

# بررسی نیازهای آموزشی بهداشت دوران بلوغ دختران دانش آموز

راهنمایی استان مازندران، سال ۱۳۸۲

فاطمه عبد الله‌ی (M.Sc.)<sup>\*</sup> بیژن شعبانخانی (M.Sc.)<sup>\*\*</sup> صغری خانی (M.Sc.)<sup>\*\*\*</sup>

## چکیده

سابقه و هدف: از آنجا که برنامه ریزی برای آمادگی دختران نوجوان در روبه رو شدن با مسائل بلوغ باید بر اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی آنها پیش بینی و اطلاعات آموزشی لازم تدارک دیده شود، این مطالعه با هدف تعیین میزان دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی دختران مدارس راهنمایی استان مازندران در مورد بلوغ در سال ۱۳۸۲ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این بررسی یک مطالعه توصیفی بر روی KAP دختران مدارس راهنمایی شهرهای استان مازندران جهت تعیین نیازهای بهداشتی و برنامه ریزی آموزشی می‌باشد. نمونه‌های مورد مطالعه ۱۷۴۶ نفر بوده که به روش خوش‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه حاوی سوالات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و عملکرد با مراجعه به مدارس جمع آوری شد. پس از جمع آوری داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS و فرمول‌های آماری  $X^2$ , آنالیز واریانس و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شد و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی در سه سطح ضعیف، متوسط، خوب رده‌بندی شد و ارتباط آنها با هم و با متغیرهای تأثیرگذار سنجیده شد و در پایان بر اساس یافته‌ها، نیازهای آموزشی تعیین و برنا مه آموزشی پیشنهاد شد.

یافته‌ها: میانگین سنی و سن قاعده‌گی نمونه‌های مورد پژوهش به ترتیب ۱۳/۳۳ و ۱۲/۲۵ سال بود. سطح سواد والدین اکثریت نمونه‌ها (۳۵درصد) پایین بود. نتایج نشان داد که ۵/۸ درصد دختران، معنی کامل بلوغ را رشد کامل جسمی- روانی و پذیده قاعده‌گی می‌دانستند و آگاهی ۳۳/۴ درصد آنان از بهداشت بلوغ، ضعیف بوده است. میزان فعالیت ورزشی، استحمام و روش تغذیه آنان در دوران قاعده‌گی به علت عدم آگاهی، کمتر از حد معمول با بدون تغییر بوده است. (۰/۰۰۰۱<P). علی‌رغم این که نگرش اکثریت آنها (۳/۷۳) درصد نسبت به قاعده‌گی خوب بود، عملکرد روانی آنها (۸/۶۷درصد) نسبت به آن ضعیف بوده است. همچنین ۶۲درصد دختران برای اولین بار قاعده‌گی خود را با مادران مطرح کردند که این نتایج با منبع بهداشتی مورد انتظار دختران، همخوانی دارد (۰/۰۰۰۱<P). و نیز بین آگاهی و عملکرد بهداشتی دختران با نگرش آنان نسبت به بلوغ، ارتباط معنی داری وجود دارد (۰/۰۰۰۱<P).

استنتاج: نتایج، حاکی از آن بود که علی‌رغم تمایل اکثریت دختران نسبت به دانش بلوغ، آگاهی و عملکرد آنان در مورد بلوغ و رعایت نکات بهداشتی، ضعیف بوده است و موثرترین و مطمئن‌ترین کانال انتقال اطلاعات در این زمینه مادران می‌باشند و نکته مهم دیگر آن که دانسته‌ها نباید محدود به مکانیسم‌های بلوغ و قاعده‌گی باشد بلکه باید به فهم عمیق تر نوحوانان از تغییر فیزیکی و روانی بلوغ و ارتباط آن با مسایل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج با توجه به تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی و سنی کمک کند.

