



## The Effectiveness of "Sexual Health Education" on the Sexual Self-Concept of Adolescent Girls Living in Welfare Centers

Shadi Jazini<sup>1</sup>, Fahimeh Namdarpour<sup>2\*</sup>, Abbas Amanelahi<sup>3</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

**Corresponding author:** Fahimeh Namdarpour, Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

**Email:** [namdarpour@iaukhsh.ac.ir](mailto:namdarpour@iaukhsh.ac.ir)

Received: 22 April 2024

Accepted: 5 May 2024

### Abstract

**Introduction:** Sexual health education is very important in improving the quality of life of adolescents living in welfare centers. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of "Sexual Health Education" on the sexual self-concept of adolescent girls living in welfare centers in Isfahan city.

**Methods:** The current research was of semi-experimental type with pre-test, post-test with control group and follow-up. The statistical population of the present study included all adolescent girls living in the welfare centers of Isfahan city in 1402. 30 adolescent girls aged 15 to 18 were selected based on convenience sampling. Then they were randomly assigned to the "Sexual Health Education" group (15 adolescents) and the control group (15 adolescents) by lottery. The research data was collected with a demographic questionnaire and "Sexual Self-Concept Scale". Content validity was done by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Then, for the intervention group, 8 90-minute sessions of "sexual health education" (1 session per week) were conducted. The control group received the treatment after the research was completed. After the completion of the intervention, a post-test and a follow-up was conducted 2 months later. The instruments of all three stages were completed by teenagers living in welfare centers. Data were analyzed in SPSS. 27 software.

**Results:** There was a significant difference between the intervention group and the control group in the variable of sexual self-concept, in the post-test and follow-up phase. Therefore, the intervention was effective in improving the sexual self-concept of adolescents living in welfare centers ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** "Sexual Health Education" improves the sexual self-concept of adolescents living in welfare centers. It is suggested that psychologists and center supervisors use the findings of this research to improve the sexual health of adolescents.

**Keywords:** Sexual Health, Sexual Self-Concept, Welfare Centers, Adolescent Girls.



## اثربخشی «آموزش سلامت جنسی» بر خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی

شادی جزینی<sup>۱</sup>، فهیمه نامدارپور<sup>۲\*</sup>، عباس امان‌الهی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: فهیمه نامدارپور، استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران  
ایمیل: [namdarpour@iaukhsh.ac.ir](mailto:namdarpour@iaukhsh.ac.ir)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۳

### چکیده

**مقدمه:** آموزش سلامت جنسی اهمیت بسیاری در بهبود کیفیت زندگی نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "آموزش سلامت جنسی" بر خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی در شهر اصفهان انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۳۰ نوجوان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال بر اساس نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در گروه "آموزش سلامت جنسی" (۱۵ نوجوان) و گروه کنترل (۱۵ نوجوان) گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با پرسشنامه جمعیت‌شناختی و "مقیاس خودپنداره‌ی جنسی" (Sexual Self-Concept Scale) انجام گرفت. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. سپس برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "آموزش سلامت جنسی" هفته‌ای ۱ جلسه انجام شد. گروه کنترل درمان را پس از اتمام پژوهش دریافت کردند. پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و به فاصله ۲ ماه بعد پیگیری انجام شد. ابزارهای هر ۳ مرحله توسط نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی تکمیل شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بین گروه مداخله و گروه کنترل در متغیر خودپنداره‌ی جنسی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین، مداخله در بهبود خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی اثربخش بود ( $P < 0.05$ ).  
**نتیجه‌گیری:** "آموزش سلامت جنسی" باعث بهبود خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی می‌شود. پیشنهاد می‌شود روانشناسان و سرپرستان مراکز از یافته‌های این پژوهش در جهت ارتقای سلامت جنسی نوجوانان استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت جنسی، خودپنداره‌ی جنسی، مراکز بهزیستی، نوجوانان دختر.

نوجوانی به عنوان یکی از مراحل مهم رشد و تکامل اجتماعی روانی فرد به شمار می‌رود (۱). چراکه انتقال از کودکی به نوجوانی تحت تأثیر تغییرات مهم در سطوح عاطفی، شناختی و جنسی قرار دارد (۲). از مشکلات زندگی اجتماعی، وجود نوجوانانی است که به دلایلی در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی نگهداری می‌شوند (۳). این نوجوانان به‌طور موقت یا دائمی بدون حضور فعال یک یا هر دوی والدین خود بزرگ می‌شوند یا زندگی می‌کنند و به دلایلی مانند ترک پدر و مادر، از دست دادن والدین، از هم‌پاشیدگی خانواده و غیره، در مراکز نگهداری شبانه‌روزی زندگی می‌کنند (۴). نوجوانانی که در مراکز شبانه‌روزی ساکن هستند، ممکن است به‌علت شرایط زندگی خود، تجربه‌های ناسالمی در ارتباط با والدین و افراد دیگر داشته باشند. علاوه بر این، آن‌ها احتمالاً بیشتر در معرض رویدادها و شرایطی هستند که می‌تواند به تروما و عوامل خطر منجر شود. این عوامل ممکن است باعث افزایش احتمال رخداد رفتارهای جنسی نایمن گردد (۵).

عدم حضور والدین یا نبود یک سرپرست موثر ممکن است باعث شود که اولین تجربه جنسی یک فرد به شکلی پرخطر و ناپایدار اتفاق بیفتد، که این شامل داشتن روابط جنسی با شرکای متعدد یا روابط جنسی مبادله‌ای است (۶). نوجوانانی که در مراکز نگهداری قرار می‌گیرند، نسبت به هم‌تایانشان که در محیط‌های دیگر زندگی می‌کنند به احتمال بیشتری با عفونت‌های جنسی، ایدز و بارداری مواجه می‌شوند. این موضوع باعث شده تا مسائل سلامت جنسی در این گروه از جامعه به یک نگرانی ویژه تبدیل شود (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوجوانانی که در مراکز شبانه‌روزی اقامت دارند، با خطر بیشتری از سوءاستفاده فیزیکی و جنسی مواجه هستند (۸). به همین دلیل یکی از عواملی مهم در دوران بلوغ و نوجوانی ایجاد خودپنداره‌ی جنسی (sexual self-concept) می‌باشد (۹).

