۲، ۳، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴ گزینه کاملاً موافقم پاسخ صحیح برای هر سوال است و امتیاز پنج برای این گزینه در نظر گرفته شد. در سوالات: ۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۵ نمره گذاری به صورت معکوس انجام شد.

پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1394.9313593005)، و دریافت معرفی نامه و مجوزهای لازم از دانشگاه، مسئولین مراکز بهداشتی و مادران کودکان پیش دبستانی در مورد هدف و ماهیت پژوهش توجیه شدند. پس از توضیح در مورد اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، با اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از شرکت کنندگان، پرسشنامه در مراکز سلامت جامعه توسط مادران تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، همچنین ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. برای ارزیابی پایایی ابزار از آزمون مجدد و آلفای کرونباخ استفاده گردید. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناسی ۲۰۰ مادر کودک پیش دبستانی شرکت کننده در پژوهش در جدول شماره یک نمایش داده شده است. یافته‌ها نشان دادند که میانگین سن مادران $4/90 \pm 34/56$ و بین ۲۱ تا ۴۵ سال بودند. میانگین سن پدران $5/71 \pm 39/34$ سال و بین ۲۴ تا ۵۱ سال بودند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین آگاهی مادران $4/04 \pm 28/56$ (با دامنه ۱۷ تا ۳۸) و میانگین نگرش مادران $7/45 \pm 49/85$ (با دامنه ۲۸ تا ۷۳) بود که با توجه به دامنه نمرات آگاهی و نگرش به ترتیب از صفر تا ۴۰ و ۱۵ تا ۷۵ نشان دهنده میزان آگاهی و نگرش متوسط در مادران شرکت کننده در تحقیق بود. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد بین میانگین نمره نگرش مادران با سطح تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). در بررسی جزئی‌تر با آزمون تعقیبی توکی، بین گروه‌ها با تحصیلات ابتدایی و دانشگاهی با

($P = 0/027$) و در مقایسه دیگر بین گروه‌ها با تحصیلات داشت. در جدول شماره دو فراوانی افرادی که پاسخ‌های دیپلم و دانشگاهی با ($P = 0/021$) تفاوت وجود درست به گویه‌های آگاهی داده‌اند، آورده شده است.

