

## تأثیر آموزش مسائل بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و عملکرد دختران ۱۴-۱۲ ساله

دکتر محمد زارع\* - دکتر حسین ملک افضلی\*\* - دکتر جعفر جندقی\*\*\* - دکتر مطهره رباب علامه\*\*\* - ماشاله کلاهدوز\*\*\*\* -

عمران اسدی\*\*\*\*

\*استادیار اپیدمیولوژی دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

\*\*استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\*پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

\*\*\*\*کارشناس بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۰/۱۲

### چکیده

مقدمه: با توجه به پائین بودن آگاهی دختران نوجوان در مورد تغییرات جسمی و روانی دوران بلوغ و نیز اهمیت آموزش بهداشت باروری برای نوجوانان دختر، این مطالعه به عنوان یک اولویت مهم بهداشتی مطرح است.

هدف: هدف این مطالعه ارزیابی تأثیر آموزش بهداشت بلوغ و تعیین راهکار مناسب و مؤثر برای دختران ۱۴-۱۲ ساله شهر سمنان بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کارآزمایی میدانی (Field Trial) و با مداخله آموزشی در دو گروه تحت آموزش، شامل ۳۷۰ دختر سمنانی و گروه بدون آموزش شامل ۳۷۲ دختر دامغانی انجام شد. آگاهی، نگرش و عملکرد دو گروه قبل و پس از مداخله، استخراج و مقایسه شد.

نتایج: مقایسه نتایج در دو مرحله قبل و پس از مداخله آموزشی در دو گروه تحت آموزش و بدون آموزش نشان داد که قبل از آموزش اطلاعات دختران در مورد بهداشت بلوغ، ناچیز و با باورهای نادرست همراه بود و آموزش این اطلاعات را اصلاح کرد. همچنین، بررسی انجام شده نشان داد که روش مناسب و مؤثر انتقال آموزش به دختران، از طریق خانواده و بخصوص مادران با استفاده از رابط‌های بهداشتی است. این راهکار مورد استقبال خانواده‌ها قرار گرفت و ۸۵٪ دختران بر این روش تأکید کردند. بر اساس نیاز سنجی انجام شده، متون آموزشی مناسب دختران گروه سنی ۱۴-۱۰ ساله تدوین شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که موانع و مشکلات فرهنگی موجود پیرامون آموزش بهداشت باروری را می‌توان با رعایت فرهنگ و باورهای مردمی به حداقل رساند و به صورت موفقیت آمیز منتقل کرد. با توجه به نتایج بدست آمده، شروع آموزش از سن پائین‌تر (۱۰-۹ سالگی) در دختران، گسترش آن به دختران گروه سنی بالاتر و نیز با راه کار مناسب، برای نوجوانان پسر پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: آموزش بهداشت / بلوغ جنسی / دانش - نگرش - عملکرد / نوجوانان

### مقدمه

حق طبیعی آنان بر کسی پوشیده نیست و از اولویت‌های مهم بهداشتی محسوب می‌شود (۲).

متأسفانه نوجوانان به ویژه دختران جامعه ما، به دلایل خاص فرهنگی که در بسیاری از جوامع مشابه نیز مطرح است، از دریافت آگاهی‌های درست و مناسب بهداشتی پیرامون بلوغ و باروری محرومند و از این بابت صدمه‌های بسیاری را متحمل می‌شوند (۳). به همین دلیل تعیین راهکارهای مناسب و مؤثر برای تامین نیازهای آموزشی آنها نیاز به دقت فراوان و توجه ویژه دارد و باید نکته‌هایی

آگاهی ناچیز دختران نوجوان در مورد تغییر جسمی - روانی دوران بلوغ، دریافت اطلاعات ناقص و از منابع غیرمطمئن، مشکلات جسمی - روانی متعددی در زندگی خانوادگی آنان بوجود می‌آورد. از طرفی، آگاهی‌رسانی درست، موجب نشاط، شادی، تندرستی، امید به استقلال و رشد اجتماعی آنان شده و دختران نوجوان را در مقابل بیماری‌های جسمی و روحی ناشی از این ناآگاهی ایمن می‌کند (۱).

فزونی چشمگیر جمعیت نوجوانان در جامعه ما، و اهمیت و ضرورت آموزش بهداشت باروری در این گروه به‌عنوان

مساله را برای رشد جسمی و فعالیت تخمدانها مفید می‌دانند، هم‌چنین نشان داده شد که اکثر دختران برای در میان گذاشتن مسائل مربوط به قاعدگی و بلوغ به مادران خود اطمینان کرده و احساس راحتی داشتند. این امر نشانه اهمیت نقش مادران به عنوان مهم‌ترین منبع ارائه‌دهنده اطلاعات بهداشت بلوغ و قاعدگی برای آنهاست (۴).