خودپنداره‌ی جنسی، دیدگاه شناختی در مورد جنبه‌های جنسی خود فرد است که به تفکرات، احساسات و عملکرد یک فرد در مورد خودش به‌عنوان یک موجود جنسی اشاره دارد و هسته اصلی تمایلات جنسی و پیشگویی‌کننده‌ی پیامدهای جنسی می‌باشد (۱۰). خودپنداره‌ی جنسی یک ساختار روانشناختی چندبعدی است که شناخت‌ها و احساسات شخصی در مورد تمایلات جنسی فرد را دربر می‌گیرد،

## شادی جزینی و همکاران

که فرض می‌شود بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد. در مورد تمایلات جنسی، خودپنداره‌ی جنسی شامل تعمیم‌های شناختی در مورد جنبه‌های جنسی خود است که از تجربیات گذشته ناشی می‌شود، بر تجربیات فعلی تأثیر می‌گذارد، پردازش اطلاعات جنسی را تسهیل می‌کند و رفتار جنسی را هدایت می‌کند (۱۱).

خودپنداره‌ی جنسی از خودپنداره‌ی عمومی ناشی می‌شود که در دوران کودکی و نوجوانی از پیوندهای عاطفی مشترک با والدین و همسالان شکل می‌گیرد (۱۲). خودپنداره‌ی جنسی می‌تواند به فرد کمک کند تا باورها و تجربیات جنسی خود را سازماندهی و معنا بخشد و لذا می‌تواند بر شناخت و رفتارها در طول تعاملات و موقعیت‌های جنسی تأثیر بگذارد (۱۳). در میان نوجوانان واجد سرپرست ناکارآمد یا بی‌سرپرست، میزان تجاوز جنسی در میان دختران بیشتر از پسران است (۱۴) و این باعث می‌شود خودپنداره‌ی جنسی آن‌ها منفی شود (۱۵). یافته‌های علمی حاکی از آن است که خودپنداره‌ی جنسی منفی، علاوه بر ایجاد مشکلات اجتماعی مانند جرایم، تجاوزهای جنسی، بیماری‌های روانی و عوامل مختلف زندگی؛ نقش غیرقابل انکاری بر سلامت، شادابی، کیفیت، رضایت‌مندی و اعتماد به نفس در زندگی دارد (۱۶). با توجه به مطالب گفته شده، اهمیت سلامت جنسی (sexual health) در نوجوانان مطرح می‌شود (۱۷).

سلامت جنسی مستلزم یک نگاه و رویکرد مثبت به موضوع جنسیت و روابط جنسی و در نظر گرفتن امکان داشتن تجارب جنسی ایمن و لذت‌بخش، آزاد از اجبار، تبعیض و خشونت می‌باشد و به عنوان یکی از جنبه‌های مهم انسان در نظر گرفته می‌شود (۱۸). عوامل متعددی وجود دارند که رفتار جنسی انسان را شکل می‌دهند و می‌توانند بر سلامت جنسی و رفتار مسئولانه‌ی جنسی تأثیرگذار باشند. این عوامل شامل عوامل بیولوژیکی، والدین و سایر اعضای خانواده، مدارس، دوستان، جامعه، رسانه‌ها، مذاهب، متخصصین مراقبت‌های بهداشتی، قانون و در دسترس بودن خدمات سلامت جنسی است (۱۹).

می‌توان گفت که علی‌رغم اهمیت مشکلات جنسی در نوجوانی و تأثیرات کوتاه و بلندمدت آن، در پژوهش‌های داخلی کمتر به آن پرداخته شده است. بیشتر پژوهش‌ها در ایران به بررسی سلامت جنسی جمعیت عمومی مانند دانش‌آموزان و دانشجویان پرداخته‌اند و کمتر به اهمیت تأثیر بهبود سلامت جنسی و افزایش خودپنداره‌ی جنسی در

گروه‌هایی در معرض خطر به ویژه نوجوانان تحت‌مراقبت و جدا افتاده از خانواده، توجه شده است. «آموزش سلامت جنسی» برای نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی یک موضوع بسیار مهم و حیاتی است. زیرا نوجوانان در این مراکز با مسائل و چالش‌های خاصی مواجه می‌شوند و نیازمند آگاهی و اطلاعات صحیح درباره‌ی سلامت و روابط جنسی هستند. این آموزش می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا کیفیت زندگی خود را افزایش دهند و مشکلاتی مانند بارداری ناخواسته، انتقال بیماری‌های جنسی، خشونت جنسی و تبعات ناشی از این مسائل را کاهش دهند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «آموزش سلامت جنسی» بر خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که در آن از یک گروه مداخله (آموزش سلامت جنسی) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال ساکن در مراکز بهزیستی در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. انتخاب این رده سنی به این دلیل بوده است که در این سن، این نوجوانان برای ازدواج آماده می‌شوند. از بین ۴ مرکز نگهداری نوجوانان شهر اصفهان، ۲ مرکز حاضر به همکاری شدند.

ابتدا شرکت‌کنندگان داوطلب از طریق مشاوران و مدیران مراکز به پژوهشگر معرفی شدند. از ۴۰ نوجوان در ۲ مرکز در شهر اصفهان که اعلام همکاری کرده بودند، تعداد ۳۰ نوجوان واجد معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی در گروه «آموزش سلامت جنسی» (۱۵ نوجوان) و گروه کنترل (۱۵ نوجوان) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال، داشتن تجربه حداقل ۶ ماه سکونت دائم در مرکز نگهداری و مشارکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل غیبت در جلسات مداخله بیشتر از ۲ جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و عدم انجام تکالیف بود.

جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل، سن،

تحصیلات و مدت اقامت و ابزارهای زیر صورت گرفت. «مقیاس خودپنداره‌ی جنسی» (Sexual Self-Concept Scale) توسط Rostosky و همکاران در دانشگاه Kentucky آمریکا در سال ۲۰۰۸ طراحی شد (۲۰). ابزار دارای ۱۶ عبارت و ۲ زیرمقیاس می‌باشد. که شامل: عزت‌نفس جنسی (sexual self-esteem) (۸ عبارت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸)، اضطراب جنسی (sexual anxiety) (۸ عبارت ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، می‌باشد. طیف مورد استفاده بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد (شامل: ۱: کاملاً موافقم تا ۵: کاملاً مخالفم) است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ است. سطح بندی نمره‌ها ارائه نشده است. روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت جنسی دانشگاه Kentucky آمریکا مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۶۴۰ نمونه برای زیرمقیاس عزت‌نفس جنسی ۰/۹۰ و زیرمقیاس اضطراب جنسی ۰/۸۸ گزارش شد. پایایی کلی گزارش نشده است (۲۰).