واژه‌های کلیدی: نوجوانان، بلوغ جسمانی، بهداشت در نوحوانی، خدمات بهداشتی مدرسه‌ها، نگرش

\* کارشناس ارشد مامانی، عضو هیأت علمی (مری) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

ساری: خیابان وصال- دانشکده بهداشت

\*\* کارشناس ارشد آمار و اپیدمیولوژی عضو هیأت علمی (مری) دانشگاه علوم پزشکی مازندران \*\*\* کارشناس ارشد مامانی، عضو هیأت علمی (مری) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

\*\*\*\* تاریخ دریافت: ۱۲/۹/۸۲ تاریخ ارجاع بهت اصلاحات: ۲۶/۱۱/۸۲ تاریخ تصویب: ۱۶/۲/۸۳

## مقدمه

توام با حس مسئولیت باید در برنامه های بهداشتی گنجانده شود و برای آموزش، مراقبت و مشاوره آنان تلاش شود<sup>(۱)</sup>. از آنجا که برنامه ریزی برای آمادگی دختران نوجوان در رو برو شدن با مسائل بلوغ باید بر اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی آنان در سیستم مراقبت های بهداشتی پیش بینی و اطلاعات آموزشی لازم تدارک دیده شود<sup>(۷)</sup>، این گزارش نتیجه یک مطالعه بر روی نوجوانان دختر مدارس راهنمایی شهرهای استان مازندران در مورد دانش، نگرش و عملکرد آنان نسبت به بلوغ و منابع کسب اطلاعات آنان می باشد. امید است که نتایج این تحقیق سبب توجه عمیق تر مسئولین به مسائل بهداشتی شده و پایه ای جهت برنامه ریزی های آموزشی- بهداشتی نوجوانان باشد که اگرچنان باشد به سرمایه گذاری عظیم و قابل تعمقی مبادرت ورزیده ایم.

## مواد و روش ها

این بررسی یک مطالعه توصیفی بر روی KAP دختران مدارس راهنمایی شهرهای استان مازندران جهت برنامه ریزی آموزشی- بهداشتی می باشد. تعداد نمونه با توجه به میزان آگاهی از بلوغ در مطالعات قبلی و اطمینان ۹۹ درصد و دقت برآورد ۲/۵ درصد با استفاده از فرمول آماری ۱۷۰۸ نفر برآورد شد که به روش خوشه ای چند مرحله بی تعیین گردید. بدین ترتیب که در مرحله اول نمونه ها با توجه به تعداد دانش آموزان هر شهر تخصیص داده شد. سپس از بین مدارس شهری، تعداد پنج مدرسه دولتی و غیر انتفاعی از نقاط مختلف هر شهر انتخاب شد. در مرحله بعد بر اساس تعداد نمونه های مورد نیاز در هر مدرسه، به طور تصادفی از دانش آموزان پایه اول تا سوم انتخاب شدند. لازم به ذکر است در بعضی از مدارس به علت مخالفت مدیران از کلاس اول نمونه گیری به عمل نیامد. پس از هماهنگی

نوجوانان به ویژه دختران نوجوانی که دوران بلوغ را سپری می کنند از اقتدار آسیب پذیری هستند<sup>(۱)</sup> که به نیازهای بهداشت و تولید مثل آنها توجه کمی شده است<sup>(۲)</sup>. دوران بلوغ، زمان اکتساب قدرت باروری است و بسیاری از مشکلات مخاطره آمیز، ازدواج های ناموفق، حاملگی های ناخواسته، نازابی، بیماری های عفونی (STDs)، AIDS و مرگ و میر و معلولیت ها و بالاخره مشکلات عدیده جسمی، روانی و اجتماعی از دوران بلوغ نشأت می گیرد<sup>(۴,۳)</sup> در حالی که بسیاری از این مشکلات، نیازمند برنامه های پیشگیری می باشند<sup>(۵)</sup>، مکانیسم های مناسب کمی برای این افراد جوان وجود دارد تا به آنها درباره حفاظت از عوارض سوء بهداشتی تولید مثل آموزش دهد<sup>(۶)</sup> و حتی در بعضی مواقع به نوجوانان کشورهای روبه توسعه باورهای نادرستی در مورد رفتارهای جنسی آموزش داده و دانش آنها نیز در مورد تصمیم گیری در موضوعات تولید مثل کم می باشد<sup>(۵)</sup>. در جامعه ما نیز به دلیل فرهنگی نه اعتقادی و مذهبی، اکثر نوجوانان به خصوص دختران از اطلاعات صحیح و مناسب در ارتباط با تغیرات جسمی و روانی دوران بلوغ محروم می باشند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیر موثق در زندگی خانوادگی خود چهار مشکلات جسمی و روانی می شوند<sup>(۷,۲)</sup> چنانچه نتایج مطالعه قبلی در ایران نشان می دهد که ۲۹/۵ درصد دختران آگاهی بالایی در باره بهداشت قاعده گی داشتند ولی تنها ۱۰/۵ درصد آنها دارای عقاید صحیح بهداشتی و ۱۰/۸ درصد آنها نکات بهداشتی را کامل اجرا کرده اند<sup>(۸,۹)</sup> و مطالعات در کشورهای دیگر نیز نشان دهنده ضعف اطلاعاتی دختران، حتی تحصیل کرده ها از قاعده گی و داشتن احساسات منفی نسبت به آن است<sup>(۱۰)</sup>. بنابر این حمایت از این قشر جهت داشتن یک زندگی سالم، پر نشاط و