جدول شماره ۲: پاسخ درست مادران به عبارات آگاهی درباره تربیت جنسی کودک پیش دبستان

ردیف	عبارات‌های آگاهی	تعداد	درصد
۱	کنجکاوای کودکان در رابطه با موضوعات جنسی غیرطبیعی است.	۱۲۸	۶۴
۲	رشد و تکامل جنسی یک مرحله طبیعی از زندگی انسان است که با تولد شروع شده و در طول زندگی ادامه پیدا می‌کند.	۱۷۲	۸۶
۳	کودکانی که متناسب با سن شان آموزش جنسی دریافت کرده‌اند، بیشتر احتمال دارد که مورد سوء استفاده جنسی قرار بگیرند.	۱۳۵	۶۷/۵
۴	کودکان در سن چهار سالگی جنسیت (دختر یا پسر) خود را تشخیص نمی‌دهند.	۱۴۱	۷۰/۵
۵	دادن اطلاعات جنسی (مانند آموزش نقاط خصوصی، پاسخ به سوالات جنسی آن‌ها) به کودکان لازم است.	۱۶۵	۸۲/۵
۶	قبل از پاسخگویی به سوالات مربوط به مسائل جنسی، باید قصد کودک از مطرح کردن این سوالات مشخص شود.	۱۰۴	۵۲
۷	نوع واکنش والدین به رفتارهای جنسی کودک (مانند دست زدن به دستگاه تناسلی خود، کنجکاوای کردن درباره عضو تناسلی افراد دیگر)، روی برداشت کودکان نسبت به خوب یا بد بودن مسائل جنسی، تاثیر دارد.	۱۲۷	۶۳/۵
۸	بازی‌های جنسی (مثل بازی نقش زن و شوهری، دکتر بازی و معاینه کودکان دیگر) معمولاً بین دوستان و همبازی‌های هم سن اتفاق می‌افتد.	۱۷۰	۸۵
۹	در سنین سه تا شش سالگی کودکان تمایل دارند دستگاه تناسلی خود را به دیگران نشان دهند.	۸۱	۴۰/۵
۱۰	موثرترین روش برخورد با رفتارهای جنسی در کودکان آن است که بطور کلی آن رفتارها را نادیده بگیریم.	۱۲۵	۶۲/۵
۱۱	کودکان در سنین پنج تا شش سالگی ممکن است گاهی سعی کنند لباس هم بازی هایشان را درآورند.	۹۳	۴۶/۵
۱۲	کودکان قبل از آنکه به سن سه سالگی برسند، به دستگاه تناسلی خود دست می‌زنند.	۱۱۵	۵۷/۵
۱۳	نیازی نیست بسترهای کودکان خردسال از همدیگر جدا باشند.	۱۳۹	۶۹/۵
۱۴	اگر والدین آموزشی به کودکان ندهند، آن‌ها اطلاعات لازم و کافی درباره موضوعات جنسی را از محیط می‌گیرند.	۹۶	۴۸
۱۵	قبل از واکنش به رفتار مرتبط جنسی کودک، باید فهمید این رفتار برای او چه معنی دارد.	۱۴۰	۷۰
۱۶	فقط دختران هستند که مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند.	۱۸۶	۹۳
۱۷	کودکان سنین سه تا شش ساله از دست زدن به اندام تناسلی خود و لخت بودن لذت می‌برند.	۷۹	۳۹/۵
۱۸	لمس دستگاه تناسلی بخشی از تکامل دوران کودکی است.	۱۰۳	۵۱/۵
۱۹	بعضی سوالات مرتبط جنسی کودکان سه تا شش سال باید نادیده گرفته شود.	۱۰۹	۵۴/۵
۲۰	پسرها و دخترها در سنین سه تا شش سالگی سعی می‌کنند به ترتیب شبیه پدر و مادر خود لباس پوشیده و یا رفتار کنند.	۱۷۲	۸۶

بحث و نتیجه‌گیری

دبستانی انجام شد، نشان داد میانگین امتیاز آگاهی مادران $4/04 \pm 28/56$ با دامنه نمرات آگاهی بین صفر تا ۴۰ و میانگین امتیاز نگرش $7/45 \pm 49/85$ با دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ بود که با توجه به دامنه نمرات، حاکی از آگاهی و نگرش متوسط مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش دبستانی است. Dialar در آمریکا نیز اشاره کرده است که تغییرات مهمی در نگرش والدین درباره‌ی

غریزه جنسی، همانند دیگر ابعاد وجودی انسان، نیازمند تربیت است، در این میان میزان آگاهی و نوع نگرش والدین به ویژه مادر بیشترین و مهم‌ترین نقش را در تربیت رفتارهای جنسی سالم کودک در سال‌های پیش از مدرسه دارد^(۲۳). مطالعه حاضر که جهت تعیین آگاهی و نگرش مادران نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش

آموزش مسائل جنسی به فرزندان شان به وجود آمده است. با ورود به قرن بیست و یکم، نگرش والدین از منفی به مثبت تغییر جهت داده است و بیشتر والدین معتقدند که آموزش مسائل جنسی باید در نظر گرفته شود.^(۲۱) در همین راستا خویی و همکاران در مطالعه‌ی کیفی خود با عنوان تبیین تربیت جنسی دانش آموزان ایرانی از دیدگاه مربیان بهداشت مدارس ابتدایی گزارش کردند که بیشتر والدین معتقد بودند تکامل جنسی کودک باید در بستر خانواده جهت داده شود.^(۲۴) نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۸۲/۵ درصد مادران دادن اطلاعات جنسی به کودکان را لازم می‌دانستند و ۷۶ درصد مادران اعتقاد داشتند که والدین خود می‌توانند اولین اطلاعات جنسی را به کودک ارائه کنند. این نتایج با یافته‌های مطالعه Kurtuncu و همکاران در ترکیه، مشابه بود که ۹۳/۱ درصد افراد برنامه تربیت جنسی در سنین سه تا شش سال را لازم می‌دانستند.^(۹) در تحقیقی که در هند صورت گرفت نیز ۸۸/۶ درصد والدین موافق تربیت جنسی به فرزندان شان بودند.^(۲) در مطالعه‌ی دیگر در ترکیه نیز بیشتر والدین اعتقاد داشتند تربیت جنسی باید در سنین پیش از دبستان شروع شود.^(۲۵) در حالیکه نتایج مطالعه‌ی دیگری در ترکیه حاکی از آن بود که فقط ۱۷/۴ درصد از مادران آموزش مسائل جنسی را در سنین سه تا شش سال لازم می‌دانستند^(۲۶)، همچنین پژوهشگران در دانشگاه کلرادو آمریکا در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌ها قبل از سن پنج تا هفت با کودکان خود در رابطه با موضوعات جنسی صحبت می‌کنند.^(۲۷) یکی از علل این تفاوت‌ها شاید شکل‌گیری طرح‌واره‌های جنسی در هر کشوری و حتی در مناطق مختلف آن کشور باشد که تحت تاثیر زمینه‌های فرهنگی و مذهبی آن جامعه قرار می‌گیرد.^(۲۸)

آموزش جنسی در آینده و در مدارس شود. مغایر با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه Kurtuncu و همکاران تنها ۳۰/۸ درصد از شرکت کنندگان بر این باور بودند که تربیت جنسی توسط والدین باید صورت گیرد.^(۹) در مطالعه کیفی که توسط Walker در انگلستان انجام شد نیز والدین ترجیح داده بودند که آموزش مسائل جنسی به کودکان‌شان توسط کارشناس مطلع در این زمینه انجام گردد.^(۱۴) این تفاوت به دلیل تنوع فرهنگ‌ها در جهان است که باعث شده ما شاهد هنجارها و فرهنگ‌های متفاوتی در سراسر جهان و در ایران باشیم و بر این اساس ارزش‌ها و اعتقادات گوناگونی در مناطق مختلف شکل‌گرفته است.^(۱۸) صادق مقدم و همکاران نیازهای آموزش جنسی والدین را در شهر بیرجند به روش توصیفی-تحلیلی بررسی کردند و نشان دادند تنها ۲۵/۹ درصد مادران قادر به پاسخگویی صحیح به سؤالات فرزندان‌شان بودند که نشان دهنده توانایی کم خانواده‌ها در زمینه‌ی تربیت جنسی فرزندان خود بود.^(۳۰) در حالیکه در مطالعه‌ی حاضر میزان آگاهی متوسط بود، این تفاوت شاید به دلیل تفاوت در میزان تحصیلات شرکت کنندگان دو مطالعه، مکان و زمان انجام پژوهش باشد. در مطالعه‌ی حاضر بیشتر از ۹۰ درصد نمونه‌ها تحصیلات دانشگاهی و دیپلم داشتند و ارتباط بین تحصیلات و میزان آگاهی نیز معنی‌دار بود. در حالیکه در مطالعه‌ی صادق مقدم و همکاران ۶۰ درصد نمونه‌ها تحصیلات دانشگاهی و دیپلم داشتند. در پژوهش حاضر اطلاعات مادران در رابطه با رفتارهای جنسی کودکان در زمینه دستگاه تناسلی مانند نشان دادن دستگاه تناسلی خود به دیگران و یا در آوردن لباس‌های همبازی‌هایشان پایین بود، همچنین ۶/۵ درصد از مادران معتقد بودند که می‌توان خود ارضایی در حد معمول در کودک را به عنوان بخشی از مراحل رشد و تکامل جنسی کودک پذیرفت و ۹۳/۵ درصد آن را نپذیرفته بودند. ۳۹/۵ درصد مادران اعتقاد داشتند که کودکان از دست زدن به اندام تناسلی خود و لخت بودن لذت می‌برند. در مطالعه‌ی

