

تاثیر آموزش بهداشت بلوغ از طریق منابع موثق بر رفتارهای بهداشتی دختران

Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۳۱

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۲۰

Maleki A. MSc, Delkhoush M. MSc[✉],
Haji Amini Z. MSc, Ebadi A. PhD,
Ahmadi Kh. PhD, Ajali A. MSc

اکرم مالکی^۱، مرجان دلخوش[✉]،
زهرا حاجی امینی^۱، عباس عبادی^۲،
خدابخش احمدی^۲، امین اجلی^۳

Abstract

Introduction: The main purpose of this study was comparative analysis of the effect of puberty health education through reliable sources of puberty education on health behaviors of girl students of the guidance school in one of residential towns of Tehran, district 1.

Method: This research is a quasi experimental study of field trial type. Population and the studied samples were all female middle school students of the second grade (132 students) of public schools located in one of residential town of Tehran. At first, the researcher-made questionnaire was completed by students. Then, with an identical educational program, all students were instructed. Curriculum was implemented by face to face educational method and discussion and debate technique during single 2.5 hours session for each group. Three months after the end of educational program, questionnaires were completed by students again. Data were analyzed using parametric and nonparametric tests, paired T, Chi square and ANOVA.

Results: There was no significant difference among total mean scores of health behaviors in pre intervention phase, but, there was significant difference in three groups in post intervention phase ($p < 0.05$). Also, the difference was significant in comparing the pre and post scores of each group ($p < 0.05$ mothers group, $p < 0.001$ teachers group, $p < 0.001$ nurses group).

Conclusion: Education through health nurse is more effective than instruction through mothers and teachers and leads to improvement and promotion of teenage girls' health behavior.

Keywords: Health Education, Puberty Health, Adolescence, Health Behaviors

چکیده

مقدمه: هدف اصلی این مطالعه، بررسی مقایسه‌ای تاثیر آموزش بهداشت بلوغ از طریق منابع موثق آموزش بلوغ بر رفتارهای بهداشتی دختران مقطع راهنمایی یکی از شهرک‌های مسکونی منطقه یک شهر تهران بود.

روش: این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه‌تجربی از نوع کارآزمایی میدانی است. جامعه و نمونه مورد مطالعه کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دوم راهنمایی (۱۳۲ نفر) مدارس دولتی یکی از شهرک‌های مسکونی شهر تهران بودند. ابتدا دانش‌آموزان پرسش‌نامه محقق‌ساخته را تکمیل کردند. آنگاه با برنامه آموزشی یکسان، تمامی دانش‌آموزان مورد آموزش قرار گرفتند. برنامه آموزشی با استفاده از روش‌های آموزش چهره به چهره و بحث و گفت‌وگو طی یک جلسه حدوداً ۲/۵ ساعته برای گروه‌ها اجرا شد. بعد از گذشت ۳ ماه از پایان برنامه آموزشی، مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های پارامتری و غیرپارامتری، T زوجی، مجذور کای و ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی، در مرحله قبل از مداخله، در سه گروه مورد تفاوتی وجود نداشت، ولی در مرحله بعد از آموزش، در سه گروه تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0.05$). همچنین، در مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد در هر گروه، در هر سه گروه تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0.05$ گروه مادران، $p < 0.001$ گروه معلمان، $p < 0.001$ گروه پرستاران).

نتیجه‌گیری: آموزش از طریق پرستار بهداشت از آموزش از طریق مادران و معلمان موثرتر است و منجر به بهبود و ارتقای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش بهداشت، بهداشت بلوغ، نوجوانی، رفتارهای بهداشتی

[✉] **Corresponding Author:** Faculty of Nursing,
Tehran University of Medical Sciences,
Tehran, Iran
Email: marjan_delkhosh62@yahoo.com

[✉] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران

^۱ دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران

^۳ مرکز روان‌پزشکی رازی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

مقدمه

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، نوجوانی به گروه سنی ۱۰-۱۹ سال اطلاق می‌شود [۱]. این دوران، از مهم‌ترین و ارزشمندترین دوران‌های زندگی هر فرد است، زیرا سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است و نیز دوره‌ای بحرانی است که در آن بلوغ اتفاق می‌افتد [۲، ۳]. بلوغ، دوره‌ای برای انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است [۴، ۵، ۶، ۷]. تغییرات بلوغ، نوجوان را به‌سوی رشد و تکامل چشم‌گیر و عمیقی پیش می‌برد که در گذر از آن، زیربنای زندگی بزرگسالی و سالمندی پی‌ریزی می‌شود. از لحاظ آماری، بخش عظیمی (نزدیک به نیمی) از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند [۱، ۸، ۹]. تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۰۹ میلادی، جمعیت زمین به ۶/۷۷۵ میلیارد نفر خواهد رسید [۱۰]. از این تعداد، در حدود ۱/۵ میلیارد نفر در محدوده سنی بین ۱۰-۲۵ سال قرار خواهند داشت [۱۱].