بررسی گردید. در پایان براساس یافته‌ها، نیازهای آموزشی تعیین و برنا مه آموزشی پیشنهاد شد.

### یافته ها

نتایج نشان داد میانگین سنی دختران  $10.3 \pm 3.3$  سال بود. متوفانه با این که استان مازندران از جمله استان‌های مطلوب از نظر سطح سواد است،  $34.4\%$  درصد مادران و  $27.4\%$  درصد پدران بی سواد یا کم سواد بودند. این درحالی است که ارتباط تحصیلات مادر و حتی پدر با میزان آگاهی و نگرش دختران نسبت به بلوغ، معنی دار بوده است ( $P < 0.004$ ). جدول شماره ۱ مشخصه‌های دموگرافیک والدین نمونه‌های مورد پژوهش را در شهرهای مختلف استان نشان می‌دهد.

با آموزش و پرورش استان، شهرستان و مدیران، اطلاعات از طریق پرسشنامه و مصاحبه جمع آوری گردید. پرسشنامه شامل مشخصه‌های دموگرافیک، آگاهی، نگرش و عملکرد بود. روایی و پایایی سوالات پرسشنامه نیز با مطالعات کتابخانه‌یی و نظرات متخصص و مطالعه بیشانگ در شهر قائم شهر تایید شد. پس از جمع آوری داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS و فرمول‌های آمار<sup>2</sup> و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی داده‌ها تجزیه و تحلیل شده و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی در سه سطح ضعیف، متوسط، خوب و ارتباط آن‌ها با هم و با متغیرهای تأثیرگذار سنجیده شد و نیز منابع کسب اطلاع و منابع مورد انتظار کسب اطلاعات مربوط به بهداشت بلوغ پرسیده و سن دلخواه ازدواج و تعداد فرزندان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصه‌های دموگرافیک والدین دختران مدارس راهنمایی استان مازندران، سال ۱۳۸۲