Kotiuga و همکاران (۲۱) در پژوهشی روی ۱۵۸۴ نوجوان دختر و پسر مدارس کانادا، «مقیاس خودپنداره‌ی جنسی» را اجرا کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ساختار ۲ عاملی آن گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای زیرمقیاس عزت‌نفس جنسی ۰/۹۱ و زیرمقیاس اضطراب جنسی ۰/۸۵ به دست آمد (۲۱). Griffin و همکاران (۲۲) در پژوهشی روی ۲۹۵ دانشجوی کارشناسی دانشگاه‌های ایالات متحده، «پرسشنامه خودپنداره‌ی جنسی» را اجرا کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ساختار ۲ عاملی آن گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای زیرمقیاس عزت‌نفس جنسی ۰/۷۲ و زیرمقیاس اضطراب جنسی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۲).

در ایران، رزاقی و همکاران (۲۳) در پژوهش خود «پرسشنامه خودپنداره‌ی جنسی» روی ۱۱۰ نوجوان ۱۵ تا ۱۸ سال ساکن در مراکز بهزیستی تهران اجرا کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی، ساختار ۲ عاملی آن را تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای زیرمقیاس عزت‌نفس جنسی ۰/۷۰ و زیرمقیاس اضطراب جنسی ۰/۶۸ به دست آمد (۲۳).

## شادی جزینی و همکاران

هنگام بلوغ، نارضایتی ظاهری، عدم رضایت از جنسیت، آزار جنسی توسط جامعه، آزار جنسی توسط خانواده و اطرافیان، یادآوری خاطرات تلخ آزار جنسی، میل به دوستی با جنس مخالف، فقدان مهارت ارتباطی، عدم مهارت دفاع در برابر آزار جنسی، خودپنداره‌ی ضعیف، آشنایی با رابطه جنسی از طریق فیلم پورن، الگوی نامناسب جنسی، رفتارهای جنسی مجازی، بهداشت جنسی پایین، روابط جنسی پرخطر، تجربه نکردن امنیت از سمت پدر و تصویر منفی از نقش مادر) و سپس مضامین اصلی (نداشتن درک صحیح از بلوغ، نارضایتی از هویت، تروماهای جنسی، نداشتن بلوغ جنسی - عاطفی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای و شناختی، الگوی نامعتبر جنسی، رفتارهای غلط جنسی و آسیب در منبع دل‌بستگی) برای «آموزش سلامت جنسی» استخراج گردید. همچنین از منابع زیر استفاده شد.

کتاب بلوغ در دختران: آشنایی با تغییرات بدنی و جنسی در مرحله بلوغ، بلوغ جسمی و روحی روانی در دختران، گروه‌درمانی: فرایند و کاربردها، کتاب بزرگ استعاره‌های اکت، بلوغ به زبان ساده برای نوجوانان، کلیدهای آموزش و مراقبت از سلامت جنسی در کودکان و نوجوانان، آموزش تنظیم عاطفه، آموزش ذهن آگاهی، کتاب کار ذهن آگاهی، توجه آگاهی ذهن آگاهی و خود، شفقت خود شیوه‌ای برای مهربان بودن با خود، شفقت خود از مسیر بهشیاری، کتاب کار شفقت خودپهوشیارانه، درمان متمرکز بر شفقت به زبان ساده، مسیر توجه آگاهی تا شفقت با خود، هویت در نوجوانی تعادلی بین خود و دیگران، هویت و رشد جنسی، سلامت جنسی، تربیت جنسی نوجوانان: کتاب دختران، کمک‌های اولیه به مهارت‌های ارتباطی راهنمای جوانان و نوجوانان، بازی‌های درمانی برای نوجوانان (۱۵۰ فعالیت برای بهبود عزت نفس و مهارت‌های ارتباطی)، آموزش مسایل جنسی به کودک و نوجوان، بیماری‌های زنان به زبان ساده، مواجهه‌درمانی روایتی روش درمان کوتاه‌مدت برای اختلال‌های استرسی آسیب‌زا، درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده رویکردی یکپارچه، ذهن آگاهی حساس به تروما تمرین‌هایی برای شفای ایمن و تحول‌بخش، چه اتفاقی برایت افتاد: گفتگوهایی در باب تروما، تاب‌آوری و شفا، بازگویی داستان‌های زندگی: کاربردهای روان‌درمانی برای الهام گرفتن از تجربه‌ها و تبدیل آن‌ها، روایت یک خود یکپارچه، سفر خودشناسی با روش ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی، روایت‌درمانی رویکردی

در ایران پژوهش دیگری در رابطه با ابزار فوق انجام نشده است.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس خودپنداره‌ی جنسی» از طریق نظرخواهی از نظرات ۱۰ متخصص شامل ۳ استادیار دانشگاه با درجه دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، ۲ استادیار دانشگاه با درجه دکتری روانسنجی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر و ۵ متخصص در حیطه سلامت جنسی و نوجوانان دانشگاه آزاد خمینی‌شهر در شهر اصفهان بررسی و تأیید شد. روایی سازه به روش روایی همگرای این ابزار همراه با «پرسشنامه دانش جنسی نوجوانان» (Adolescent Sexual Knowledge Questionnaire) روی ۵۰ نوجوان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان اجرا شد و ۰/۵۵ به دست آمد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای زیرمقیاس عزت‌نفس جنسی ۰/۸۲ و زیرمقیاس اضطراب جنسی ۰/۸۸ و پایایی کل ۰/۸۳ به دست آمد.

در مطالعه حاضر «آموزش سلامت جنسی» برای اولین بار تدوین شد.