در حال حاضر نوجوانانی که در رنج سنی ۱۰-۱۹ ساله قرار دارند، برجستگی دموگرافیک و بزرگترین گروه سنی در جهان را تشکیل می‌دهند. نوجوانان، نزدیک به ۲۰٪ جمعیت ۶/۵ میلیاردی کل جهان را در سال ۲۰۰۵ تشکیل می‌دادند. ۸۵٪ آنها، در کشورهای در حال توسعه زندگی کرده و در حدود ۱/۳ کل جمعیت عمومی آن کشورها را تشکیل می‌دهند [۱۲]. در ایران نیز، ۲۱/۹۰٪ جمعیت کشور یعنی در حدود ۱۵ میلیون نفر (۱۵۴۲۸۰۰۰) را افراد ۱۰-۱۹ ساله تشکیل می‌دهند [۱۳]. امروزه در دنیا، سلامت نوجوانان به‌عنوان مطلب مستقلى مطرح شده است. این امر، خصوصا از کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) در سال ۱۹۹۴ قاهره به بعد مورد تاکید ویژه‌ای قرار گرفته است [۱۴]. نوجوانی، به‌دلیل آنکه ارتباط بسیار نزدیکی با سلامتی دارد، مرحله‌ای بسیار مهم از زندگی هر فرد است؛ از طرفی سلامت دختران در این دوران، در مقایسه با پسران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ویژگی‌های بلوغ دختران و شرایط خاص جسمی-روانی این دوران و نیازهای مربوطه و از همه مهم‌تر نقش اساسی دختران در باروری و تولید مثل، بر تمامی دوران زندگی آنان تاثیر بسزایی دارد. اگرچه دوران نوجوانی دختران کوتاه است، اما زیربنا و سرآغاز جهت‌دهنده دوره بعدی زندگی آنان در بزرگسالی و سالمندی است. به‌علاوه، تاثیر مستقیمی بر خانواده، کودکان و آینده آنان و نیز بر کل جامعه خواهد گذاشت. برنامه‌ریزی برای آمادگی دختران نوجوان، در روبرو شدن با مسایل بلوغ، باید براساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی آنان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی پیش‌بینی شده و اطلاعات، آموزش‌ها و ارتباطات لازم تدارک دیده شود [۱۵]. به این ترتیب، سازمان جهانی بهداشت نیازهای آموزشی زنان و دختران، به‌ویژه در زمینه بهداشت و سلامت، به‌عنوان یک اولویت مشخص کرده

است [۱۶]. بنابراین، ضرورت انجام مطالعه پیرامون بهداشت نوجوان و نقطه عطف آن یعنی بهداشت بلوغ در دختران، امری بدیهی و روشن است [۱۲]. از شروع زمان بلوغ و بعد از آن، دختران در معرض مسایل جسمی-روانی متعددی مانند سوء تغذیه، فقر آهن، ابتلا به عفونت‌های دستگاه تناسلی-ادراری، عفونت‌های منتقله از راه جنسی، سندروم پیش از قاعدگی، سقط، حاملگی در سنین کم، زایمان، یائسگی و غیره قرار دارند که برای اولین بار آنها را تجربه می‌کنند. امروزه، چاقی بر سایر بیماری‌های مزمن دوران نوجوانی مسلط شده است [۱]. تغذیه به‌عنوان عاملی مهم در تعیین سلامتی، می‌تواند بر موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان موثر باشد [۱۷]. حضور حدود ۱۷ میلیون دانش‌آموز در مدارس، فرصتی طلایی برای آموزش تغذیه است [۱۸]. نزدیک به نیمی از زنان در کشورهای در حال توسعه، دچار کم‌خونی هستند [۱۹]. آکنه نیز، از مشکلاتی است که در حدود ۸۰-۷۰٪ نوجوانان با آن روبرو هستند [۲۰]. دیسمنوره، مسأله شایعی است که تقریباً نیمی از زنان حین قاعدگی آن را تجربه می‌کنند [۲۱، ۲۲]. در حدود نیمی از زنانی که در سنین باروری هستند نیز دچار سندروم پیش از قاعدگی (PMS) می‌شوند [۲۳]. از دیگر مشکلات جسمی که دختران جوان را (خصوصاً در دوران قاعدگی) تهدید می‌کند، عفونت دستگاه ادراری-تناسلی است که از شایع‌ترین علل مراجعه جوانان به پزشک است [۲۴]. بنابراین آموزش بهداشت، می‌تواند مهم‌ترین و اساسی‌ترین نقش را در پیشگیری و رفع مشکلات دوران بلوغ ایفا نماید. هدف آموزش بهداشت، ایجاد تغییرات رفتاری مثبت و کمک به افراد برای اتخاذ و حفظ رفتارهای سالم است [۲۵]. آموزش باید به‌منظور آگاه‌سازی در زمینه مسایل جسمی، روانی و اجتماعی دوران بلوغ و در سه محور خانواده، مدرسه و آموزش همگانی صورت بگیرد. خانواده به‌عنوان اولین واحد اجتماعی، مهم‌ترین نقش را در آموزش و انتقال رفتارهای بهداشتی به اعضای خانواده بر عهده دارد [۷]. خصوصاً نقش مادر در این زمینه از دیگران بارزتر است و بیشتر دختران نوجوان، رفتارهای بهداشتی را از مادران خود یاد می‌گیرند [۲۶]. نظام آموزشی نیز وسیع‌ترین و عظیم‌ترین کانال انتشار و توزیع دانش بهداشتی و کمک به جوامع، برای ارتقاء نگرش‌ها و مهارت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه جهان است. معلمان، در تماس مستقیم با دانش‌آموزان و والدین‌شان، در دوره چندساله هستند. همچنین جزو افراد با نفوذ جوامع خویش به‌شمار می‌روند [۲۷]. از طرف دیگر، پرستاران در آموزش مسایل مرتبط با قاعدگی و جنسیت، به‌عنوان منبع اطلاعاتی مهم در رابطه با این موضوع، نقش مهمی بر عهده دارند.