متغیر (درصد)	شهر	بی سواد و ابتدائی																		
		آغاز	نیک	بلوگ	نیز	نیز	نیز	نیز	نیز	نیز	نیز									
۲۱.۴	۶/۹	۱۵.۲	۱۰.۴	۱۱.۱	۷۱/۱	۲۴/۵	۲۲/۲	۷۱/۱	۱۳/۸	۲۲/۳	۲۱/۱	۱۷/۸	۳۳/۹	۴۲/۵						
۲۶.۸	۳۵.۶	۳۱.۸	۲۵.۰	۱۶.۷	۳۹/۶	۴۵/۷	۲۸/۶	۴۰/۱	۴۱/۴	۲۵/۱	۳۱/۶	۳۸/۸	۴۸/۴	۴۱/۳						
۵۱.۸	۵۷.۵	۵۳.۰	۶۴.۶	۷۲.۲	۳۳/۳	۲۹/۸	۴۹/۲	۳۲/۸	۴۴/۸	۵۱/۶	۴۷/۴	۴۳/۴	۱۷/۷	۲۶/۲						
۱/۸	۲/۳	۴/۵	۸/۲	۲/۸	۱۶/۷	۱۲/۷	۴/۸	۸/۷	۶/۹	۷/۱	۱۳/۴	۸/۸	۸/۱	۱۵/۱						
۵/۴	۲۷/۶	۱۲/۱	۱۴/۶	۸/۳	۲۲/۹	۲۶/۱	۱۹/۰	۲۷/۸	۲۰/۷	۱۶/۱	۱۸/۴	۱۹/۱	۳۸/۷	۲۸/۶						
۹۲/۹	۷۰/۱	۸۳/۳	۷۷/۲	۸۸/۹	۶۰/۴	۶۱/۲	۷۶/۲	۵۳/۵	۷۲/۴	۷۶/۸	۶۸/۲	۷۲/۲	۵۳/۲	۵۶/۳						
۸۷/۵	۷۸/۲	۸۴/۸	۷۷/۱	۶۶/۷	۸۳/۳	۸۶/۹	۸۲/۵	۹۱/۶	۷۹/۳	۸۲/۱	۸۶/۸	۸۵/۰	۹۶/۸	۸۸/۱						
۱۰/۷	۱۸/۴	۱۰/۶	۲۰/۸	۲۵/۰	۸/۳	۷/۸	۱۲/۷	۵/۰	۶/۹	۱۴/۷	۱۳/۲	۱۱/۳	۶/۳							
۱/۸	۳/۴	۴/۵	۲/۱	۸/۳	۸/۳	۵/۳	۴/۸	۳/۳	۱۳/۸	۳/۱	۰	۳/۸	۳/۲	۵/۶						
۵۱/۸	۵۲/۹	۳۶/۴	۴۹/۶	۴۴/۴	۵۰/۰	۶۱/۲	۵۴/۰	۵۰/۸	۴۴/۸	۴۹/۳	۵۵/۳	۴۸/۴	۵۱/۶	۲۸/۶						
۴۲/۹	۳۱/۰	۵۴/۵	۵۰/۰	۵۲/۸	۳۱/۳	۱۵/۱	۲۲/۲	۲۸/۴	۳۷/۹	۳۷/۱	۳۹/۵	۳۵/۰	۲۴/۲	۲۹/۴						
۰	۱۰/۳	۱/۵	۲/۱	۰	۱۰/۴	۱۵/۱	۱۲/۷	۱۱/۰	۱۳/۸	۱۲/۵	۰	۸/۴	۱۷/۷	۲۷/۰						
۵/۴	۵/۷	۷/۶	۸/۳	۲/۸	۸/۳	۸/۶	۱۱/۱	۹/۷	۳/۴	۱۱/۲	۵/۲	۸/۱	۶/۵	۱۵/۱						

نتایج، میانگین سن قاعده‌گی دختران را  $12.2 \pm 1.06$  سال نشان داد و نیز بیانگر آن است که حدود نیمی از نمونه‌ها (۴۲/۱ درصد) توجیه علمی از پدیده قاعده‌گی ندارند اما نگرش  $73/3$  درصد آنان نسبت به قاعده‌گی خوب است و آن را نشانه سلامتی می‌دانند و لیکن عملکرد روانی اکثربی آن‌ها ( $70/6$  درصد) نسبت به قاعده‌گی منفی است. همچنین  $58/7$  درصد دختران قبل از قاعده‌گی از آن اطلاع داشته و اکثربی آنان (۶۲ درصد) برای اولین بار آن را با مادران خود مطرح کرده اند که این عملکرد آنان با منبع اطلاعاتی مورد انتظار دختران همخوانی دارد ( $P < 0.0001$ ) به طوری که  $63/3$  درصد دختران منبع اطلاعاتی مورد انتظار خود را مادران اعلام نموده اند و تنها  $5/3$  درصد با کلاس‌های آموزشی موافق هستند.

بررسی بر روی عملکرد بهداشتی دختران در دوران قاعده‌گی، نشان دهنده عملکرد ضعیف آنان در این مورد است. نسبت بالایی از دختران در دوران قاعده‌گی، کمتر از حد معمول استحمام کرده ( $32/4$  درصد) و فعالیت ورزشی خود را قطع می‌کنند ( $36/1$  درصد) و در مورد نحوه تغذیه در دوران قاعده‌گی بیشترین تغییر لازم را در مصرف میوه و سبزیجات دانسته و  $32/4$  درصد دختران نحوه رفتار خود را بدون تغییر ذکر کرده اند که بیشتر به علت عدم آگاهی آنان بوده است ( $P < 0.0001$ ) و با افزایش میزان آگاهی، عملکرد دختران بهداشتی تر شده است. جدول شماره ۳ آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی دانشآموزان را نسبت به بهداشت بلوغ نشان می‌دهد.