اهداف از این مطالعه ۱- بررسی تاثیر آموزش مسایل بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و عملکرد دختران ۱۴-۱۲ ساله در شهر سمنان، ۲- تعیین منابع دریافت اطلاعات و منابع مورد علاقه برای دریافت اطلاعات و سرانجام ۳- تدوین راهکار مناسب برای ارتقای آگاهی دختران از مسائل بهداشت بلوغ می باشد.

برای ارزیابی تاثیر آموزش نتایج بررسی در دو گروه با و بدون آموزش با هم مقایسه شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی میدانی بوده و به صورت مداخله آموزشی انجام شده است. این پژوهش بر ۳۷۰ دختر ۱۴-۱۲ ساله سمنانی و ۳۷۲ دختر دامغانی ۱۴-۱۲ ساله انجام شد. **حجم نمونه**: تمام دختران ۱۴-۱۲ ساله در خانواده های تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهید مطلبی به عنوان گروه تحت آموزش از شهر سمنان، و در مقابل دختران هم سن آنها در مرکز بهداشتی درمانی شهید چراغی، به عنوان گروه بدون آموزش از شهر دامغان در نظر گرفته شدند.

**نحوه اجرا:** برای دستیابی به هدف‌های مورد نظر، سه مرحله اجرایی در دو گروه با و بدون آموزش تنظیم شد:

#### الف: مرحله قبل از آموزش

در این مرحله پس از جمع‌آوری اطلاعات پایه در سطح استان و مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر، ابتدا جمعیت هدف تعیین و سپس حجم نمونه مشخص شد. تمام دختران ۱۴-۱۲ ساله در خانواده‌های گروه تحت آموزش شامل ۳۷۰ دختر سمنانی تحت پوشش مرکز بهداشت درمانی شهید مطلبی سمنان و گروه بدون آموزش ۳۷۲ دختر ۱۴-۱۲ ساله، تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی

مانند تطابق محتوای آموزش با سن و دیگر شرایط فرهنگی و اجتماعی، مهارت‌ها و ویژگی‌های آموزش‌دهندگان، راه‌ها و شیوه‌های آموزش و چگونگی ارائه اطلاعات و... با ظرافت تمام مورد توجه قرار گیرند (۳).

امروزه نوجوانان و جوانان، درصد بالایی از جمعیت را تشکیل می‌دهند به طوری که بیش از ۵۰ درصد جمعیت دنیا زیر بیست و پنج سال (جوانان) و ۲۰ درصد کل جمعیت دنیا یعنی معادل ۱/۲ میلیون نفر را افراد زیر ۱۹ سال یا نوجوانان تشکیل می‌دهند. ساختار جمعیت در منطقه مدیترانه شرقی از دیگر قسمت‌های دنیا جوان‌ترست. برحسب برآورد حدود ۶۰ درصد جمعیت این منطقه زیر ۲۵ سال و بیشتر از ۵۰ درصد مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال است (۷ و ۸).

جمهوری اسلامی ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست و یکی از مشخصه‌های اصلی کشور ما جمعیت جوان آن است. به طوری که در سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۲۷ درصد، یعنی ۱۶/۲ میلیون نفر از جمعیت را گروه سنی ۱۹-۱۰ سال تشکیل می‌داد، در حالی که در همان سال گروه سنی زیر ۲۵-۱۰ سال، ۳۵ درصد جمعیت دنیا را تشکیل می‌دادند. (۳)

یکی از نیازهای اساسی بهداشت بلوغ و باروری، ارتقای سطح دانش و آگاهی نوجوانان در این مورد در چارچوب فرهنگ و باورهای مذهبی جامعه است و آموزش این موارد توسط والدین، معلمان و کارکنان بهداشتی می‌تواند از بروز برخی عملکردهای اشتباه نوجوانان، ناشی از اطلاعات نادرست همسالان و یا منابع نامناسب دیگر جلوگیری کند زیرا ممکن است این مساله پیامدهای ناخواسته‌ای را در آینده باروری دختران نوجوان بدنال داشته باشد. (۵)

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که فقط ۲۹ درصد دختران نسبت به مسائل بلوغ آشنائی و آگاهی داشته‌اند و ۱۰/۸ درصد آنان نکات بهداشتی را کاملاً رعایت می‌کردند (۶) هم‌چنین بررسی نیازهای بهداشت دوران بلوغ دختران نشان داد که آنها احساس ناخوشایندی از دوران بلوغ (قاعدگی) دارند و فقط ۲۳ درصد آنان این

طی ۱۹ جلسه به افراد منتخب آموزش داده شد. آموزش‌دهندگان از میان کارشناسان بهداشت خانواده برگزیده شدند، که چگونگی آموزش مطالب به رابط‌های بهداشتی را تمرین کردند، تا پس از پایان این دوره آن را ارائه کنند.