از جمله مهم‌ترین مسایلی که نوجوانان در کشور ما با آن روبرو هستند، عدم دریافت آموزش‌های کافی پیرامون مسایل مرتبط با بهداشت دوران بلوغ آن هم از طریق منابع اطلاعاتی سالم و

نظر گرفته شدند. با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۳۲ نفر وارد مطالعه ما شدند (۳۵ نفر در گروه مورد ۱، ۵۸ نفر در گروه مورد ۲ و ۳۹ نفر در گروه مورد ۳).

برنامه آموزشی به صورت کلاس‌های آموزشی با استفاده از روش‌های سخنرانی چهره به چهره، پرسش و پاسخ و بحث و گفت‌وگو طی یک جلسه ۲/۵ ساعته برای آرایه‌کنندگان گروه‌های مورد آرایه شد. بدین صورت که پژوهشگر کلاس آموزشی برای مادران، معلمان (معلمان علوم تجربی، پرورشی، دینی، قرآن، بهداشت) و در نهایت دانش‌آموزان جامعه آرایه کرد. سپس، با فاصله ۳ ماه چگونگی تأثیر آن با انجام آزمون ثانویه، مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه محقق ساخته دوبخشی بود که در انجام آزمون اولیه و آزمون ثانویه مورد استفاده قرار گرفت. بخش اول بررسی خصوصیات دموگرافیک (شامل ۲۵ سؤال) در رابطه با سن، سن قاعدگی، درآمد و میزان تحصیلات و سن و شغل والدین، تعداد فرزندان، رتبه فرزند، تعداد خواهران بزرگتر و فاصله سنی دختر نوجوان با خواهر بزرگتر، تغییرات و علایم بلوغ جسمی و همچنین اطلاعات قبلی راجع به تغییرات و مسایل بهداشتی دوران بلوغ بود. بخش دوم پرسش‌نامه فرم خودگزارش‌دهی چگونگی رفتار بهداشتی دختران در مورد بهداشت دوران بلوغ و عادت ماهیانه بود (۵۰ سؤال در قالب ۹ حیطه با محدوده نمره صفر تا ۲۸۴). ۹ حیطه شامل بهداشت پوست و کنترل جوش‌ها، بهداشت لباس‌های زیر، نحوه ضدعفونی لباس‌های زیر، بهداشت ناحیه تناسلی، استفاده از پد بهداشتی، ورزش در دوران بلوغ و قاعدگی، تغذیه در دوران بلوغ و قاعدگی، خواب و استراحت و کنترل دردهای دوران قاعدگی بودند که براساس مقیاس لیکرت ۵مقیاسی (همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز) تقسیم‌بندی شدند. با توجه به اینکه برخی سؤالات مثبت و برخی منفی طراحی شده بودند، از روش نمره‌دهی معکوس استفاده شد.

طراحی شده است. بسیاری از مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی و رفتارهای ناسالم افراد، ریشه در زمان نوجوانی دارند. در نتیجه، پرداختن به مسایل و نیازهای آموزشی بهداشت دوران بلوغ نوجوانان (مانند آگاهی از بلوغ و تغییرات جسمی آن، تغذیه مناسب در این دوران و قاعدگی، اهمیت ورزش روزانه، بهداشت ناحیه تناسلی و ازاله موهای زاید، خواب و استراحت، استحمام، طهارت، بهداشت قاعدگی، تمیزی پوست و درمان آکنه، درمان دردهای قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی) و شناخت منابع اطلاعاتی سالم و اثربخش، به منظور آموزش این مسایل به آنها و تعیین موثرترین منابع اطلاعاتی برای آموزش، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. نتایج مطالعات گذشته، حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر تغییر رفتارها هستند. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه و تعیین موثرترین کانون انتقال اطلاعات در ارتقاء بیشتر و بهتر بهداشت دوران بلوغ در نوجوانان دختر در موضوعات مختلف آن، به منظور طراحی پروتکل‌های آموزشی مربوطه از طرف مراجع ذیربط، بود.

روش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی و از نوع کارآزمایی میدانی است که به صورت مداخله آموزشی انجام شد. جامعه پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دوم راهنمایی مدارس دولتی یکی از شهرک‌های مسکونی شهر تهران در سال ۱۳۸۷ بودند. برای انتخاب جامعه پژوهش از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. ابتدا برای ۲۵۴ دانش‌آموز مشغول به تحصیل در ۳ مدرسه موجود در شهرک مورد نظر، پرسش‌نامه جمع‌آوری اطلاعات تکمیل شد. واحدهای پژوهش یک مدرسه به عنوان گروه مورد ۱ (دریافت‌کننده آموزش از طریق مادران)، واحدهای پژوهش یک مدرسه به عنوان گروه مورد ۲ (دریافت‌کننده آموزش از طریق معلمان) و واحدهای پژوهش یک مدرسه به عنوان گروه مورد ۳ (دریافت‌کننده آموزش از طریق پرستار بهداشت جامعه) در