فرآیند تدوین بسته «آموزش سلامت جنسی»، به این صورت بود: ابتدا مجوزهای لازم و کداخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد خمینی‌شهر دریافت شد. سپس با ۱۵ نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی جهت انجام مصاحبه در خود مراکز در شهر اصفهان هماهنگی‌های لازم انجام گرفت. مصاحبه‌ها به صورت رودرو و بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه انجام گرفت. هدف از مصاحبه‌ها این بود که بتوان با مشکلات و آسیب‌های جنسی این گروه از نوجوانان آشنا شد و بر اساس آن‌ها بسته «آموزش سلامت جنسی» تدوین شود. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت کامل مصاحبه‌شوندگان انجام و توسط دستگاه ضبط شد. سوالات مصاحبه شامل موارد زیر بود:

- ۱- مسائل و مشکلات جنسی که تا حالا داشتی و می‌توانی برآیم بگویی؟
- ۲- این اتفاق چقدر روی حیطه‌های مختلف زندگی تو تأثیر گذاشته است؟

۳- در مورد موضوعات جنسی چقدر اطلاعات داری؟

سپس با استفاده از روش پدیدارشناسی توصیفی مبتنی بر الگوی Colaizzi (۲۴) مضامین فرعی (شروع بلوغ در شرایط تنش‌زا، فقدان نگرش صحیح به بلوغ، تجربه هیجان‌ات منفی

جلسه دوم: چگونگی نگرش مثبت به تصویر بدن آموزش داده شد، سازگاری با جنسیت خویش توضیح داده شد، پذیرش کامل جنسیت آموزش داده شد.

جلسه سوم: در مورد خودارضایی و جلوگیری از آن صحبت شد، شناخت بدن و اندام‌های جنسی توضیح داده شد. جلسه چهارم: رابطه جنسی سالم توضیح داده شد، مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد، مهارت‌های ارتباطی با جنس مخالف آموزش داده شد، خیال‌پردازی‌های جنسی توضیح داده شد، منابع اطلاعات معتبر جنسی معرفی شد.

جلسه پنجم: انواع روش‌های جلوگیری از بارداری و انواع بیماری‌های جنسی توضیح داده شد، رفتارهای جنسی پرخطر آموزش داده شد.

جلسه ششم: داستان زندگی بر حسب تاریخچه به قصد تشخیص قصه مسلط داستان زندگی افراد توصیف شد و از زبان برون‌سازی مشکل و بررسی روایت بیان شده هریک از اعضا از دید دیگر اعضای گروه استفاده شد. داستان به چالش کشیده شد و یک دورنمای توضیحی خارج از مشکل به افراد ارائه شد. معنادگی مجدد و زدن برچسب جدید برای مشکل و مطرح کردن روایت‌های جایگزین آموزش داده شد، اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل تشویق شدند.

جلسه هفتم: سبک‌های دلبستگی، تمرکز بر هیجان‌های اصلی و بنیادی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری آموزش داده شد، نیازهای طردشده و جنبه‌های انکار شده شناسایی شد، نیازها و تعلقات درونی، پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه و یادآوری نیازهای دلبستگی آموزش داده شد. جلسه هشتم: آزارهای جنسی و مهارت‌های دفاع در برابر آن آموزش داده شد، شفقت به خود و رهایی از خودسرزنشگری توضیح داده شد، افزایش عزت‌نفس آموزش داده شد، ابراز صحیح تمایلات جنسی آموزش داده شد، محتوای دوره جمع‌بندی و پس‌آزمون اجرا شد.

پس از دریافت مجوز از اداره‌ی پژوهش دانشگاه خمینی‌شهر و ارائه‌ی آن به مدیریت بهزیستی استان اصفهان و همچنین دریافت مجوز ورود به خانه‌های شبانه‌روزی بهزیستی، پژوهشگر به صورت حضوری برای هماهنگی با مدیران مراکز به آن‌ها مراجعه کرد. همچنین، این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، کد اخلاق را دریافت نموده است.

خلاقانه به مشاوره و روان‌درمانی، دلبستگی در بزرگسالی ساختار، پویایی‌ها و تغییر، تغییر هیجان‌ها، شناخت هیجان از کارکرد طبیعی تا اختلال، روانشناسی شناختی زبان، تفکر، هیجان‌ها و هوشیاری، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر انعطاف‌پذیری، طرحواره‌درمانی برای کودکان و نوجوانان، طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین، پنجاه گام آگاهانه تا عزت‌نفس، تمرین‌های روزانه توجه‌آگاهی برای پرورش پذیرش و شفقت و تکنیک‌های شناختی برای افزایش عزت‌نفس.

سپس «آموزش سلامت جنسی» برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین گردید. برای بررسی روایی محتوا، «آموزش سلامت جنسی» همراه با فرم برای ۶ تن از متخصصان حوزه سلامت جنسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر ارسال شد. فرم بررسی شامل ۴ سوال شامل تطابق محتوا، تناسب جلسات آموزشی، کفایت زمان اختصاص یافته و ارزیابی کلی بود. نحوه پاسخگویی در این فرم ۵ درجه‌ای خیلی ضعیف = ۱، ضعیف = ۲، متوسط = ۳، خوب = ۴ و خیلی خوب = ۵ بود. ۶ متخصص سلامت جنسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، با مطالعه «آموزش سلامت جنسی» تدوین شده، به هر یک از ۵ سوال پاسخ دادند. نتایج نشان داد که «آموزش سلامت جنسی»، از نظر تطابق محتوا، دارای توافق برابر ۹۷ درصد، از نظر تناسب جلسات آموزشی، دارای توافق با ۹۳ درصد، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق برابر با ۹۳ درصد، از نظر کفایت محتوای آموزشی برابر با ۹۷ درصد و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق برابر با ۹۷ درصد بود.

پس از تأیید تخصصی طی یک مطالعه مقدماتی روایی محتوای «آموزش سلامت جنسی» طراحی شده بر روی ۶ تن از نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی در خانه‌های بهزیستی شهر اصفهان اجرا و روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه سلامت جنسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر تأیید شد. «آموزش سلامت جنسی» در طی ۸ هفته (هفته‌ای ۱ بار) در نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد (۲۳).

#### خلاصه جلسات «آموزش سلامت جنسی»

جلسه اول: معارفه انجام شد، ساختار مداخله مشخص شد، اصول و قوانین گروه معرفی و بیان شد، پیش‌آزمون اجرا شد، مفاهیم کلی مربوط به نشانه‌های بلوغ آموزش داده شد، در مورد تجربه هیجانات مرتبط با بلوغ و اصلاح باورهای منفی مرتبط با بلوغ بحث شد.