**۲. آموزش رابط‌های بهداشتی توسط مربیان آموزش دیده**  
پس از اتمام آموزش مربیان یاد شده، کلاس‌های آموزش رابط بهداشتی برای ۳۹ نفر به مدت ۳ ماه، شامل ۴۹ جلسه برگزار شد. این عناوین آموزشی برای رابط‌ها خلاصه‌تراز درس‌هایی بود که در کلاس مربیان تدریس شده بود. تلاش در راستای آموزش مفاهیم به زبان ساده و قابل درک برای انتقال مطالب آموزشی به مادران مورد نظر بود.

**۳. آموزش مادران توسط رابط‌های بهداشتی**  
پس از آموزش رابط‌های بهداشتی، تعلیم مادران توسط آنان آغاز شد و به مدت سه ماه ادامه پیدا کرد.

آموزش مادران به صورت گروهی یا فردی و در مدارس، مساجد و مرکز بهداشتی درمانی شهید مطلبی برگزار می‌شد. مادران در هر کدام از این کلاس‌ها که می‌توانستند شرکت می‌کردند. کسانی که به دلایلی در جلسات گروهی امکان شرکت نداشتند، توسط رابط‌های بهداشتی در خانه‌ها به صورت فردی آموزش می‌دیدند. در این زمان اگر دختری علاقمند می‌شد و مادرش اجازه می‌داد، می‌توانست همراه وی در کلاس‌های فردی یا گروهی شرکت کند. تقریباً تمامی مادرانی که در محدوده منطقه مورد مطالعه بودند، آموزش دیدند. برای سهولت آموزش کتابچه‌های آموزشی تهیه شده در اختیار آنان گذاشته شد تا در زمان مناسب در منزل مطالعه کنند.

برای حفظ کیفیت آموزش تلاش شد تا نظارت و پایش کافی از جانب ستاد مرکزی، مسئولان شهرستان و مربیان مسئول آموزش، در کلاس‌های آموزشی انجام شود. بدین منظور فرم‌های نظارتی مختلفی برای ناظران سطوح متفاوت، تهیه و در اختیار آنها قرار گرفت. این افراد با چک لیست‌های نظارتی به خانه‌ها مراجعه کرده و نسبت به چگونگی امر آموزش از مادران پرسش می‌کردند و در

شهید چراغی دامغان انتخاب شدند. با توجه به حساسیت فرهنگی-اجتماعی این طرح، جلسه‌هایی برای تبادل نظر و توجیه طرح با مقام‌های سیاسی و مذهبی شهر برگزار شد. پرسشگران با تجربه دارای حداقل مدرک تحصیلی فوق دیپلم بهداشت خانواده انتخاب شدند و برای آنها جلسه‌های توجیهی و آموزشی برگزار شد. پرسشنامه‌ها بر مبنای بررسی KAP تدوین شد و راه‌کار لازم برای کاربرد آن را نوشته و بین پرسشگران توزیع کردند.

اعتبار و روایی پرسشنامه توسط پیش‌آزمون تعیین و تأیید شد و کاربرد آن مورد تصویب محقق و همکاران طرح قرار گرفت. پرسشگری به صورت مصاحبه حضوری با دختران گروه هدف در خانه‌ها توسط این پرسشگران و با کمک رابط‌های بهداشتی، مشروط به اجازه و حضور مادران انجام شد. گروه‌های پرسشگری روزانه کنترل و بر کار آنان نظارت می‌شد.

پس از پرسشگری و بازبینی مجدد، داده‌ها وارد رایانه شد و نتایج، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این نتایج در یک گردهمایی عمومی در شهر سمنان توسط مجری اصلی طرح به اطلاع مادران، مربی‌ها، رابط‌های بهداشتی و مسئولان استان رسید و لزوم انجام این آموزش بیان گردید و از مادران درخواست شد تا برای انتقال این آموزش‌ها به دختران همکاری کنند.

#### ب: مرحله آموزش

با تجزیه و تحلیل اطلاعات مرحله اول، ارزیابی روشنی از وضعیت آموزش‌گیرندگان، منابع مورد علاقه برای دریافت آموزش‌ها، تصور و باورهای آنان و نیازهای آموزشی به دست آمد و راه‌کارها را برای مداخله آموزشی تعیین کرد. مداخله آموزشی در گروه تحت آموزش به شرح زیر طی چهار مرحله طراحی، اجرا و سپس ارزیابی شد.