در مجموع  $33/4$  درصد دختران، آگاهی کمی از بهداشت بلوغ داشتند. آزمون آماری نشان داد بین آگاهی و عملکرد دختران با نگرش آنان نسبت به بلوغ، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P > 0.0001$ )؛ به طوری که دخترانی که نگرش مثبت‌تری دارند، آگاهی

یافته‌های پژوهش نشان داد که  $5/8$  درصد دختران معنی کامل بلوغ را رشدجسمی، روانی و پدیده قاعده‌گی می‌دانند و تنها  $52/4$  درصد آنان بلوغ را تحولی در راستای اجتماعی شدن دانسته و معتقد هستند داشتن دانش بر این رشد، موثر است و در این مورد تأثیر خانواده را غیر قابل انکار دانسته‌اند ( $82/2$  درصد). همخوانی این نگرش را در نتایج اطلاعات نیز مشاهده می‌کنیم؛ به طوری که میزان آگاهی  $70$  درصد نمونه‌هایی که منبع اطلاعاتی آن‌ها مادر است، خوب است. این میزان در افرادی که منبع اطلاعاتی آنان غیر از مادر است،  $59/5$  درصد می‌باشد ( $P < 0.0001$ ).

نگرش  $56/9$  درصد دختران در مورد تظاهرات خلقی و روانی بلوغ، منفی بوده است و عملکرد آنان در این مورد نشان دهنده توافق با نگرش آنان است؛ به طوری که  $67/8$  درصد دختران هنگام بلوغ دچار احساسات منفی مانند تمايل به تنهايي، اضطراب و نگرانی می‌شوند که نشان دهنده اهمیت مسائل روانی بلوغ است. جدول شماره ۲ پاسخ صحیح دختران را به تعدادی از سوالات آگاهی از بهداشت بلوغ و قاعده‌گی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب پاسخ صحیح به تعدادی از سوالات آگاهی و نگرش از بهداشت بلوغ در دختران مدارس راهنمای شهرهای استان مازندران، سال ۱۳۸۲

تعداد(درصد)	فراوانی آگاهی
۱۴۰۴(۸۱/۲)	من شروع بلوغ
۱۵۳۷(۸۸)	تفاوت من بلوغ در دختران و پسران
۱۱۲۹(۶۴/۶)	نقش مدرسه در رشد اجتماعی نوجوانان
۱۱۹۹(۶۸/۶)	قاعده‌گی تنها علامت بلوغ
۸۴۶(۴۸/۴)	تغییر رژیم غذایی در دوران قاعده‌گی
۳۵۷(۲۰/۷)	ورزش در دوران قاعده‌گی
۹۸۲(۵۶/۲)	طهارت در دوران قاعده‌گی
۱۳۳۳(۷۶/۰۳)	انجام فریضه‌های مذهبی در دوران قاعده‌گی

و دارای برداشت اشتباه و غیر واقعی بود که این امر ناشی از اطلاعات ناقص و یا باورهای منفی نسبت به بلوغ است<sup>(۱۳)</sup> و یا ممکن است منافر از بی میلی والدین و یا معلمان از مطلع کردن نوجوانان از این اطلاعات باشد . مادران انتظار دارند که دختران درباره تولید مثل نآگاه باشند و از آن‌ها به عنوان موضوعات ناخواشایند، ناپاک و شرم‌آور یاد می‌کنند<sup>(۱۴)</sup>.

نتایج Vlassoff (۱۹۷۸) در هند نیز نشان داد آگاهی دختران درباره تغییرات بلوغ تا زمان بروز آن، پراکنده و ناهمگون است و نقش نگرش‌های بازدارنده را در عدم اطلاعات دختران موثر دانسته است<sup>(۱۵)</sup> خوشبختانه نگرش اکثربت دختران نسبت به قاعدگی خوب بوده و آن را نشانه سلامتی دانسته‌اند اما غالب آنان در اولین قاعدگی خود دچار نگرانی ، ترس، ناراحتی و ییم از غیر عادی بودن این پدیده شده‌اند. چنین نتایجی با نتایج دیگر تحقیقات داخل کشور همخوانی دارد<sup>(۱۶، ۱۳، ۷)</sup>. بنابراین همان‌طور که دیگر محققین پیشنهاد داده اند سنی پایین‌تری شروع گردد. زیرا متأسفانه دانش تغییرات بلوغ، مسایل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج معمولاً به بهای یک حاملگی ناخواسته، بیماری‌های STD و عاقب بد ناشی از عدم رعایت نکات بهداشتی بهدست می‌آید<sup>(۲)</sup>.

