Archive of SID

بررسی نیازهای آموزشی بهداشت دوران بلوغ دختران دانش آموز راهنمایی استان مازندران، سال ۱۳۸۲

فاطمه عبداللهي(M.Sc.)* بيژن شعبانخاني(M.Sc.) **صغري خاني(M.Sc.)***

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 می باشد. نمونه های مورد مطالعه ۱۷۴۶ نفر بوده که به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه حاوی سئوالات دموگرافیک ، آگاهی ، نگرش و عملکرد با مراجعه به مدارس جمع آوری شد . پس از جمع آوری داده ها 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 تأثیر گذار سنجیده شد و در پایان بر اساس یافته ها، نیازهای اموزشی تعیین و برنا مه اموزشی پیشنهاد شد.

یافته ها: میانگین سنی و سن قاعدگی نمونه های مورد پژوهش به ترتیب ۱۳/۳۳ و۱۲/۲۵ سال بود. سطح سواد والدین اکثریت نمونه ها (۳۵درصد) پایین بود. نتایج نشان داد که ۵/۸ درصد دختران، معنی کامل بلوغ را رشد کامل جسمی- روانی و پذیده قاعدگی می دانستند و آگاهی ۳۳/۴ درصد آنان از بهداشت بلوغ، ضعیف بوده است . میزان فعالیت ورزشی ،استحمام و روش تغذیه آنان در دوران قاعدگی به علت عدم آگاهی، کم‌تر از حد معمول یا بدون تغییر بوده است. (P<۰/۰۰۰۱). علی‌رغم این‌که نگرش اکثریت آن‌ها (۷۳/۳ درصد) نسبت به قاعدگی خوب بود، عملکرد روانی آن‌ها (۶۷/۸درصد) نسبت به آن ضعیف بوده است . همچنین ۶۲درصد دختران برای اولین بار قاعدگی خود را با مادران مطرح کردند که این نتایج با منبع بهداشتی مورد انتظار دختران، همخوانی دارد(P<۰/۰۰۰۱). و نیز بین آگاهی و عملکرد بهداشتی دختران با نگرش آنان نسبت به بلوغ، ارتباط معنی داری وجود دارد(P<۰/۰۰۰۱) .

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 مطمئن ترین کانال انتقال اطلاعات در این زمینه مادران می باشند و نکته مهم دیگر آن‌که دانسته ها نباید محدود به مکانیسم های بلوغ و قاعدگی 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.

واژه هاي كليدي : نوجوانان، بلوغ جسمانی، بهداشت در نوجوانی، خدمات بهداشتی مدرسه‌ها، نگرش

* کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی(مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ ساری: خیابان وصال- دانشکده بهداشت

** کارشناس ارشد آمار و اپیدمیولوژی عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران *** کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۲/۹/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۲/۱۱/۲۶ تاریخ تصویب : ۸۳/۲/۱۶

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

Archive of SID

مقدمه

نوجوانان به ویژه دختران نوجوانی‌که دوران بلوغ را سپری می کنند از اقشار آسیب پذیری هستند(۱) که به نیازهای بهداشت و تولید مثل آن‌ها توجه کمی شده است(۲). دوران بلوغ، زمان اکتساب قدرت باروری است و بسیاری از مشکلات مخاطره آمیز ، ازدواج های ناموفق ، حاملگی های ناخواسته ، نازایی، بیماری‌های عفونی (STD_S)، AIDS و مرگ و میر و معلولیت ها و بالاخره مشکلات عدیده جسمی ، روانی و اجتماعی از دوران بلوغ نشأت می گیرد (۴،۳) در حالی‌که بسیاری از این مشکلات، نیازمند برنامه های پیشگیری می‌باشند (۵)، مکانیسم های مناسب کمی برای این افراد جوان وجود دارد تا به آن‌ها درباره حفاظت از عوارض سوء بهداشتی تولید مثل آموزش دهد(۶) 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 می‌باشد(۵). درجامعه ما نیز به دلیل فرهنگی نه اعتقادی و مذهبی، اکثر نوجوانان به خصوص دختران از اطلاعات صحیح و مناسب در ارتباط با تغییرات 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 دچار مشکلات جسمی و روانی می‌شوند (۷،۲) چنانچه نتایج مطالعه قبلی در ایران نشان می دهد که ۲۹/۵درصد دختران آگاهی بالایی در باره بهداشت قاعدگی داشتند ولی تنها ۱/۵درصد آن‌ها دارای عقاید صحیح بهداشتی و ۱۰/۸ درصد آن‌ها نکات بهداشتی را کامل اجرا کرده اند (۸،۹) و مطالعات در کشورهای دیگر نیز نشان دهندهٔ ضعف اطلاعاتی دختران، حتی تحصیل کرده ها از قاعدگی و داشتن احساسات منفی نسبت به آن است(۱۰). بنابر این حمایت از این قشر جهت داشتن یک زندگی سالم، پر نشاط و توام با حس مسئوولیت باید در برنامه های بهداشتی گنجانده شود و برای آموزش، مراقبت و مشاوره آنان تلاش شود(۱،۷). 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(۷)، 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 مسئوولین به مسایل بهداشتی شده و پایه ای جهت برنامه ریزی‌های آموزشی- بهداشتی نوجوانان باشد که اگرچنان باشد به سرمایه گذاری عظیم و قابل تعمقی مبادرت ورزیده ایم.