## شادی جزینی و همکاران

اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد. مدت زمان اجرا و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید. داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار اسپاس‌اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

### یافته‌ها

در گروه «آموزش سلامت جنسی» ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۱۵ تا ۱۶ سال و ۱۱ تن (۷۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۱۷ تا ۱۸ سال قرار داشتند. در گروه کنترل ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۱۵ تا ۱۶ سال و ۸ تن (۵۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۱۷ تا ۱۸ سال قرار داشتند. در گروه مداخله ۸ تن (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات بین ششم تا نهم و ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) تحصیلات بین دهم تا دوازدهم داشتند. در گروه کنترل ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) تحصیلات بین ششم تا نهم و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات بین دهم تا دوازدهم داشتند. در گروه مداخله ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تا ۵ سال اقامت، ۶ تن (۴۰ درصد) تا ۶ تا ۱۰ سال و ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) تا ۱۱ تا ۱۵ سال اقامت داشتند. در گروه کنترل ۸ تن (۵۳/۳۳ درصد) تا ۱ تا ۵ سال اقامت، ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تا ۶ تا ۱۰ سال و ۳ تن (۲۰ درصد) تا ۱۱ تا ۱۵ سال اقامت داشتند. بررسی میانگین و انحراف معیار نمره خودپنداره‌ی جنسی با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت (جدول ۱).

همه‌انگهی شامل برگزاری «آموزش سلامت جنسی»، تبادل نظر درباره پرسشنامه و تعیین زمان و مکان دقیق آموزش‌ها بود. پس از آن افراد داوطلب بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و از ۴۰ نوجوان دختر، ۳۰ نوجوان به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس این نوجوانان به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به ۲ گروه مساوی ۱۵ نوجوان تقسیم و به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های مداخله «آموزش سلامت جنسی» (۱۵ نوجوان) و گروه کنترل (۱۵ نوجوان) انتخاب شدند. برای هر ۲ گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون «مقیاس خودپنداره‌ی جنسی» در خانه‌های شبانه‌روزی بهزیستی توسط خود نوجوانان تکمیل گردید. گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت دعوت به تکمیل پرسشنامه شدند تا از عدم مواجهه ۲ گروه اطمینان حاصل شود.

سپس برای آزمودنی‌های گروه مداخله جلسات «آموزش سلامت جنسی» توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر در خانه‌های شبانه‌روزی بهزیستی اجرا گردید و گروه کنترل درمان را پس از اتمام پژوهش دریافت کردند. پس از انجام مداخلات، مجدد «مقیاس خودپنداره‌ی جنسی» برای گروه مداخله و کنترل برای پس‌آزمون اجرا شد. پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۲ ماه، از نوجوانان، به عنوان دوره پیگیری به صورت حضوری دعوت شد تا مجدد به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها، استفاده از داده‌ها فقط در راستای

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های خودپنداره‌ی جنسی به تفکیک گروه‌های پژوهش

مرحله	گروه "آموزش سلامت جنسی"		گروه کنترل	
	متغیر وابسته	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پیش آزمون	عزت نفس جنسی	۲/۵۲	۰/۴۴	۲/۵۲
	اضطراب جنسی	۳/۴۱	۰/۷۸	۳/۴۱
پس آزمون	عزت نفس جنسی	۳/۲۵	۰/۵۵	۲/۵۶
	اضطراب جنسی	۲/۵۲	۰/۴۰	۳/۴۱
پیگیری	عزت نفس جنسی	۳/۲۴	۰/۴۱	۲/۵۷
	اضطراب جنسی	۲/۶۱	۰/۳۶	۳/۳۹

بود ( $P > 0.05$ ). همچنین مقدار  $F$  محاسبه شده آزمون لوین در متغیر عزت نفس جنسی و اضطراب جنسی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می توان بیان نمود تفاوت معناداری بین واریانس های خطای ۲ گروه پژوهش وجود ندارد. پیش فرض کرویت که از طریق آزمون ماکنلی بررسی شد، معنادار بود به این معنا که پیش فرض کرویت در داده ها رعایت نشده است. بر این اساس در ارائه نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، نتایج با اصلاح درجه آزادی بر حسب اسپین از طریق ردیف گرین هاوس-گیزر ارائه شد.

برای متغیر عزت نفس جنسی و اضطراب جنسی نوجوانان نیز نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان می دهد که عامل زمان و تعامل زمان و گروه معنادار است (جدول ۲).

نتایج نشان داد که میانگین نمره عزت نفس جنسی گروه «آموزش سلامت جنسی» در پس آزمون و پیگیری تا حدودی افزایش پیدا کرده؛ و نمره اضطراب جنسی گروه «آموزش سلامت جنسی» در پس آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره عزت نفس جنسی و اضطراب جنسی نوجوانان تغییر خاصی نداشته است (جدول ۱). همان طور که یافته های جدول ۱ نشان می دهند، نمره شرکت کنندگان پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش آزمون و نمره گروه کنترل متفاوت می باشد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. آزمون شاپیرو ویلک در نمره کلی عزت نفس جنسی و اضطراب جنسی حاکی از توزیع نرمال متغیرهای پژوهش

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر؛ اثربخشی "آموزش سلامت جنسی" بر عزت نفس و اضطراب جنسی نوجوانان

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آزمون
	زمان	۳/۸۷	۱/۳۳	۲/۸۹	۲۲/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴	۰/۹۹
عزت نفس جنسی	درون گروهی	۱/۶۲	۱/۳۳	۱/۲۱	۹/۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
	خطا	۴/۷۴	۳۷/۴۳	۰/۱۲	-	-	-	-
	بین گروهی	۳/۲۴	۱	۳/۲۴	۵/۴۱	۰/۰۲۷	۰/۱۶	۰/۶۱
	خطا	۱۶/۸۰	۲۸	۰/۶۰	-	-	-	-
اضطراب جنسی	درون گروهی	۳/۲۶	۱/۱۹	۲/۷۳	۱۵/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۹۸
	خطا	۵/۸۴	۳۳/۴۱	۰/۱۷	-	-	-	-
	بین گروهی	۶/۱۸	۱	۶/۱۸	۴/۳۸	۰/۰۴۵	۰/۱۳	۰/۵۲
	خطا	۳۹/۵۳	۲۸	۱/۴۱	-	-	-	-

[ $F=15/64$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.36$ ]، تعامل زمان و گروه [ $F=15/43$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.35$ ]، و گروه [ $F=4/38$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.13$ ] معنادار است. براین اساس می توان گفت تفاوت معنا داری بین میانگین نمره اضطراب جنسی در زمان های مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد.