#### ۱. آموزش مربیان توسط پزشک مرکز

عناوین مطالب آموزشی برای مربیان (۱۰ نفر) توسط محقق اصلی، در ۱۶ موضوع تعیین شد و محتوای این مباحث توسط پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی شهید مطلبی، از منابع موجود گردآوری شد و به مدت یک ماه و

بودند. حداقل هر ۵۰ خانوار به یک رابط سپرده شده بود. بنابراین پس از آموزش مادران، آموزش دختران نیز به پایان رسید.

متن‌های آموزشی شامل یک کتاب «راهنمای آموزشی مربیان» در ۹ بخش و ۲ کتابچه برای مادران و دختران بود. آموزش مربیان، رابط‌ها و دختران، حدود ۹ ماه به طول انجامید.

### ج: مرحله ارزیابی پس از آموزش

ارزشیابی برای مقایسه نتایج مرحله اول و دوم و پس از مداخله آموزشی انجام شد، ۱۰ پرسشگر برای گروه بدون آموزش و ۱۰ پرسشگر برای گروه تحت آموزش انتخاب شدند. برای جلوگیری از تورش، پرسشگران این مرحله متفاوت از پرسشگران مرحله اول انتخاب شدند و پس از آموزش، شروع به کار کردند. این ارزیابی بلافاصله پس از مداخله آموزشی انجام شد.

در متن پرسشنامه‌های مرحله اول، بازبینی و تجدیدنظر شد و برخی از سؤالات به دلیل پاسخ‌های مشابه حذف شدند و در این مرحله تعدادی سؤال برای ارزیابی روش‌ها و محتوای آموزشی ارائه شده، تناسب آموزش‌ها با نیاز دختران و نظرسنجی در مورد اجرای طرح به پرسشنامه اضافه شد. پرسشگری مجدداً و مانند مرحله اول به صورت مصاحبه در خانه انجام شد.

پرسشنامه‌ها دقیقاً کنترل شد و داده‌ها پس از ورود به رایانه، با برنامه SPSS، STATA و آزمون‌های آماری، تجزیه و تحلیل شد و با داده‌های مرحله اول مورد مقایسه قرار گرفت.

### نتایج

نتایج حاصل از دو مرحله پرسشگری در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد دختران و مقایسه آنها به شرح زیر است:

۱- تمام دختران در این سن به مدرسه می‌رفتند به طوری که در شهر سمنان با در نظر گرفتن شرایط سنی، ۷۴ درصد در دوره راهنمایی و ۲۶ درصد در دوره دبیرستان مشغول تحصیل بودند و در شهر دامغان ۶۳ درصد در دوره راهنمایی و ۳۷ درصد در دوره دبیرستان به تحصیل

صورت مشاهده نقص آموزش، اعم از انتقال نادرست مفاهیم و یا آموزش ناکافی، به رابط تذکر لازم را داده و اشکال را اصلاح می‌کردند.

همانطور که اشاره شد، فرم‌هایی برای نظارت تهیه شد، یک فرم آموزشی در اختیار رابط‌های بهداشت قرار گرفت که به صورت هفتگی تنظیم و تکمیل می‌کردند و فعالیت رابط‌ها در آن ثبت می‌شد و به مربی تحویل داده می‌شد. مربی مربوطه مجموعه فعالیت‌های آموزشی رابط‌ها را در یک فرم دیگر خلاصه می‌کرد و در اختیار ستاد مرکزی طرح قرار می‌داد. هر مربی موظف بود تا نحوه نظارت خود را از مادر و دختر در فرم پایشی که در اختیار داشت، درج کرده و در پایان هفته به ستاد طرح تحویل دهد.

لازم به ذکر است که مربی ضمن بررسی پیشرفت آموزشی مادران، بر کار رابط‌ها نیز نظارت مستمر داشت. نظارت بر آموزش در طول مدت آن از اهمیت زیادی برخوردار بود، به طوری که از طرف ستاد مرکزی و پزشک مرکز، جلسه‌های هماهنگی هفتگی به طور مرتب برگزار می‌شد و ضمن شنیدن نظرهای مربیان در خصوص آموزش، نقاط قوت و ضعف آموزش مادران را به آنان خاطر نشان می‌کردند. این نکته در مورد آموزش به رابط‌ها نیز وجود داشت. در طول برنامه آموزش، درصد پیشرفت کار بررسی می‌شد و مشکلات اجرایی و ابتکار آموزشی ثبت می‌شد. از جانب دیگر، ستاد مرکزی و پزشک مرکز بهداشتی درمانی مذکور، نظارت فردی و گروهی را در طول هفته و ماه انجام می‌دادند تا آموزش مطالب مورد نظر کامل و با کیفیت مطلوب باشد.