جدول ۱) مقایسه میانگین متغیرهای کمی در گروه‌های سه‌گانه

گروه ← متغیر ↓	مادران	معلمان	پرستاران	کل	مقدار p
سن مادران	۳۹/۷۰±۵/۲۲	۳۹/۸۶±۳/۴۹	۳۸/۱۹±۴/۹۱	۳۹/۳۲±۴/۴۶	۰/۸۳
سن دختران	۱۲/۷۱±۰/۵۱	۱۲/۵۴±۰/۴۹	۱۲/۶۰±۰/۵۲	۱۲/۶۵±۰/۵۱	۰/۹۴
سن پدران	۴۴/۱۸±۴/۳۲	۴۴±۳/۶۶	۴۴/۳۲±۴/۸۳	۴۴/۴±۴/۱۸	۰/۹۹
تعداد فرزندان خانواده	۳/۰۸±۰/۹۵	۳/۰۷±۱/۰۲	۲/۷۴±۱/۴۲	۲/۹۷±۱/۱۴	۰/۰۷
رتبه فرزند	۲/۶۲±۱/۱۹	۲/۴۵±۱/۰۶	۲/۲۳±۱/۳۲	۲/۴۳±۱/۱۷	۰/۱۵
تعداد خواهران بزرگتر	۰/۶۸±۰/۷۱	۰/۶۵±۰/۸۰	۰/۵۸±۰/۷۱	۰/۶۴±۰/۷۵	۰/۹۲
فاصله سنی با خواهر بزرگتر	۴±۴/۳۵	۳/۲±۴/۰۴	۲/۹۷±۴/۲۲	۳/۳۶±۴/۱۷	۰/۳۷
سن منارک	۱۲/۱۲±۰/۷۹	۱۲/۰۱±۰/۷۶	۱۱/۷۹±۰/۹۲	۱۱/۹۷±۰/۸۲	۰/۲۹

جدول ۲) میانگین نمرات در حیطه نمره کل رفتارهای بهداشتی در زمان‌های قبل و بعد از آموزش در گروه‌های سه‌گانه

مرحله ←	قبل	بعد	مقدار p	↓ خرده‌مقیاس	T زوجی
	Mean±SD	Mean±SD			
نمره کل	۱۷۰/۳۴±۲۴/۱۵	۱۸۱/۰۶±۲۱/۷۹	۰/۰۰۵	مادران	
	۱۷۵/۷۹±۱۹/۵۴	۱۹۱/۷۸±۱۹/۵۲	۰/۰۰۱	معلمان	
	۱۷۱/۴۲±۲۲/۹۷	۱۹۵/۰۷±۲۶/۳۱	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۴۳۷	۰/۰۲			
بهداشت پوست	۳۹/۳۰±۶/۷۱	۴۱/۵۳±۶/۴۴	۰/۰۰۷	مادران	
	۴۱/۲۳±۷/۶۷	۴۴/۸۷±۶/۱۲	۰/۰۰۱	معلمان	
	۴۰/۷۰±۶/۷۵	۴۶/۹۴±۷/۴۹	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۴۵	۰/۰۰۳			
لباس زیر	۱۱/۰۵±۳/۴۸	۱۱/۰۵±۳/۱۶	۰/۹۹	مادران	
	۱۱/۱۰±۲/۴۷	۱۲/۱۸±۲/۴۹	۰/۰۰۱	معلمان	
	۹/۹۴±۲/۴۱	۱۲/۷۱±۳/۰۸	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۱۰	۰/۰۴			
نحوه ضد عفونی لباس زیر	۱۰/۲۵±۳/۳۴	۹/۵۴±۲/۹۵	۰/۱۸	مادران	
	۹/۸۰±۲/۸۲	۹/۹۴±۳/۱۷	۰/۶۹	معلمان	
	۹/۲۰±۲/۵۹	۱۰/۴۱±۲/۵۲	۰/۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۲۹	۰/۴۴			
بهداشت ناحیه تناسلی	۳۹/۹۸±۵/۷۳	۳۰/۰۷±۶/۲۰	۰/۹۱	مادران	
	۳۹/۸۵±۵/۴۹	۳۲/۶۴±۴/۶۳	۰/۰۰۱	معلمان	
	۳۹/۴۳±۵/۴۰	۳۳/۵۱±۴/۴۱	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۹۰	۰/۰۱			
استفاده از پد بهداشتی	۶/۰۶±۲/۴۴	۷/۲۵±۱/۷۲	۰/۰۰۳	مادران	
	۷/۰۳±۲/۳۱	۷/۸۱±۲/۴۸	۰/۰۲	معلمان	
	۶/۰۸±۱/۹۸	۸/۳۸±۲/۳۰	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۰۶	۰/۱۰			
ورزش	۱۰/۵۰±۴/۱۰	۱۱/۷۴±۳/۹۴	۰/۱۰	مادران	
	۱۰/۴۷±۴/۲۹	۱۱/۲۳±۴/۳۵	۰/۱۸	معلمان	
	۹/۰۷±۳/۶۸	۱۱/۹۰±۳/۹۱	۰/۰۰۱	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۱۹	۰/۷۰			
تغذیه	۴۴/۶۹±۹/۱۴	۴۸/۰۸±۷/۹۲	۰/۰۴	مادران	
	۴۴/۸۲±۶/۷۸	۴۹/۵۸±۶/۵۵	۰/۰۰۱	معلمان	
	۴۵/۴۴±۸/۱۷	۴۸/۰۶±۸/۳۱	۰/۰۵	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۹۰	۰/۵۱			
خواب و استراحت	۱۲/۰۴±۳/۹۱	۱۲/۹۴±۴/۰۴	۰/۲۶	مادران	
	۱۳/۹۱±۳/۴۵	۱۴/۹۰±۳/۴۹	۰/۰۵	معلمان	
	۱۲/۹۴±۳/۳۲	۱۳/۲۱±۳/۶۸	۰/۷۳	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۰۵	۰/۰۲			
کنترل درد	۶/۴۳±۲/۶۸	۸/۸۲±۲/۷۱	۰/۰۰۱	مادران	
	۷/۵۳±۲/۹۳	۸/۵۹±۲/۳۷	۰/۰۰۵	معلمان	
	۸/۵۳±۲/۹۰	۹/۹۳±۲/۷۸	۰/۰۰۲	پرستاران	
مقدار p (ANOVA)					
	۰/۰۰۸	۰/۰۴			