آموزش مسائل جنسی به فرزندان شان به وجود آمده است. با ورود به قرن بیست و یکم، نگرش والدین از منفی به مثبت تغییر جهت داده است و بیشتر والدین معتقدند که آموزش مسائل جنسی باید در نظر گرفته شود.^(۲۱) در همین راستا خویی و همکاران در مطالعه‌ی کیفی خود با عنوان تبیین تربیت جنسی دانش آموزان ایرانی از دیدگاه مربیان بهداشت مدارس ابتدایی گزارش کردند که بیشتر والدین معتقد بودند تکامل جنسی کودک باید در بستر خانواده جهت داده شود.^(۲۴) نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۸۲/۵ درصد مادران دادن اطلاعات جنسی به کودکان را لازم می‌دانستند و ۷۶ درصد مادران اعتقاد داشتند که والدین خود می‌توانند اولین اطلاعات جنسی را به کودک ارائه کنند. این نتایج با یافته‌های مطالعه Kurtuncu و همکاران در ترکیه، مشابه بود که ۹۳/۱ درصد افراد برنامه تربیت جنسی در سنین سه تا شش سال را لازم می‌دانستند.^(۹) در تحقیقی که در هند صورت گرفت نیز ۸۸/۶ درصد والدین موافق تربیت جنسی به فرزندان شان بودند.^(۲) در مطالعه‌ی دیگر در ترکیه نیز بیشتر والدین اعتقاد داشتند تربیت جنسی باید در سنین پیش از دبستان شروع شود.^(۲۵) در حالیکه نتایج مطالعه‌ی دیگری در ترکیه حاکی از آن بود که فقط ۱۷/۴ درصد از مادران آموزش مسائل جنسی را در سنین سه تا شش سال لازم می‌دانستند^(۲۶)، همچنین پژوهشگران در دانشگاه کلرادو آمریکا در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌ها قبل از سن پنج تا هفت با کودکان خود در رابطه با موضوعات جنسی صحبت می‌کنند.^(۲۷) یکی از علل این تفاوت‌ها شاید شکل‌گیری طرح‌واره‌های جنسی در هر کشوری و حتی در مناطق مختلف آن کشور باشد که تحت تاثیر زمینه‌های فرهنگی و مذهبی آن جامعه قرار می‌گیرد.^(۲۸)

طی پژوهشی در بریتانیا اهمیت ارتباط و علاقه کودکان برای گرفتن اطلاعات جنسی از والدین نشان داده شد.^(۲۹) این مطالعه انجام تربیت جنسی در خانواده را پیشنهاد کرده بود تا عامل محرکی برای کاربردی کردن برنامه‌های

تشویق می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند نه تنها پاسخ به کنجکاوی‌های جنسی کودک باعث فعالیت جنسی زود هنگام در کودک نمی‌شود، بلکه باعث به تعویق انداختن آن نیز خواهد شد^(۳۷،۳۸). از سوی دیگر تربیت جنسی در خانه و در سنین کودکی احتمال شروع روابط پرخطر و انحراف در نوجوانی را کاهش می‌دهد^(۷،۳۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مادران دارای آگاهی و نگرش متوسطی نسبت به تربیت جنسی کودکان پیش دبستان هستند و بیشتر آنان دارای نگرش منفی در زمینه کنجکاوی‌ها و رفتارهایی که کودک به دنبال این کنجکاوی‌ها ممکن است انجام دهد، هستند که لزوم توجه به تدوین برنامه آموزشی مناسب و هماهنگ با ارزش‌های دینی و فرهنگی جامعه را خاطر نشان می‌سازد تا والدین بویژه مادران برای اقدامات مناسب در تربیت جنسی کودکان آماده و توانمند شوند. ارتباط مناسب و به موقع با کودکان در این حوزه می‌تواند تأثیری مثبت از نظر ایمنی جنسی و نتایج آن داشته باشد.