### ۴. آموزش دختران توسط مادران آنها

آموزش دختران سه ماه طول کشید و در حقیقت هم‌زمان با آموزش مادران‌شان در کلاس‌های رابط‌ها بود. بدین معنی که مادران پس از هر جلسه آموزش، مطالب آموخته شده را به زبان ساده و قابل فهم در منزل برای دختران توضیح می‌دادند و در صورت وجود ابهام، آن را با رابط‌ها و یا مربیان مطرح و رفع می‌کردند.

خانواده‌ها را قبل از شروع آموزش بین رابط‌ها تقسیم کرده

اشتغال داشتند. جدول ۲: منابع مورد استفاده و مورد انتظار کسب اطلاع دختران

۱۴-۱۲ ساله در دو شهر سمنان و دامغان

منبع مورد استفاده	درصد		منبع مورد انتظار	درصد	
	سمنان	دامغان		سمنان	دامغان
مادر	۸۸	۸۹	مادر	۸۷	۸۷
خواهر	۲۶	۱۲	خواهر	۲۹	۱۳
معلم	۱۰	۱	معلم	۱۰	۳
اقوام	۸	۲	اقوام	۹	۲
دوست	۱۷	۱۴	دوست	۱۵	۱۱
کارکنان بهداشت و درمان	۶	۲	کارکنان بهداشت و درمان	۳	۶
کتاب- مجله- روزنامه	۱۳	۱	کتاب- مجله- روزنامه	۹	۱۳
رادیو و تلویزیون	۴	۱	رادیو و تلویزیون	۳	۲
رابط بهداشت	۵	۱	رابط بهداشت	۵	۱
مراقبت بهداشت مدارس	۲۳	۱	مراقبت بهداشت مدارس	۲۱	۷

۵- پس از مداخله در گروه تحت آموزش، اطلاعات دختران به نحو معنی‌داری نسبت به گروه بدون آموزش افزایش یافت، پاسخ مربوط به پرسش رشد جسمانی از ۳۷/۷ درصد به ۷۴/۸ درصد، پاسخ مربوط به موهای زهار از ۱۵/۱ درصد به ۶۲/۳ درصد و پاسخ مربوط به قاعدگی از ۵۰/۷ درصد به ۶۵ درصد افزایش پیدا کرد. در گروه بدون آموزش، فقط در پاسخ مربوط به قاعدگی تغییر بوجود آمد که احتمالاً به علت قاعده شدن تعدادی از دختران این گروه در مدت اجرای طرح بوده است.

۶- عملکرد دختران در مورد رعایت بهداشت فردی در پاسخ به سوال «استحمام در مدت عادت ماهانه» در منطقه نمونه پس از مداخله، بهبود یافت که نسبت این تغییر رفتار در گروه آموزش دیده ۱۷ و در گروه بدون آموزش ۳ بود.

۷- خوشبختانه استفاده از نوار بهداشتی در گروه مداخله قبل از دخالت، وضعیت مطلوبی داشت و در حدود ۹۰ درصد دختران از این وسیله نظافت فردی استفاده می‌کردند.

۸- نگرش دختران در مورد ورزش در زمان قاعدگی و پس از مداخله بهبود یافت و از ۴۶ درصد به ۹۰ درصد

۲- در هر دو شهر سمنان و دامغان پدر و مادر این دختران از سواد خوبی برخوردار بودند. مثلاً در شهر سمنان ۲۶ درصد مادران بی سواد یا کم سواد و ۱۷ درصد پدران کم سواد یا بی سواد بودند. این رقم در شهر دامغان به ترتیب ۳۷ و ۲۵ درصد را نشان می‌داد، جدول شماره ۱ وضعیت سواد این والدین را نشان می‌دهد.

جدول ۱: وضعیت سواد والدین دختران ۱۴-۱۲ ساله در دو شهر

سمنان و دامغان

وضعیت تحصیلی فراوانی	سمنان		دامغان	
	درصد مادران	درصد پدران	درصد مادران	درصد پدران
بی سواد	۸	۷	۱۲	۹
ابتدایی ناقص یا نهضت سواد آموزی	۱۸	۱۰	۲۵	۱۷
ابتدایی کامل یا راهنمایی ناقص	۲۶	۲۷	۳۲	۳۰
راهنمایی کامل تا دیپلم ناقص	۲۴	۲۲	۱۴	۱۴
دیپلم	۱۹	۲۱	۱۵	۲۳
دانشگاهی	۵	۱۳	۲	۷
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

۳- جدول شماره ۲ منابع کسب اطلاع دختران و منابع مورد انتظار را نشان می‌دهد. برحسب جدول دختران اطلاعات مورد نیاز خود را عمدتاً از طریق مادر و خواهر خود کسب می‌کنند به جز مورد کتاب - مجله و روزنامه و مراقبان بهداشت در شهر دامغان که تفاوت کمی با یکدیگر داشتند، لذا به نظر می‌رسد که نیاز به افزایش آگاهی مادران و مراقبان بهداشتی برای انتقال آن به دختران وجود داشته باشد.