در هر حال از اهمیت آشنایی دختران با بهداشت روانی بلوغ نباید چشم پوشی کرد و آموزش‌های روانی مورد نیاز باید در برنامه‌های آموزشی گنجانده شود تا از وارد شدن آسیب‌های روانی جدی پیشگیری نمود. بررسی وضعیت بهداشتی دختران نشان داد عملکرد بهداشتی و تعذیبی‌بی آنان ضعیف می‌باشد؛ به طوری که اکثربت آن‌ها در طی روزهای قاعدگی، کم‌تر از حد معمول استحمام کرده و رژیم غذایی‌شان تغییر نکرده است. چنین نتایج مشابهی در دختران جنوب تهران نیز

بیش‌تر (۷۲ درصد) و عملکرد بهداشتی تر (۵۸/۸ درصد) دارند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به بهداشت بلوغ در دانش آموزان راهنمایی شهرهای استان مازندران ، سال ۱۳۸۲

KAP	فرافویی	خوب	ضعیف		
				تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
آگاهی	۵۸۳(۳۳/۴)	۱۱۶۴(۶۶/۶)			
نگرش	۳۱۹(۱۸/۳)	۱۴۲۸(۸۱/۷)			
عملکرد	۱۶۸۶(۹۶/۵)	۶۱(۳/۵)			

همچنین ۶۲/۱ درصد نمونه‌ها سن مناسب ازدواج را برای دختران ۱۸-۲۵ سال ذکر کرده‌اند و نکته قابل توجه این که ۸۰/۸ درصد دختران تمایل به داشتن یک یا دو فرزند داشته و نه تنها داشتن فرزند پسر را ترجیح نمی‌دهند بلکه ترجیح می‌دهند فرزندشان دختر باشد.

## بحث

در بررسی مراحل بلوغ دختران ، میانگین سن اولین قاعدگی  $12/2 \pm 10/6$  سال بود که با بررسی‌های قبلی کشور (۷، ۱۱، ۱۲) مطابقت دارد. بررسی سطح سواد والدین نشان داد که میزان سواد والدین، نقش موثری در توانایی انتقال دانش به دختران دارد. اما متأسفانه اکثر والدین بی سواد و یا کم سواد بودند. به نظر می‌رسد جهت حل این مشکل می‌توان به دو طریق عمل نمود: اول افزایش سطح سواد والدین و دوم آموزش بهداشت بلوغ به دختران این گروه از خانواده‌ها با استفاده از افراد موقق در محله و یا مدرسه.

نتایج تحقیق ما همسو با نتایج احمدی (۱۳۷۸) در تهران نشان داد علی‌رغم تمایل دختران به دانش بلوغ، اکثربت آنان معنی کامل بلوغ را نمی‌دانستند و آگاهی علمی و فیزیولوژیک آن‌ها در مورد پدیده بلوغ، ضعیف

مخصوص به خود، جدا از کودکان و بزرگسالان در نظر گرفته می شوند<sup>(۲)</sup> و علی رغم نیازهای اطلاعاتی و بهداشتی مخصوص آنها خدمات محدودی برای این هدف بهخصوص در کشورهای رو به توسعه موجود است<sup>(۲۵)</sup> و نیز سیستم‌های آموزشی نسبت به آموزش مباحث مربوط به تولید مثل، دوگانه برخورد می کنند؛ به طور مثال آموزش مربوط به بلوغ و مسائل جنسی در یک مبحث جداگانه بحث نمی شود، بلکه در غالب فعالیت‌های آموزشی کلی گنجانده می شود و در نتیجه به علت شرمندگی و کم حرفری، نوجوانان ممکن است جهت یافتن این اطلاعات از منابع غیر موثق استفاده کنند<sup>(۲۳،۲۴)</sup>. بنابراین لازم است علاوه بر آموزش مادران از سایر امکانات آموزشی و تخصصی مانند مراقبین بهداشت‌مدارس، مسئولین امور تربیتی، رسانه‌های عمومی با رعایت حساسیت‌های خاص فرهنگی و تربیتی استفاده نمود و در صورت امکان خدمات بهداشتی - مشاوره‌بی مخصوص نوجوانان احداث کرد و نیز دانسته‌ها نباید محدود به مکانیسم‌های بلوغ، قاعده‌گی و رفتارهای طبیعی باشد بلکه باید به فهم عمیق تر نوجوانان از تغییرات فیزیکی و ارتباط آنها با مسائل جنسی، تولید مثل، روش‌های ضد باروری و بهداشت ازدواج با توجه به تفاوت فرهنگی، اجتماعی و سنی کمک کرد تا بدین وسیله به سرمایه گذاری عظیم و قابل تعمقی مبادرت ورزیده شود.