استفاده شد و سپس در اختیار ۱۵ نفر از اساتید و صاحب‌نظران قرار گرفت. در نهایت، با نظرات اصلاحی و تکمیلی آنان مجدداً مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفت و بدین صورت تایید شد. برای تعیین اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات، از روش "آزمون/آزمون مجدد" استفاده شد. پرسش‌نامه در اختیار ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دوم راهنمایی در محیطی جدا از محیط پژوهش قرار گرفت و بعد از گذشت حدود ۳ هفته آزمون مجدد انجام شد. نتایج حاصل با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ضریب همبستگی ۰/۹۶ به‌دست آمد.

بعد از اجرای پیش‌آزمون، مداخله آموزشی برای هر سه گروه مورد انجام گرفت. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از ابزار SPSS 13 و آزمون‌های پارامتریک و غیرپارامتریک شامل آنالیز واریانس یک‌طرفه، کروسکال-والیس، T زوجی و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. به‌منظور مقایسه نتایج قبل و بعد در هر گروه نیز از آزمون‌های آماری T زوجی و مجذور کای و برای مقایسه گروه‌های سه‌گانه از روش ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌ها ۱۲/۶۵±۵۱ و میانگین سن اولین عادت ماهیانه (منارک) آنان ۱۱/۹۷±۰/۸۲ بود (جدول ۱). از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، تفاوت معنی‌داری بین هیچ‌یک از متغیرهای گروه‌های سه‌گانه وجود نداشت.

طبق نتایج آزمون T زوجی، در متغیر "دارا بودن اطلاعات قبلی مرتبط با تغییرات و مسایل بهداشتی دوران بلوغ" (مانند تغییرات دوران بلوغ، تغذیه در دوران بلوغ و قاعدگی، نوع ورزش و چگونگی آن، بهداشت ناحیه تناسلی، بهداشت دوران قاعدگی، نحوه طهارت و شست‌وشو و استحمام)، تفاوت معنی‌داری در نمره اکتسابی قبل و بعد از مداخله وجود نداشت.

۴۷٪ واحدهای پژوهش اطلاعات ناقصی در مورد پدیده عادت ماهیانه در زمان قبل از وقوع آن داشتند و ۲۱/۲٪ اصلاً از وقوع عادت ماهیانه اطلاع نداشتند. بین میزان آگاهی دختران از پدیده عادت ماهیانه قبل از وقوع آن، در گروه‌های سه‌گانه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۰۷). اکثریت دختران در هر سه گروه آموزشی و نیز در کل، فقط "تا حدودی" از عادت ماهیانه قبل از وقوع آن اطلاع داشتند.

طبق نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین میانگین نمره هر یک از ۹ حیطه رفتارهای بهداشتی (به غیر از "خواب و استراحت" و "کنترل درد در دوران عادت ماهیانه") و نمره کل آن (در ۹ حیطه)، در مرحله قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشت. در مرحله بعد از آموزش، تفاوت "نمره کل"، بهداشت پوست، "بهداشت لباس‌های زیر"، "بهداشت ناحیه

برای تعیین اعتبار علمی سؤالات از منابع داخلی و خارجی

تناسلی"، "خواب و استراحت" و "کنترل در دوران عادت ماهیانه" بین سه گروه معنی‌دار بود (جدول ۲).

میزان رفتارهای بهداشتی دختران در دوران بلوغ و قاعدگی بعد از مداخله آموزشی، به نحو مطلوب و معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0.05$; جدول ۳). بین سه گروه مورد از نظر رتبه رفتارهای بهداشتی در زمان قبل از مداخله تفاوتی وجود نداشت ($p = 0.49$)، ولی در زمان بعد از مداخله این تفاوت معنی‌دار بود ($p = 0.02$). لازم به ذکر است که در زمان قبل و بعد از آموزش، هیچ‌یک از نمونه‌های پژوهش در ۳ گروه، در رفتارهای بهداشتی رتبه ضعیف کسب نکردند.