نتایج این تحقیق می‌تواند راهنمایی هر چند اندک برای استفاده از توانمندی ماماها در یاری رساندن به والدین برای تربیت جنسی کودکان در مراکز بهداشتی، مهدهای کودک و مدارسی باشد که کودکان پیش دبستانی را پذیرش می‌کنند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مامایی در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پردیس بین الملل می‌باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به جهت حمایت مالی و مادران گرامی به دلیل همکاری با گروه تحقیق، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

تعارض منافع: در این مقاله نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

دانشگاه کلرادو آمریکا نیز درصد بالایی از والدین نگرش منفی به خود ارضایی کودکان را ذکر نمودند^(۳۷). همین طور در مطالعه‌ای در چین ۶۷/۲ درصد والدین نگرش منفی نسبت به این مسئله داشتند^(۳۱). Diiorio و همکاران نیز در آمریکا نشان دادند کمترین موضوع مورد بحث والدین با کودکان‌شان در خانواده در مورد خودارضایی بوده است^(۳۲). همین نتایج در مطالعه Kurtuncu نیز دیده شد^(۹). شواهد علمی نشان دادند رفتارهای جنسی طبیعی در کودکان شایع هستند. بیشتر از ۵۰ درصد کودکان قبل از رسیدن به سن ۱۳ سالگی نوعی از رفتارهای جنسی را نشان می‌دهند. از این رفتارها می‌توان لمس کردن، مالیدن دستگاه تناسلی، نشان دادن دستگاه تناسلی به همسالان، تمایل برای دیدن اندام تناسلی دیگر کودکان و بزرگسالان وقتی برهنه هستند و دیگر کنجکاوی‌های مرتبط با مسائل جنسی را نام برد. کودکان در می‌یابند که لمس بعضی از نقاط بدن با لذت همراه است و آشکارا به اندام تناسلی خود دست می‌زنند^(۳۳). دانش ناکافی و نگرش نادرست در زمینه تربیت جنسی کودکان، از اجرای صحیح این مسئولیت جلوگیری می‌کند، در نتیجه باعث می‌شود کودکان برای ارضاء حس کنجکاوی که خود ناشی از تغییرات طبیعی این سنین می‌باشد، اقدام به پنهان کاری کنند^(۳۴). متأسفانه خانواده‌ها اغلب به این کنجکاوی‌ها با دید منفی گریانه و اضطراب برانگیز توجه می‌کنند و گاه با برخوردهای تهدیدآمیز و سرزنش کودک باعث می‌شوند اعتماد به نفس کودک تخریب شده و شخصیت بزرگسالی او مورد آسیب قرار گیرد، در نتیجه کودک حس اطمینان و اعتمادش را به خانواده از دست می‌دهد^(۳۵). در صورتی که اگر این کنجکاوی‌ها طبیعی تلقی شود و با آن با صداقت و متناسب با سن کودک برخورد شود، کودک از نقشی که دارد احساس رضایت خواهد کرد^(۳۶). در مطالعه حاضر ۴۷ درصد مادران اعتقاد داشتند که پاسخ دادن به سوالات جنسی کودکان آن‌ها را به کنجکاوی جنسی