در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و بین ۲ گروه پژوهش با یکدیگر در خودپنداره ی جنسی ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده جدول ۲ نشان داد که برای عزت نفس جنسی، عامل زمان [ $F=22/83$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.44$ ]، تعامل زمان و گروه [ $F=9/85$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.25$ ]، و گروه [ $F=5/41$ ;  $P < 0.05$ ;  $\text{Partial } \eta^2 = 0.16$ ] معنادار است. بنابراین، می توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین نمره عزت نفس جنسی در زمان های مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد.

برای مولفه اضطراب جنسی نیز تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده نشان داد که عامل زمان



## شادی جزینی و همکاران

جدول ۳: نتایج آزمون بنفرونی در عزت نفس جنسی نوجوانان بر اساس میانگین تعدیل شده گروه‌ها

گروه	میانگین تعدیل شده	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
«آموزش سلامت جنسی»	۲/۵۲	پیش آزمون	پس آزمون	*-۰/۷۳	۰/۱۱	۰/۰۰۰
			پیگیری	*-۰/۷۱	۰/۱۲	۰/۰۰۰
	۳/۲۵	پس آزمون	پیش آزمون	*۰/۷۳	۰/۱۱	۰/۰۰۰
			پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۵	۱/۰۰
	۳/۲۴	پیگیری	پیش آزمون	*۰/۷۱	۰/۱۲	۰/۰۰۰
			پس آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۵	۱/۰۰
کنترل	۲/۵۲	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۱۵	۰/۱۱	۱/۰۰
			پیگیری	-۰/۱۵	۰/۱۲	۱/۰۰
	۲/۶۸	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۱۱	۱/۰۰
			پیگیری	۰/۰۰	۰/۰۵	۱/۰۰
	۲/۶۸	پیگیری	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۱۲	۱/۰۰
			پس آزمون	۰/۰۰	۰/۰۵	۱/۰۰

پس آزمون و پیگیری افزایش داده است. در نهایت بررسی یافته‌ها در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره عزت نفس جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیر اضطراب جنسی برای مقایسه مراحل زمانی پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و بین ۲ گروه پژوهش ارائه شده است.

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه «آموزش سلامت جنسی» بین نمره عزت نفس جنسی نوجوانان در پیش‌آزمون (۲/۵۲) با پس‌آزمون (۳/۲۵) و پیش‌آزمون (۲/۵۲) با پیگیری (۳/۲۴) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای «آموزش سلامت جنسی»، نمره عزت نفس جنسی نوجوانان را به میزان قابل توجهی در

جدول ۴: نتایج آزمون بنفرونی در اضطراب جنسی نوجوانان بر اساس میانگین تعدیل شده گروه‌ها

گروه	میانگین تعدیل شده	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
«آموزش سلامت جنسی»	۳/۴۱	پیش آزمون	پس آزمون	*۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۰۰۰
			پیگیری	*۰/۷۳	۰/۱۴	۰/۰۰۰
	۲/۵۸	پس آزمون	پیش آزمون	*-۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۰۰۰
			پیگیری	-۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۷۴۰
	۲/۶۴	پیگیری	پیش آزمون	*-۰/۷۷	۰/۱۴	۰/۰۰۰
			پس آزمون	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۷۴۰
کنترل	۳/۴۰	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۰۰۸	۰/۱۳	۱/۰۰
			پیگیری	۰/۰۱	۰/۱۴	۱/۰۰
	۳/۴۱	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۰۸	۰/۱۳	۱/۰۰
			پیگیری	۰/۰۲	۰/۰۵	۱/۰۰
	۳/۳۹	پیگیری	پیش آزمون	-۰/۰۱	۰/۱۴	۱/۰۰
			پس آزمون	-۰/۰۲	۰/۰۵	۱/۰۰

آزمون (۲/۵۸) و پیش‌آزمون (۳/۴۱) با پیگیری (۲/۶۴) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای «آموزش سلامت جنسی»، نمره

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه «آموزش سلامت جنسی» بین نمره اضطراب جنسی نوجوانان در پیش‌آزمون (۳/۴۱) با پس

اضطراب جنسی نوجوانان را به میزان قابل توجهی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. در نهایت بررسی یافته‌ها در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره اضطراب جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «آموزش سلامت جنسی» بر خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله‌ی ساکن در مراکز بهزیستی انجام گرفت. نتایج اجرای «آموزش سلامت جنسی» افزایش معناداری در زیرمقیاس‌های خودپنداره‌ی جنسی شرکت‌کنندگان نشان داد و بر اثر آن میانگین نمره این شاخص بعد از مداخله و همچنین ۲ ماه پس از مداخله تفاوت معناداری با قبل از مداخله داشت. اولین یافته مطالعه حاضر این بود که «آموزش سلامت جنسی» بر عزت‌نفس جنسی نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی اثر مثبت و معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های ریحانی اصل و خیاطان (۲۵)، حسن‌نژاد (۲۶) و Ololade & Catherine (۲۷) همسو بود. برای مثال نتایج ریحانی اصل و خیاطان (۲۵) نشان دادند «آموزش سلامت جنسی» می‌تواند باعث بهبود و افزایش عزت‌نفس جنسی زنان گردد. حسن‌نژاد (۲۶) نشان داد «سواد سلامت جنسی» می‌تواند عزت‌نفس جنسی زنان را افزایش دهد. همچنین Ololade & Catherine (۲۷) نشان دادند «آموزش سلامت جنسی» می‌تواند عزت‌نفس جنسی نوجوانان را افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌توان گفت «آموزش سلامت جنسی» به نوجوانان کمک می‌کند تا در مورد سلامت جنسی خود تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرند. زمان که دانش و مهارت لازم برای محافظت از خود را داشته باشند، احساس می‌کنند که کنترل بیشتری بر بدن و انتخاب‌های خود دارند که می‌تواند عزت‌نفس جنسی آن‌ها را افزایش دهد (۲۷). «آموزش سلامت جنسی» به نوجوانان در مورد خطرات مرتبط با فعالیت جنسی مانند بیماری‌های مقاربتی و حاملگی‌های ناخواسته آگاهی می‌دهد. این دانش و مهارت‌ها اعتماد به‌نفس آن‌ها را در انتخاب‌های ایمن افزایش می‌دهد و از این طریق می‌تواند بر عزت‌نفس جنسی آن‌ها تأثیر مثبت بگذارد. همچنین برخی از برنامه‌های «آموزش سلامت جنسی» به مسائل