جدول ۳) توزیع فراوانی مطلق و نسبی رتبه رفتار بهداشتی دختران قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مورد بررسی

مرحله ← گروه ↓	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	متوسط	خوب	متوسط	خوب
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
مادران	۲۸	۸۰	۷	۲۰
معلمان	۴۲	۷۲/۴	۱۶	۲۷/۶
پرستاران	۳۲	۸۲/۱	۷	۱۷/۹
کل	۱۰۲	۷۷/۳	۳۰	۲۲/۷
مقدار p (کروسکال والیس)	۰/۴۹		۰/۰۲	

کاهش دهد. دختران جوان معمولاً به دلیل شرم و حیا، مشکلات دوران بلوغ خود را با مادران در میان نمی‌گذارند. آموزش، از موثرترین اهداف در ایجاد تغییر رفتار است و نوجوانان برای اتخاذ تصمیم و انتخاب رفتارهای مثبت در زندگی خود، نیازمند دریافت آگاهی و مهارت‌های زندگی هستند [۳۴]. از ۹ حیطه بهداشتی مورد بررسی، آموزش ارایه‌شده از طریق منبع آموزشی "پرستار بهداشت" در حیطه‌های "بهداشت پوست"، "بهداشت لباس زیر"، "نحوه ضد عفونی لباس‌های زیر"، "بهداشت ناحیه تناسلی"، "استفاده از پد بهداشتی"، "ورزش"، "تغذیه" و "کنترل دردهای دوران عادت ماهیانه" موثر بوده و منجر به بهبود رفتار بهداشتی دختران در حیطه‌های مذکور شد. نتایج مطالعات نظری [۳۳]، آقاملایی [۳۵] و آستین [۳۶] با نتایج این مطالعه همخوانی دارند. اسمیت در این زمینه می‌نویسد "پرستاران بهداشت مدارس، نقش مهم و بارزی در امر بهداشت ایفا می‌کنند" [۳۷]. پریس و گوین نیز ارایه اطلاعات و آموزش‌ها در رابطه با بهداشت شخصی، در دوران نوجوانی به نوجوانان را ضروری می‌دانند و در این راستا، پرستار (بهداشت) می‌تواند به نوجوان کمک کند تا رفتارهای بهداشتی و نیز بهداشت دوران عادت ماهیانه را رعایت کند [۳۸]. مجمع عمومی پرستاران، پرستاران مدارس را تشویق می‌کند تا با مدارس، والدین و جامعه همکاری کنند [۳۷].

از طرفی، در برنامه‌های بهداشت مدارس، علاوه بر اهمیت دادن به آموزش دانش‌آموزان، بایستی نسبت به آگاه‌سازی مسئولان و اولیا دانش‌آموزان خصوصاً "مادران" نیز توجه شود. نیس و /یون می‌نویسند که "والدین را برای حمایت از کودکان‌شان برای شرکت در فعالیت‌های فیزیکی تشویق کنید و برنامه‌های آموزشی، به‌منظور توانمندسازی معلمان، مربیان، پرسنل مراقبت‌های بهداشتی و سایر پرسنل جامعه و مدرسه، برای ارتقاء فعالیت فیزیکی و طول عمر تهیه کنید" [۳۹]. انجام رفتارهای بهداشتی دوران عادت ماهیانه نیز مستلزم وجود امکانات و تسهیلات بهداشتی، عملکردهای حمایتی مادران در زمینه تغذیه و رعایت نکات بهداشتی است. بنابراین مشارکت مادران در امر آموزش به دختران ضروری است [۴۰]. در این مطالعه از ۹ حیطه مورد بررسی، آموزش ارایه شده از طریق منبع آموزشی "مادران" در حیطه‌های "استفاده از پد بهداشتی"، "تغذیه" و "کنترل دردهای دوران عادت ماهیانه" موثر بوده و منجر به بهبود رفتار بهداشتی دختران در حیطه‌های مذکور شد که در این رابطه، مطالعه /نوشه [۳۲]، اسکندری [۴۱] و /فراهانی [۴۲] نیز با این نتایج همخوانی دارند. به این ترتیب، با توجه به آنکه آگاه‌سازی مادران و ارایه آموزش به آنان ضروری است، می‌توان از پرستاران بهداشت در امر آموزش به والدین در جلسه‌های اولیا و مربیان کمک گرفته شود [۲۲]. از سویی دیگر، معلمان می‌توانند به‌عنوان منابعی موثق، آموزش‌های دوران بلوغ را به دختران دانش‌آموز انتقال

بحث

بین سن منارک و نمره اکتسابی در رفتارهای بهداشتی، در قبل و بعد زمان از مداخله، ارتباطی وجود نداشته است. در این راستا، یافته‌های مطالعات قهرمانی [۲۸]، فیروزان [۲۹] و کشاورز [۳۰]، با نتایج این مطالعه همخوانی دارند. همچنین بین سن مادر، طبقات تحصیلاتی مادر، شغل مادر، سن پدر، تحصیلات پدر، تعداد کل فرزندان خانواده، داشتن خواهر بزرگتر و نیز میزان درآمد ماهیانه خانواده، با نمره اکتسابی در رفتارهای بهداشتی دختران، قبل و بعد از مداخله تفاوتی وجود نداشت. نتایج مطالعه علوی با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۳].

همچنین نتایج، نشان‌دهنده موثر بودن آموزش‌های ارایه شده از طریق هر سه منبع آموزشی مادران، معلمان و پرستار بهداشت بر بهبود و ارتقای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان بود که آموزش‌های ارایه شده از طریق پرستار بهداشت، از دو منبع دیگر موثرتر بودند (پرستار بهداشت < معلمان < مادران). در این رابطه، نتایج مطالعات فیروزان [۲۹]، قهرمانی [۲۸]، /نوشه [۳۲] و نظری [۳۳] نیز با نتایج این مطالعه همخوانی دارند. آگاهی دختران از رعایت نکات بهداشتی در دوران بلوغ، می‌تواند نقش موثری در عملکرد آنها داشته باشد و بسیاری از مشکلات بعدی را در آنان

دختر موثر واقع شود و در این میان، نقش پرستار بهداشت از دیگر منابع آموزشی موثرتر است.