فهرست منابع

1. Marvian Hosseini M. [Children and adolescents and sex education]. Razavi University of Islamic Sciences. 2015. Persian
2. Nagpal AN, Fernandes C. Attitude of parents toward sex education. *The Int J Indian Psychol*. 2015;2(4):38-43.
3. The Ontario Curriculum, Grades 1–8: Health and Physical Education,” by Ontario Ministry of Education. 2015; p. 38.
4. Truax CB, Carkhuff R. *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*: Transaction Publishers; 2007.
5. Goldman JD. The new sexuality education curriculum for Queensland primary schools. *Sex Education*. 2010;10(1):47-66.
6. Drioeane EA. *Rewriting" the talk": Effects of parental communication education on perceived comforableness and willingness to have discussions with their children about sex*: University of Colorado at Boulder; 2014.
7. Bastien S, Kajula LJ, Muhwezi WW. A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reproductive health*. 2011; 8(1):25.
8. Wyckoff SC, Miller KS, Forehand R, Bau J, Fasula A, Long N, et al. Patterns of sexuality communication between preadolescents and their mothers and fathers. *J Child FAM Stud*. 2008; 17(5):649-62.
9. Kurtuncu M, Akhan LU, Tanir IM, Yildiz H. The Sexual Development and Education of Preschool Children: Knowledge and Opinions from Doctors and Nurses. *Sexuality and disability*. 2015; 33(2):207-21.
10. Çalisandemir F, Bencik S, Artan I. Sexual education of children: an overview from the past to present. *Egitim ve Bilim*. 2008; 33(150):14.
11. Shirazi A, Gheltash A, Izadi Sh: [Role of the family in sex education and sexual trauma from the perspective of the affected girls]. Proceeding of 9th National Congress of Illumination holy thoughts, Family and sexual education. Mashhad, Iran; 2015. P. 361-78. Persian
12. Rahnama A, Elieen H, Mohammadi H. [Principles of Sexual Education in Islam]. *Traning & Learning Researches*. 2007; 1(24):97-110.
13. Goldman JD. An exploration in health education of an integrated theoretical basis for sexuality education pedagogies for young people. *Health Educ Res*. 2011; 26(3):526-41.
14. Walker JL. A qualitative study of parents' experiences of providing sex education for their children: The implications for health education. *Health Educ J*. 2001;60(2):132-46.
15. Kakavoulis A. Family and sex education: a survey of parental attitudes. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. 2001;1(2):163-74.
16. Shfiee Apurvari N, yari Dehnavi M. [Reflection on the role of the opposite sex education official's Sexual education and draw the desired mission, each from the perspective of consultants and experts]. Proceeding of 9th Family and sexual education congress. Mashhad, Iran; 2015. P. 113-8. Persian
17. Abedini E, Tabibi Z, Ziaee P, Kheibari SZ. A qualitative study on mothers' experiences from sex education to female adolescents underlining cultural factors. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016;18(4).
18. Stone N, Ingham R, Gibbins K. ‘Where do babies come from?’ Barriers to early sexuality communication between parents and young children. *Sex Education*. 2013; 13(2):228-40.
19. Lee EM, Kweon Y-R. Effects of a Maternal Sexuality Education Program for Mothers of Preschoolers. *J Korean Acad Nurs*. 2013; 43(3).
20. Haghdoost A. [Do You Want to Gain a Profound Insight into Sample Size and Statistical Power]. *Iranian journal of epidemiology*. 2009; 5(1):57-63. Persian
21. Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL. *Handbook of sexuality-related measures*: Routledge; 2013. Available at: books.google.com.
22. Polit D, Beck C. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Lippicott. Williams & Wilkins, Philadelphia; 2013.
23. Izanloo O, Zare M. [Literature allowing children at home, with emphasis on verse 58 of Surah Noor relying on authentic commentaries of Shiite and Sunni]. Proceeding of 9th National Congress of