۴- برحسب جدول شماره ۳ اطلاعات دختران (دانش، نگرش و...) در هر دو شهر در خصوص تغییر جسمی و به ویژه تغییر روانی - اجتماعی محدود و در حد پائین بود و نکته قابل توجه آن که فقط ۱۳ درصد دختران سمنانی و ۹ درصد دختران دامغانی بلوغ را تحولی در جهت رشد اجتماعی تلقی می‌کردند و به طور عمده، بلند شدن قد را نشانه فیزیکی بلوغ و شرم‌وحیا و خجالت و حساس شدن را از نشانه‌های روانی - اجتماعی بلوغ می‌دانستند.

بیشتر برای زمان شروع این آموزش‌ها از ۱۰-۹ سالگی است. ۱۲- در مورد افراد آموزش‌دهنده، نظر سنجی‌ها حاکی از رضایت آموزش‌گیرندگان و سپاسگزاری از آنان بوده است. ۱۳- گردآوری باورهای مردمی نشان داد که تصور و باورهای غلط در مورد بهداشت فردی، تغذیه، ورزش و نگرش به نشانه‌های بلوغ به خصوص قاعدگی در اکثر خانواده‌ها وجود دارد و مداخله آموزشی قادر است آنها را تصحیح کند.

رسید، اگر چه این تغییر در منطقه بدون آموزش نیز بوجود آمد ولی نسبت آن کمتر بود. ۹- در جدول شماره ۴ اصلاح معنی دار آگاهی، نگرش و عملکرد دختران نسبت به بلوغ و رفتار بهداشتی مرتبط با آن، قبل و بعد از مداخله آموزشی با آزمون آماری مک‌نیمار مشاهده می‌شود. ۱۰- نظر سنجی در مورد محتوای آموزشی حکایت از خوب، کافی و مناسب بودن آن دارد. ۱۱- نظر سنجی در مورد سن شروع آموزش حاکی از نیاز

جدول ۳: میزان آگاهی دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنانی و دامغانی از تغییرات جسمی - روانی و اجتماعی قبل از مداخله آموزشی

وضعیت آگاهی		وضعیت آگاهی	
درصد	وضعیت آگاهی	درصد	وضعیت آگاهی
سمنان	آگاهی از تغییرات جسمی هنگام بلوغ و نگرش نسبت به این تغییرات	دامغان	آگاهی از تغییرات روانی - اجتماعی هنگام بلوغ و نگرش نسبت به این تغییرات
۳۷	بطور کلی رشد فیزیکی و جسمی	۶۰	بطور کلی رشد فکری، روانی و اجتماعی
۵۰	قاعدگی	۲۱	حساس شدن، شرم، خجالت، نگرانی، افسردگی و روانی
۵۸	بلند شدن قد	۷۴	اشتغالات فکری - بدنی، نگرانی نسبت به زیبایی و جثه، چاقی و لاغری
۳۲	رشد سینه‌ها	۲۹	تغییرات رفتاری
۱۵	رشد موهای زهار	۷	احساس استقلال شخصی
۸	تلقی کردن قاعدگی بعنوان نوعی بیماری	۷	جلب توجه دیگران و جنس مخالف
۳۲	اساساً قاعده نشدن را بدون اشکال دانستن	۱۰	خوشحالی - امیدواری و رشد اجتماعی

جدول ۴: مقایسه آگاهی، نگرش و عملکرد دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنانی نسبت به بلوغ و رفتارهای بهداشتی مرتبط با بلوغ قبل و بعد از مداخله آموزشی