### سپاسگزاری

با تشکر از سازمان مدیریت و برنامه ریزی ، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، سازمان آموزش و پژوهش و مدیران محترم مدارس راهنمایی استان مازندران و نیز همکاران محترم دانشکده بهداشت ساری و کلیه افرادی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند.

گزارش شده است؛ به طوری که ۹۰/۹ درصد آنها در طی دوران قاعده‌گی استحمام نمی‌کردند که چنین نتایجی می تواند هشدار دهنده باشد و زمینه ابتلای بسیاری از بیماری‌های عفونی و عوارض بلند و کوتاه مدت از قبیل نازایی، آنمی و سو تغذیه را به دنبال داشته باشد.<sup>(۱۰)</sup>.

نتایج تحقیق حاضر همانند دیگر تحقیقات داخل و خارج کشور<sup>(۴،۱۰،۲۲ تا ۱۹)</sup> نشان داد که مادران، مطمئن‌ترین کanal انتقال اطلاعات در زمینه‌های مختلف بهداشت بلوغ می باشند و اکثریت مادران نیز موافق آموزش جنبه‌های بهداشتی بلوغ قبل از بروز آن هستند<sup>(۱۰،۱۹)</sup>. بنابر این تقویت ارتباط مناسب بین مادر و دختر نوجوان و رفع موانعی از قبیل کمرویی در بیان مطالب مربوط به بلوغ و قاعده‌گی و یا بی تفاوتی مادران در مورد پیامدها و عواقب بهداشتی آن باید در برنامه آموزشی مادران گنجانده شود. بدین منظور باید با آموزش‌های لازم، مادران را با چگونگی اتخاذ روش‌های مناسب و دوستانه برای جلب اعتماد و دوستی دختران و توجهات لازم، در تغییرات جسمی، روانی، خلقی و رفتاری دوران بلوغ و پیشگیری از پیامدهای منفی و بهره گیری از نقاط قوت در این دوران آشنا نمود . دکتر ملک افضلی معتقد است بهترین استراتژی افزایش آگاهی و عملکرد بهداشتی دختران ، آموزش از طریق خانواده، توسط نیروی متšکل و داوطلب مردمی، یعنی رابطین بهداشتی است که با توجه به استمرار ارتباط آنان با خانواده و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی با آنان مطمئن‌ترین، موثر‌ترین و میسر‌ترین راه برای آموزش دختران است<sup>(۱۷)</sup>. اما آنچه که در برنامه ریزی‌های آموزشی نباید بی توجه بماند نقش متخصصان، مدارس، مریبان و موسسات است<sup>(۲۳،۲۴)</sup>. آنچه که واضح است علی‌رغم این که نوجوانان تقریباً ۱/۳ جمعیت را شامل می شوند، اطلاعات کمی در مورد آنها در دسترس است و بهندرت به عنوان یک گروه جدا با نیازهای