- Illumination holy thoughts, Family and sexual education congress. Mashhad, Iran; 2015; 325-42. Persian
24. Abolghasemi N, Merghati-Khoi E, Taghdisi M. [Establishing Iranian students' sex education from the viewpoint of health instructors of elementary schools]. *J Pub Health Facul Inst Health Res*. 2010; 8(2):27-39. Persian
 25. Aral N, Akyol K, Isık N. Parents to examine their thoughts about sex education. *Mesleki Eđitim Dergisi, Ankara*. 2002:1-14.
 26. Tugrul B, Artan I. Cocukların cinsel egitimi ile ilgili anne görüslerinin incelenmesi [An examination of mothers' opinions on children's sex education]. *Hacet Univ Eđitim Fak Derg[Hacet Univ Fac Educ J]*. 2001;20:141-9.
 27. El-Shaieb M, Wurtele SK. Parents' plans to discuss sexuality with their young children. *Am J Sex Educ*. 2009; 4(2):103-15.
 28. 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.
 29. Turnbull T, Van Wersch A, van Schaik P. Parents as educators of sex and relationship education: The role for effective communication in British families. *Health Educ J*. 2011; 70(3):240-8.
 30. Sadegh Moghaddam L, Askari F, Akbari A, Mazloun S, Keramati A. [A comparison of natural sexual behaviors in 2-to 7-year-old girls and boys in Gonabad and how mothers approach these behaviors]. *Horizon of science*. 2005;11(4):49-54. Persian
 31. Liu W, Edwards CP. Chinese Parents' Knowledge, Attitudes, and Practices about Sexuality Education for Adolescents in the Family. 2003.
 32. DiIorio C, Pluhar E, Belcher L. Parent-child communication about sexuality: A review of the literature from 1980–2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*. 2003;5(3-4):7-32.
 33. Kellogg ND. Clinical report—the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009; 124(3):992-8.
 34. San Bayhan P, Artan İ. Child development and education (Çocuk gelişimi ve eğitimi). İstanbul: Morpa. 2004.
 35. Stoppard M. Questions children ask and how to answer them: Random House; 2016. p. 192.
 36. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 37. Vanderberg RH, Farkas AH, Miller E, Sucato GS, Akers AY, Borrero SB. Racial and/or ethnic differences in formal sex education and sex education by parents among young women in the United States. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(1):69-73.
 38. Kirby D. Increasing communication between parents and their children about sex. *British Medical Journal Publishing Group*; 2008; 337:a206.
 39. McKay A, Byers ES, Voyer SD, Humphreys TP, Markham C. Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools. *Can J Hum Sex*. 2014; 23(3):159-66.

Knowledge and Attitude of Mothers toward Preschool Sexual Education

Mobredi K. MS¹

*Hasanpoor Azgahdy SB. PhD²

Amiri Farahani L. PhD³

Abstract

Background & Aims: Sex education is one of the most difficult and most sensitive types of education. Meanwhile, parents' knowledge and attitudes, especially mothers, has the most important role in the education of healthy sexual behavior to children in pre-school. For this purpose, this study was conducted to evaluate knowledge and attitude of mothers towards preschool sex education.

Materials & Methods: In this descriptive study, 200 mothers of preschoolers were selected from health centers under the affiliation of Iran University of Medical Sciences, using multi-stage random sampling. Data were collected by valid and reliable self-administered questionnaires through self-report. Then data were analyzed, using SPSS software (v.23) and frequency tables.

Results: The results of this study showed that the mean score of mothers' knowledge was 28.56 ± 4.04 (Range: 0-40) and the mean score of attitude was 49.85 ± 7.45 (Range: 15-75) that represents the average knowledge and attitude of mothers. There was a significant relationship between attitudes and educational level ($P < 0.001$).

Conclusion: Given the mothers' average knowledge and attitude towards pre-school sex education, it seems necessary to develop appropriate educational contents and strategies to increase mothers' knowledge and attitude.

Keywords: Knowledge, Attitude, Sexual Education, Mother, Preschool

Received: 11 March 2017

Accepted: 12 Jun 2017

¹. Midwifery MS Student. Iran University of Medical Science, International Campus, Tehran, Iran.

². Assistant Professor. Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Iran University of Medical Science. Tehran, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 021-88882886
Email: hasanpoorbatool@yahoo.com

³. Assistant Professor. Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Iran University of Medical Science. Tehran, Iran.