مربوط به تصویر بدن می‌پردازند و به نوجوانان کمک می‌کنند نگرش مثبت‌تری نسبت به بدن خود پیدا کنند. در نتیجه می‌تواند عزت‌نفس جنسی آن‌ها را بهبود بخشد (۲۸). «آموزش سلامت جنسی» به نوجوانان می‌آموزد که هر فرد حق دارد که مرزها و حریم خصوصی خود را تعیین کند و به دیگران نیز باید احترام بگذارند. مفهوم احترام به حریم شخصی می‌تواند به تقویت عزت‌نفس جنسی کمک کند زیرا فرد می‌داند که حق دارد که مرزهای خود را تعیین کند و از دیگران احترام بخواهد (۲۹). دومین یافته مطالعه حاضر این بود که «آموزش سلامت جنسی» بر اضطراب جنسی نوجوانان دختر ساکن در مراکز بهزیستی اثر مثبت و معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های باوی و همکاران (۳۰) همسو بود. برای مثال باوی و همکاران (۳۰) نیز نشان دادند «آموزش سلامت جنسی» موجب کاهش اضطراب جنسی زنان در آستانه ازدواج شد. در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌توان گفت «آموزش سلامت جنسی» به نوجوانان مهارت‌های بین‌فردی شامل ارتباطات، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و مهارت‌های امتناعی و رد تقاضای نامناسب همسالان و توانایی پایه‌گذاری روابط متقابل و رضایت‌بخش را آموزش می‌دهد، این نوع ارتباط می‌تواند به افزایش اعتماد به‌نفس و کاهش اضطراب در ارتباط با این مسائل کمک کند (۳۱). «آموزش سلامت جنسی» به نوجوانان مفاهیمی مانند تنوع تمایلات جنسی، احترام به تمایلات دیگران و ارتباطات سالم را آموزش می‌دهد. با این آموزش نوجوانان احساس می‌کنند که تجربیات و احساساتشان در این زمینه عادی است و این مسئله می‌تواند از احساس انزوا و اضطراب جلوگیری کند. آموزش به افراد کمک می‌کند تا نگرش‌های منفی که ممکن است درباره جنسیت و ارتباطات جنسی داشته باشند، را اصلاح کنند و به این ترتیب اضطراب جنسی را کاهش می‌دهد (۳۲). «آموزش سلامت جنسی» مهارت‌های حل مسئله را در مورد مسائل جنسی آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها می‌تواند به نوجوانان کمک کند که بهتر بتوانند با مسائلی که ممکن است در ارتباط با جنسیت و روابط جنسی پیش بیاید روبرو شوند و باعث می‌شود اضطراب جنسی آن‌ها کاهش یابد. در واقع نوجوانانی که «آموزش سلامت جنسی» دریافت می‌کنند، عزت‌نفس بالاتر، خودکارآمدی جنسی بالاتر و اضطراب جنسی کمتری را نشان می‌دهند (۳۱).

رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر و به راهنمایی خانم دکتر فهیمه نامداریپور با کد اخلاق آن IR.IAU.KHSH.REC.1401.099 با شماره ۹۸۰۰۰۴۸۱۰ و در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۲ در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر به آدرس <https://ethics.research.ac.ir/> IR.IAU.KHSH.REC.1401.099 ثبت شد. نویسندگان از نوجوانان شرکت کننده و مدیران مراکز بهزیستی به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدرانی می کنند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

### References

1. Potrebny T, Wium N, Haugstvedt A, Sollesnes R, Torsheim T, Wold B, Thuen F. Health complaints among adolescents in Norway: A twenty-year perspective on trends. *Journal of PLoS One*. 2019;14(1):1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210509>
2. Vivolo AM, Holt MK, Massetti GM. Individual and contextual factors for bullying and peer victimization: Implications for prevention. *Journal of School Violence*. 2011;10(2):201-212. <https://doi.org/10.1080/15388220.2010.539169>
3. Embleton L, Nyandat J, Ayuku D, Sang E, Kamanda A, Ayaya S, Nyandiko W, Gisore P, Vreeman R, Atwoli L, Galarraga O. Sexual behavior among orphaned adolescents in western Kenya: A comparison of institutional and family-based care settings. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 60(4):417-24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.015>
4. Maqbool A, Ganai M. Well-Being of orphans: A review of their academic anxiety level. *Journal of Applied Research in Education*. 2019; 20(1):267-270. <https://education.uok.edu.in/Files/4f96dde9-9a35-46c7-9b3e-c80291ed5689/Journal/e0573f3c-b056-4db0-aa03-0f28fa75c2ce.pdf>
5. Winter VR, Brandon-Friedman RA, Ely GE. Sexual health behaviors and outcomes among current and former foster youth:

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «آموزش سلامت جنسی» بر افزایش خودپنداره‌ی جنسی نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی اثربخش است. لذا به مشاورهایی که با دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی کار می کنند، پیشنهاد می شود برای افزایش توانمندی این نوجوانان به ویژه در حوزه‌ی سلامت جنسی با توجه به اثربخشی «آموزش سلامت جنسی» از این آموزش ها برای این نوجوانان بهره ببرند. این پژوهش برای نوجوانان دختر ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهر اصفهان بوده است و بنابراین نتایج این پژوهش قابل تعمیم به پسران ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و نیز سایر شهرها نمی باشد.