P-Value	درصد بعد از آموزش	درصد قبل از آموزش	آگاهی، نگرش و عملکرد
< ۰/۰۱	۷۵	۳۷	رشد فیزیکی و جسمی را علامت بلوغ دانستن
۰/۰۶	۵۰	۳۵	رشد فکری، روانی اجتماعی را علامت بلوغ دانستن
۰/۰۳	۶۵	۵۰	قاعدگی را علامت بلوغ دانستن
< ۰/۰۱	۷۰	۳۲	بروز تغییرات رفتاری در هنگام بلوغ (لجبازی، عصبانیت، ناسازگاری، درونگرایی)
< ۰/۰۱	۴۶	۲۲	احساس استقلال شخصی در هنگام بلوغ
< ۰/۰۱	۱	۸	قاعدگی نوعی بیماری است که هر ماه تکرار می‌شود
< ۰/۰۱	۹۶	۷۶	قاعدگی نشانه سلامت و خوب کار کردن بدن است
< ۰/۰۱	۸۷	۵۰	استحمام در طول عادات ماهانه
< ۰/۰۱	۹۱	۷۰	طهارت گرفتن در هنگام قاعدگی
< ۰/۰۱	۸۸	۴۷	ورزش کردن هنگام قاعدگی
۰/۰۳	۶۱	۵۵	عدم تغییر در استراحت هنگام قاعدگی
N.S	۹۲	۹۰	استفاده از نوار یا پوشک بهداشتی هنگام قاعدگی

**بحث و نتیجه گیری**

۱- با توجه به ارزیابی روش‌های مختلف آموزشی، مانند بکارگیری کتاب‌های درسی، کارکنان بهداشتی-درمانی، ... دختران صالح‌ترین و مطمئن‌ترین راه کسب اطلاعات را مادران خود دانسته‌اند. بنابراین راه‌کار آموزش از طریق خانواده و توسط نیروی داوطلب مردمی یعنی رابط‌های بهداشتی، با توجه به استمرار ارتباط آنان با خانواده‌ها و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی با آنان، مطمئن‌ترین، موثرترین، میسرترین و مستمرترین راه برای آموزش دختران است. این راه‌کار به عنوان یک رویکرد آموزشی مبتنی بر مردم (Community based education) بهترین راه تامین نیازهای آموزشی و تغییر فرهنگ اجتماعی محسوب می‌شود.

۲- بررسی سطح سواد والدین، نشان داد که میزان سواد مادران می‌تواند نقش موثری در توانایی انتقال آموزش‌ها به دختران داشته باشد.

۳- نظرسنجی نشان داد که موانع اجتماعی و خانوادگی آموزش مسائل بهداشت بلوغ، برخلاف تصور عمومی وجود ندارد یا بسیار کم است. این امر به علت توجه مسئولان سیاسی - مذهبی، قبل از اجرای طرح و هماهنگی آموزش‌ها با اعتقاد و باور مذهبی، توجه به ظرایف فرهنگی، استفاده از افراد و رابط‌های مورد اعتماد مردم، توجه به باورهای محلی، احترام گذاشتن به خانواده‌ها و استفاده از شیوه‌های صحیح آموزش بوده است.

۴- نتایج بررسی‌ها نشان داد که باید آموزش‌ها از سن پایین‌تری شروع شود، تا هنگام مواجه شدن دختران با نشانه‌های بلوغ نکته مبهمی برایشان وجود نداشته باشد. همچنین لازم است تا در سنین بالاتر به آنها ابعاد دیگری از بهداشت باروری آموزش داده شود.

۵- یافته‌ها نشان داد که دختران در مورد تغییرات جسمی و نشانه‌های خلقی - روانی و اجتماعی بلوغ اطلاعات بسیار اندکی دارند و این امر در مورد نشانه‌های روانی، تکامل رفتاری و شخصیتی، محسوس‌تر است. آموزش سبب افزایش اطلاعات، بهبود نگرش و ارتقای عملکرد دختران شده و موجب نگرش مثبت آنها نسبت به پدیده

بلوغ و قبول این تغییرات فیزیولوژیک می‌شود و به این ترتیب باعث رفع نگرانی، تقویت حس اعتماد به نفس و احترام به خویش می‌شود. همچنین باورها و تصورهای نادرست در مورد بهداشت فردی، ورزش و تغذیه و... با مداخله آموزشی اصلاح شده و باورهای درست جایگزین آنها می‌شود.

۶- اطلاعات دختران در مورد سن شروع نشانه‌های بلوغ و اصلاح آن پس از آموزش، نشان داد که دختران قاعدگی را مترادف با بلوغ دانسته و به سایر نشانه‌ها توجه ندارند. تغییر نظر دختران گروه تحت آموزش در زمینه سن شروع بلوغ از ۹/۸ به ۱۲/۸ سالگی حاکی از توجه به سایر مرحله‌های بلوغ (تلاک)، پس از آموزش می‌باشد.

**پیشنهادات**

۱- برای تعمیم نتایج این طرح به سایر مناطق، سمینارها و کارگاه‌های آموزشی برای کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، مربیان و رابط‌ها برگزار گردد.