تشکر و قدردانی: از مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری و اداره آموزش و پرورش منطقه ۱ شهر تهران و نیز کلیه اساتید و عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1- Russell V, Robert B. ABC of adolescence. BMJ. 2005;330(7488):411-4.
- 2- Adolescent Health Care and Health Services Research. Role of partnerships. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2000.
- 3- Family and Community Health Bureau. Center for Health Statistics. Health Assess Q. 2000;1(4):3-9
- 4- Kidshealth.org [homepage on the Internet]. What is puberty? Denver: The Center; c2001 [updated 2007 Aug; cited 2003 Feb 22]. Available from: http://www.kidshealth.org/kid/grow/body_stuff/puberty.html
- 5- Susan G. Puberty gone wild. Soc Sci Public. 2009;3(11):4-8.
- 6- Reproduced from the Better Health Channel [homepage on the Internet]. Victoria; c2003 [updated 2005 Dec; cited 2009 Aug 4]. Available from: www.betterhealth.vic.gov.au
- 7- Wikipedia [homepage on the Internet]. California; c2001 [updated 2010 Feb; cited 2009 Jun 2]. Available from: www.Wikipediafoundation.org
- 8- Unfpa.org [homepage on the Internet]. Milwaukee; c2001 [updated 2001 Jan; cited 2003 Dec 15]. Available from: www.unfpa.org
- 9- State of World Population. The state of world population report. USA: Journalists' Press Kit; 2005.
- 10- Wikipedia [homepage on the Internet]. World population. California; c2001 [updated 2010 Feb; cited 2008 Jun 2]. Available from: www.Wikipedia.org
- 11- UNICEF. Plan your families: Plan your future. Malaysia: UNICEF; 2008.
- 12- Richter LM. Studding adolescence. Science. 2006;312(5782):1902-5
- 13- Iran Statistics Center. Selected results of population and housing census, 2006. Tehran: Statistics Center Publication; 2007. [Persian]
- 14- Ministry of Health and Medical Education. Healthy young. Tehran: Family Health Department; 2006. [Persian]
- 15- Ahmadi B, Malekafzali H. Puberty health educational needs of girl students tips third south of Tehran, 1998. Iran Health. 1999;28(1):7-10. [Persian]
- 16- Ebrahimi MA, Helmsersht P, Delpishe E. Community health nursing. Tehran: Chehr Publication; 2006. [Persian]
- 17- CDC. Sedentary school health education related to nutrition and physical activity 2004. MMWR. 2006;55(30):821-4.
- 18- Ministry of Health and Medical Education. Set of nutrition education in primary school. Tehran: Health and Medical Education Publication; 2002. [Persian]
- 19- Ministry of Health and Medical Education. Improved child nutrition and growth. Tehran: United Nations

دهند. نیس و / یون می‌نویسند که "مدارس مکانی بسیار مناسب برای ارتقای بهداشت و سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها هستند" [۳۹]. آموزش بهداشت مبتنی بر مدرسه، می‌تواند به افراد نوجوان به‌منظور ارتقای دانش، مهارت‌ها و انگیزه آنها کمک کند. همچنین به آنها در انتخاب رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشتی کمک کرده و مانع از ادامه رفتارهایی شود که آنها را در مخاطرات سلامتی و مشکلات اجتماعی می‌اندازد. بهداشت نوجوانان سن مدرسه، به‌طور بارزی مرتبط با دریافت‌هایی است که آنها در مدرسه‌شان کسب کرده‌اند [۴۳]. در مطالعه‌ای که توسط مرکز کنترل بیماری‌ها، طی سال‌های ۲۰۰۳-۰۴ روی نوجوانان صورت گرفت، مشخص شد که آموزش بهداشت مدرسه می‌تواند به بهبود و ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای، کاهش رفتارهای زندگی ساکن و بی‌تحرک و نیز افزایش فعالیت جسمی بین نوجوانان موثر باشد [۱۷].

برخی از آموزش‌ها، سلامت نوجوانان را ارتقاء داده و باعث بهبود سلامت عمومی می‌شوند [۴۴]. طبق نظر / سمیت، از قدم‌های حیاتی برای ارتقای برنامه‌های آموزش بهداشت، برگزاری جلسات آگاه‌سازی برای کارکنان مدرسه، اعضای جامعه و هیات مدیره مدرسه است. از طرفی اهداف برنامه مردم سالم تا سال ۲۰۱۰، از آموزش بهداشت مبتنی بر مدرسه و ارتقای بهداشت حمایت می‌کنند [۳۷]. در این تحقیق، از معلمان به‌عنوان یکی از افراد جامعه و ذی‌نفوذترین فرد در دوران تحصیل، برای آموزش بهداشت به‌منظور ارتقای رفتارهای بهداشتی دختران استفاده شد. از ۹ حیطه مورد بررسی، آموزش ارایه شده از طریق منبع آموزشی "معلمان" در حیطه‌های "بهداشت پوست"، "بهداشت لباس زیر"، "بهداشت ناحیه تناسلی"، "استفاده از پد بهداشتی"، "تغذیه" و "کنترل دردهای دوران عادت ماهیانه" موثر بوده و منجر به بهبود رفتار بهداشتی دختران در حیطه‌های مذکور شد.