### سپاسگزارى

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری شادی جزینی در

- A review of the literature. *Children and Youth Services Review*. 2016; 64(3):1-14. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.023>
6. Faramade IO, Olugbenga-Bello AI, Goodman OO. Sexual knowledge, risk behavior, and access to reproductive health services among orphaned adolescents in Southwest Nigeria: Implications for institutionalized care. *Frontiers in Global Women's Health*. 2023;4(6): 1-11. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1151099>
  7. Aparicio EM, Kachingwe ON, Salerno JP, Geddings-Hayes M, Boekeloo BO. Addressing sexual health among youth in foster care group homes: A community-engaged grounded theory study. *Sexuality Research and Social Policy*. 2021; 18(4): 1136-1147. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00519-w>
  8. Ayaya S, DeLong A, Embleton L, Ayuku D, Sang E, Hogan J, Kamanda A, Atwoli L, Makori D, Ott MA, Ombok C. Prevalence, incidence and chronicity of child abuse among orphaned, separated, and street-connected children and adolescents in western Kenya: What is the impact of care environment?. *Child Abuse & Neglect*. 2023;139: 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104920>
  9. Marengo D, Settanni M, Longobardi C. The associations between sex drive, sexual self-concept, sexual orientation, and exposure to online victimization in Italian adolescents:

- Investigating the mediating role of verbal and visual sexting behaviors. *Children and Youth Services Review*. 2019;102(5):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2019.04.023>
10. Hamidi F, Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z. [Bio-psycho-social factors related to female sexual self-concept: A scoping review]. *Clinical Excellence*. 2020; 9 (3) :23-34. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-486-fa.html>
  11. de Neve-Enthoven NG, Callens N, Van Kuyk M, Verhaak CM, Van der Ende J, Drop SL, Cohen-Kettenis PT, Dessens AB, Dutch Study Group on DSD. Sexual self-concept in women with disorders/ differences of sex development. *Archives of Sexual Behavior*. 2022;51(4): 2213-2229. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02188-1>
  12. Guyon R, Fernet M, Canivet C, Tardif M, Godbout N. Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*. 2020;104(5): 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
  13. Siu-ming T, Phyllis KS, Cherry HL, Kwok DK, Lau CD. Sexual compulsivity, sexual self-concept, and cognitive outcomes of sexual behavior of young Chinese Hong Kong males with compulsive sexual behavior: Implications for intervention and prevention. *Children and Youth Services Review*. 2019; 104(6): 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2019.104400>
  14. Santa Maria DM, Breeden K, Drake SA, Narendorf SC, Barman-Adhikari A, Petering R, Hsu HT, Shelton J, Ferguson-Colvin K, Bender K. Gaps in sexual assault health care among homeless young adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2020;58(2):191-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.09.023>
  15. Pulverman CS, Kilimnik CD, Mešton CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*. 2018;6(2):188-200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
  16. Dejan B, Lotfi R, Mehdizadeh Z, Rahimzadeh M, Mohammadzadeh M, Karimzadeh M. [Comparison of sexual self-concept in fertile and infertile women referring to Karaj community health and infertility centers in 2016]. *Alborz Medical Sciences*. 2021; 11(1): 35-44. <https://www.sid.ir/paper/1020548/fa>
  17. Karatana O, Ergun A. Related factors of sexual abstinence behavior of College women: A Trans Theoretical Model based examination. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2021; 11(4): 787-793. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.910384>
  18. Warner C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. Sexual health knowledge of US medical students: A national survey. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018;15(8):1093-102. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.019>
  19. Holdsworth E, Trifonova V, Tanton C, Kuper H, Datta J, Macdowall W, Mercer CH. Sexual behaviors and sexual health outcomes among young adults with limiting disabilities: Findings from third British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *British Medical Journal*. 2018; 8(7): 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019219>
  20. Roštosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health?. *Journal of Sex Research*. 2008;45(3): 277-286. <https://doi.org/10.1080/00224490802204480>
  21. Kotiuga J, Vaillancourt-Morel MP, Yampolsky MA, Martin GM. Adolescents' self perceptions: Connecting psychosocial competencies to the sexual self-concept. *The Journal of Sex Research*. 2023; 3(15): 1-11 . <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2222285>
  22. Griffin BJ, Worthington Jr EL, Leach JD, Hook JN, Grubbs J, Exline JJ, Davis DE. Sexual congruence moderates the associations of hypersexual behavior with spiritual struggle and sexual self-concept. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2016;23(2-3):279-95. <https://doi.org/10.1080/10720162.2016.1150924>
  23. Razzaghi R, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A. [Evaluation of the sexual health of adolescents under round-the-clock care and the effectiveness of the sexual education program on improving sexual knowledge, attitude and self-concept]. PhD Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, 2011, <https://www.virascience.com/thesis/554784/>
  24. Colaizzi PF. Psychological Research as the Phenomenologist Views It. <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
  25. Reihani Asl F, Khayatani F. [The effectiveness of

- sex education on women sexual schemas, women sexual self-esteem and sexual satisfaction in women who refer to counseling centers of Isfahan]. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;16(2):130-138. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3351-en.html>
26. Hasannezhad K. [Investigating the relationship between sexual self-esteem and sexual health literacy of circumcised women in Sardasht city in 1401]. Master's thesis, Faculty of Midwifery Nursing, Ardabil University of Medical Sciences and Medical Services, 2022. <https://eprints.arums.ac.ir/17056/>
27. Ololade OO, Catherine O. The effect of peer-led sexuality education and telephone health-messaging on sexual self-esteem and assertiveness: A school-based intervention among adolescents in Ibadan, Nigeria. *Journal of Psychosocial Research*. 2020;15(1):255-269. <https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.01.22>
28. Qin K, Xie N, Tang Y, Wong L, Zhang J. Perceived parental attitude toward sex education as predictor of sex knowledge acquisition: the mediating role of global self-esteem. *Current Psychology*. 2019;38(4):84-91. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9578-8>
29. Udoh NA, Akpan ID. Sexual self-esteem and adolescents' sexual dispositions-Insights from a survey of university adolescents for sex education and counselling. *American Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2014;1(15):42-47. [http://www.openscienceonline.com/journal/arch iver2?journalId=727&paperId=1103](http://www.openscienceonline.com/journal/arch ive2?journalId=727&paperId=1103)
30. Bavi A, Aman Elahi A, Atari YA. [Efficacy of premarital sexual training on self-concept among women in marriage age in Ahvaz]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2014;13(4):485-493. [https://jsmj.ajums.ac.ir/article\\_49152.html?lang=en](https://jsmj.ajums.ac.ir/article_49152.html?lang=en)
31. Francis DB, Zelaya CM, Fortune DA, Noar SM. Black college women's interpersonal communication in response to a sexual health intervention: A mixed methods study. *Health communication*. 2021;36(2):217-225. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1673949>
32. Kemigisha E, Bruce K, Ivanova O, Leye E, Coene G, Ruzaaza GN, Ninsiima AB, Mlahagwa W, Nyakato VN, Michielsen K. Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. *BMC public health*. 2019;19(5):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7805-y>