۲- رابط‌ها آموزش داده‌شوند و روش بکار رفته، یعنی ابتدا آموزش مادران و سپس دختران‌شان عملی شود.

۳- متن‌های آموزشی برای استفاده رابط‌ها و مادران به زبان ساده‌تر تهیه گردد.

۴- از امکانات جنبی مانند مراقب‌های بهداشت مدرسه، مسئولان امور تربیتی، مسئولان خانه جوانان و... نیز در آموزش بهره گرفته شود.

۵- از امکانات صدا و سیما و مطبوعات نیز به نحو مؤثر و مطلوب در پیشبرد هدف‌های آموزشی استفاده شود.

۶- آموزش بهداشت بلوغ دختران، از سن ۱۰-۹ سالگی شروع شود.

۷- برای آموزش پسران نیز برنامه‌ریزی و راه‌کارهای مناسب انتخاب شود.

۸- آموزش در گروه سنی بالاتر (۱۹-۱۵ سالگی) در مورد سایر مسائل بهداشت باروری از قبیل ازدواج، تنظیم خانواده، بیماری‌های آمیزشی، بیماری‌های ژنتیک، سرطان‌های زنان، نازایی و... برنامه‌ریزی شود.

۹- گروه سنی ۱۹-۱۰ ساله به صورت فعال مورد توجه بهداشتی قرار گیرد تا سلامت آینده آنان تضمین شود.

سپاسگزاری

بهداشتی درمانی استان سمنان و همکاران ساعی آنها کمال تشکر را داریم.

از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

منابع

نشده کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۶.

۵- صمدی، خدیجه: بررسی KAP دختران سال چهارم دبیرستان‌های شهر تهران درباره بهداشت دوران بلوغ و ارائه طرح آموزشی. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۱.

۶- مجلسی، فرشته: بررسی سن شروع قاعدگی در دانش آموزان راهنمایی با وضع اقتصادی جنوب شهر تهران. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۵۴.

7. WHO. Regional Committee for The Eastern Mediterranean Forty\_ third Session Health Education of Adolescents. 1998.

8. Cheryl P. Preadolescent and Adolescent Influences on Health. London; National Academies Press, 2000.

۱- احمدی، بتول: بررسی نیازهای بهداشت بلوغ دختران دانش‌آموز سال سوم راهنمایی مناطق جنوب تهران. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۶.

۲- انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران: ارزیابی نیازهای بهداشت باروری نوجوانان دختر ۱۹-۱۲ ساله شهر تهران. (طرح تحقیقاتی). تهران؛ انجمن تنظیم خانواده، ۱۳۷۷.

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: بررسی آگاهی، نگرش و رفتار دختران و زنان ۱۵-۲۵ ساله در مورد بلوغ و باروری در ایران منطقه ۶ تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵.

۴- زمانی، ثریا: بررسی عوامل موثر بر اختلالات عاطفی، رفتاری دوران بلوغ در دختران دانش‌آموز کلاس‌های دوم و سوم راهنمایی منطقه ۶ تهران. پایان نامه چاپ



## Effect of Training Regarding Puberty on Knowledge, Attitude and Practice of 12-14 year old Girls

Zare M.(PhD), Malek Afzeli H.(PhD), Jandghi J.(M Ph), AlammeH MR.(M Ph), Kolahdoz M.(B S),  
Asadi O.(B S)

### Abstract

**Introduction:** This study was conducted in attention to the low level of knowledge and information of adolescent girls regarding physical and psychological changes and also the importance of reproductive health to adolescent girls as one of the health priorities.

**Objectives:** The objective of this study were to assess the effect of training and also to determine the appropriate strategies of adolescent health education to 12-14 year old girls of Semnan.

**Material and Methods:** This study was done as a field trial through educational intervention among two groups, composed of 370 girls from Semnan as a group with training and 372 girls from Damghan without training in two phases before/ after education and then the knowledge, attitude and practice of the two groups were compared.

**Results:** Comparison of the results before and after educational intervention between two groups showed that the girls' knowledge about puberty before intervention was insufficient and had false beliefs, but training corrected their information. Also it has been shown that the proper and effective method of adolescent education is the strategy of training via their family especially through their mothers. This strategy was accepted by families and 85% of girls emphasized on this method. According to the need assessment, educational modules were prepared for early adolescence age group girls (10-14 years old).

**Conclusion:** The results show that the cultural obstacles and difficulties concerning reproduction education can be diminished to its minimum and successfully transferred. In attention to obtained results, it is suggested to start training from younger ages (9-10 year olds) in girls and extending that to older girls and with proper strategy educate adolescent boys.

**Key words :** Adolescence/ Health Education/ Knowledge, Attitudes, Practice