نتایج تحقیق کان، کاوه، عبدی و / لاسوند نیز با این نتایج همخوانی دارند [۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸]. می‌شائیل می‌نویسد که به‌طور کلی درگیر ساختن و ایجاد ارتباط بین خانواده و جامعه در مدارس، به‌طور بسیار قوی منجر به بهبود دریافت‌های دانش‌آموزان و نیز ارتقای برنامه‌های بهداشتی مدارس می‌شود [۴۹]. در کل، یافته‌ها نشان داد که رتبه مجموع رفتارهای بهداشتی دختران در دوران بلوغ و قاعدگی بعد از مداخله آموزشی، به نحو مطلوبی افزایش یافته است که در این راستا نتایج مطالعات / سکندری، فیروزان، حسینی، / نوشه و قهرمانی نیز با این نتایج همخوانی دارند [۲۸، ۲۹، ۳۲، ۴۱، ۵۰].

نتیجه‌گیری

ارایه آموزش‌های بهداشت دوران بلوغ از طریق منابع آموزشی موثق می‌تواند در بهبود و ارتقای رفتارهای بهداشتی نوجوانان

- disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(9):865-9.
- 37- France AM, Claudia MS. Community public health nursing practice: Health for families and populations. 3rd ed. USA: Elsevier Saunders; 2005.
- 38- Price DL, Gwin JF. Thompson's pediatric nursing. 9th ed. USA: Elsevier Saunders; 2005.
- 39- Nise M, Mc Ewen M. Community health nursing: Promoting the health of populations. 3rd ed. USA: Elsevier Saunders; 2001.
- 40- Melinda N. Effect of obesity prevention program on the eating behavior of Africa-American mother druthers. Health Educ Behav. 2003;24(2):156.
- 41- Eskandari M. Effect of counseling mothers on health behaviors during menstruation in girls schools in Arsanjan, 1998 [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 1998. [Persian]
- 42- Farahani M. The effect of education on maternal performance of primary schools students in four regional educations of Tehran about health behaviors in the prevention of sore throat [dissertation]. Tehran: Iran University; 1996. [Persian]
- 43- Pateman B. School health education: A PowerPoint presentation on integrating the national health education standards with priority content areas for today school health education. Epub J. 2006;3(2):63.
- 44- Grunbaum J, Williams S, Kann L, Kinchen S, Kolbe L. Surveillance for characteristics of health education among secondary school. J Sch Health. 2000;49(8):38-41.
- 45- Kann L. Health education: Results from the school health policies and programs study. J Sch Health. 2007;77(8):408-34.
- 46- Kave Mohamadhosayn K. Comparison of effect of individual health education by teachers and mothers on knowledge and behavior of male students in third and fourth elementary Shiraz [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 1993. [Persian]
- 47- Abdi M. Effect of health education program by teachers on the prevention of pinworm infection in primary schools for girls in Ardakan [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 1998. [Persian]
- 48- Alasvand M. The role of individual health education teachers in primary schools of Ahwaz [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2003. [Persian]
- 49- Michael S, Dittus P, Epstein J. Family and community involvement in schools: Results from the school health. Prog Stud. 2007;77(8):567-87.
- 50- Hasani L. Knowledge, attitude and practice of city high school girls about hygiene during menstruation, Ghaemshahr [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 2002. [Persian]
- Children's Fund; 2001. [Persian]
- 20- Hosayni M, Rohani K, Hosaynzade S. Family health nursing. Tehran: Boshra Publication; 2007. [Persian]
- 21- Paige B. Consumer health interactive. New York: Women's Health Menstrual Cramps; 2009.
- 22- Paige B. Dysmenorrhea. New York: Women's Health Menstrual Cramps; 2009.
- 23- Wikipedia [homepage on the Internet]. Premenstrual syndrome. California; c2001 [updated 2010 Feb; cited 2008 Jun 20]. Available from: www.Wikipediafoundation.org.
- 24- Kidshealth.org [homepage on the Internet]. Urinary tract infections. Denver; c2007 [updated 2007 Dec; cited 2005 Jan 2]. Available from: www.Kidshealth.org
- 25- MacKenzie MB. Effective teaching-the design and delivery of community lectures are integral to successful adult health education programs. New York: Maria Soper; 2008.
- 26- Kaplan E, Laine Bell. Women's perceptions of the adolescent experience. Adolescence. 1997;32(127):40-8.
- 27- Ramachandran L. Health education. Shafiei F, translator. Tehran: Tehran University Publication; 2004. [Persian]
- 28- Ghahremani L. Effect of puberty health education on physical health behaviors in girls schools Chabahar [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2003. [Persian]
- 29- Firozan A. Effect of health education on health behaviors of adolescent girls during periods [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2001. [Persian]
- 30- Keshavarz T. Rated age of menarche and high school students tips on four areas of the city of Shiraz. Shiraz Nurs Mid J. 1993;5(2):1-4. [Persian]
- 31- Alavi M. Evaluation of knowledge and attitude of girl students in Tehran in the second tips adulthood. Payesh J. 2009;5(1):8-10. [Persian]
- 32- Anoshe M. Effect of training design and general observation model for health promotion in adolescent girl's puberty [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2002. [Persian]
- 33- Nazari M. Effect of health education on nutrition behaviors of girls in primary schools in Chabahar [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2003. [Persian]
- 34- YNFPA. Partners for change. Enlisting man in HIV/AIDS prevention. New York : McGraw Hill; 2000.
- 35- Aghamolaei T. Effect of oral health education on health behaviors boys schools [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 1997. [Persian]
- 36- Austin SB, Juhee K, Wiecha J. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of