- فهرست منابع
۱. شاه حسینی، زهره. بهداشت دوران بلوغ دختران، فصلنامه دینی، فرهنگی، اجتماعی سنا. بهار ۸۱ شماره دوم صفحه ۴۹-۵۳.
  ۲. Shireen J.Jejeebhoy Adolescent sexual and reproductive behavior. *Soc.Sci. Med.* 1998; 46 (10): 1290-1998.
  ۳. Koff E, Rierdan. Preparing girls for menstruation: Recommendations from adolescent girls. *J of Adolescent.* 1995; 30(121): 791- 811.
  ۴. *World health organization* (1993): The Health of young people a Challenge and a promise, W.H.O Geneva: 1990.
  ۵. T Mbizvo. Effect of a randomized health educationist intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behavior among adolescents in Zimbabwe. *Sac. sci. med.* 1997; 44(5): 573-577.
  ۶. Dlann M.Ackard Health care information sources for adolescents. *J of Adolescent health.* 2001; (29): 170-176.
  ۷. ملک افضلی، حسین. زارع، محمد، جندقی، جعفر. تعیین نیازهای آموزشی دختران سمنانی در ارتباط با بهداشت بلوغ. نشریه تنظیم خانواده، بهار ۱۳۷۷؛ سال سوم، شماره نهم. ص ۳-۱.
  ۸. محمدی، خ: بررسی K.A.P دختران سال چهارم دیبرستان های شهر تهران درباره بهداشت دوران قاعدگی و ارائه طرح آموزشی پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۱.
  ۹. نبوی، ا: بررسی سن شروع قاعدگی در دختران دانش آموز آموزشگاه های بهیاری تهران پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران. ۱۳۵۴.
  10. Koff E, Rierdan j. Early adolescent girls and understanding of menstruation.*J of Women Health;* 1995, 22(24): 1-21.
  11. فرهود، د. بررسی سن بلوغ در دختران ایران، مجله دارو و درمان . ۱۳۷۲. سال ۲ ، شماره ۷۲.
  12. مستوری، ف: بررسی سن بلوغ در دختران شهر ساری. پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران . سال ۱۳۷۷
  13. احمدی، بتول. ملک افضلی، حسین : بررسی نیازهای آموزشی بهداشت دوران بلوغ دختران دانش آموز سوم راهنمایی مناطق جنوب تهران، ۱۳۷۶ . مجله بهداشت ایران. ۱۳۷۸ سال ییست و هشت شماره ۱-۴، ص ۲۷-۳۸
  14. Bhende A. A study of sexuality of adolescent girls and boys in underprivileged groups in Bombay. *J soc. Wok LV* 1994; (4): 557-571.
  15. Vlassoff C. "Educating female adolescent possibilities and limitations for social change and population learning in rural India. *J of Demography.* 1978; 7(1-2): 175-193.
  16. نظری، صغیری. رمضانپور، مریم. اسماعیل زاده. اکرم: بررسی K.A.P دختران دانش آموز دیبرستان های شهر ساری درباره بهداشت بلوغ. پایان نامه کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۸۰-۸۱

۲۰. حیدری سراج، شهناز و همکاران: بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد دختران سال اول راهنمایی شهر تهران نسبت به بلوغ. *نشریه تنظیم خانواده* تابستان ۱۳۷۹، سال پنجم شماره هیجدهم، ص ۳۶-۴۷.
21. Das Gupta. Selective discrimination against female children in rural Punjab India. *J of population. Dev. Rev*; 1987, 13(1): 77-100.
22. Margaret G, Marjorie S, Philip G. Sexually abused and non-abused mothers' discussions about sex and their children's sexual knowledge. *j child abuse neglect*; 1995, 19(8): 985-996.
23. Johanna S. Archer, VMD. Evaluation and treatment of the adolescent patient. *Prim care update ob/gyn*. 2002; (9): 17-27.
۱۷. زارع. محمد، ملک افضلی، حسین: تعیین نیازها و استراتژی مناسب برای تائین بهداشت بلوغ در دختران ۱۲-۱۴ ساله شهری استان سمنان. *نشریه تنظیم خانواده*؛ تابستان ۷۹. سال پنجم، شماره هیجدهم. ص ۳-۲۰.
18. Elsheikh A, Hassan. George C. Creatsas. Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk-taking behavior. *J pediatric adolescent gynecology*; 2000. (13): 119-124
۱۹. صدری، غلامحسین و همکاران: بررسی تأثیر دو روش آموزشی بر آگاهی و نگرش نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله شهرستان‌های منتخب استان اصفهان سال ۱۳۷۸ نسبت به بلوغ. *نشریه تنظیم خانواده*؛ تابستان ۷۹ سال پنجم، شماره هیجدهم. ص ۳۰. ۲۱