مواد وروش 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 ۹۹درصد و دقت برآورد ۲/۵ درصد با استفاده از فرمول آماری ۱۷۰۸ نفر برآورد شد که به روش خوشه ای چند مرحله‌یی 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، به‌طور 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

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

Archive of SID

با آموزش‌وپرورش استان، شهرستان و مدیران، اطلاعات ازطریق پرسشنامه ومصاحبه جمع‌آوری‌گردید. پرسشنامه شامل مشخصه‌های دموگرافیک، آگاهی، نگرش و عملکرد بود. روایی و پایایی سؤالات پرسشنامه نیز با مطالعات‌کتابخانه‌یی ونظرات متخصص ومطالعه بیشاهنگ در شهر قائم شهر تایید شد. پس از جمع آوری داده‌ها با استفاده از برنامه spss و فرمول‌های آمار X^2 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 بررسی‌گردید. درپایان براساس یافته‌ها، نیازهای‌آموزشی تعیین و برنا مه آموزشی پیشنهاد شد.

یـــافـــتـــه هـــا

نتایج نشان داد میانگین سنی دختران۱/۰۳± ۱۳/۳۳ سال بود. متأسفانه با این‌که استان مازندران از جمله استان‌های مطلوب از نظر سطح سواد است، ۳۴/۴ درصد مادران و ۲۷/۴ 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، معنی‌دار بوده است($P<۰/۰۰۴$). جدول شماره ۱ مشخصه های دموگرافیک والدین نمونه‌های مورد پژوهش را در شهرهای مختلف استان نشان می دهد.

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

متغیر (درصد)		شهر: بهشهر	نکاء	ساری	جویبار	قائمشهر	سوادکوه	بابل	بابلسر	آمل	فریدونکنار	نور	نوشهر	چالوس	تنکابن	رامسر
تحصیلات مادر	بی سواد و ابتدائی	۳۲/۵	۳۳/۹	۱۷/۸	۲۱/۱	۲۳/۳	۱۳/۸	۲۷/۱	۲۲/۲	۲۴/۵	۲۷/۱	۱۱/۱	۱۰/۴	۱۵/۲	۶/۹	۲۱/۴
	متوسطه	۴۱/۳	۴۸/۴	۳۸/۸	۳۱/۶	۲۵/۱	۴۱/۴	۴۰/۱	۲۸/۶	۴۵/۷	۳۹/۶	۱۶/۷	۲۵/۰	۳۱/۸	۳۵/۶	۲۶/۸
	دیپلم و بالاتر	۲۶/۲	۱۷/۷	۴۳/۴	۴۷/۴	۵۱/۶	۴۴/۸	۳۲/۸	۴۹/۲	۲۹/۸	۳۳/۳	۷۲/۲	۶۴/۶	۵۳/۰	۵۷/۵	۵۱/۸
تحصیلات پدر	بی سواد و ابتدائی	۱۵/۱	۸/۱	۸/۸	۱۳/۴	۷/۱	۶/۹	۸/۷	۴/۸	۱۲/۷	۱۶/۷	۲/۸	۸/۲	۴/۵	۲/۳	۱/۸
	متوسطه	۲۸/۶	۳۸/۷	۱۹/۱	۱۸/۴	۱۶/۱	۲۰/۷	۲۷/۸	۱۹/۰	۲۶/۱	۲۲/۹	۸/۳	۱۴/۶	۱۲/۱	۲۷/۶	۵/۴
	دیپلم و بالاتر	۵۶/۳	۵۳/۲	۷۲/۲	۶۸/۲	۷۶/۸	۷۲/۴	۶۳/۵	۷۶/۲	۶۱/۲	۶۰/۴	۸۸/۹	۷۷/۲	۸۳/۳	۷۰/۱	۹۲/۹
شغل مادر	خانه دار	۸۸/۱	۹۶/۸	۸۵/۰	۸۶/۸	۸۲/۱	۷۹/۳	۹۱/۶	۸۲/۵	۸۶/۹	۸۳/۳	۶۶/۷	۷۷/۱	۸۴/۸	۷۸/۲	۸۷/۵
	کارمند	۶/۳		۱۱/۳	۱۳/۲	۱۴/۷	۶/۹	۵/۰	۱۲/۷	۷/۸	۸/۳	۲۵/۰	۲۰/۸	۱۰/۶	۱۸/۴	۱۰/۷
	غیره	۵/۶	۳/۲	۳/۸	۰	۳/۱	۱۳/۸	۳/۳	۴/۸	۵/۳	۸/۳	۸/۳	۲/۱	۴/۵	۳/۴	۱/۸
شغل پدر	آزاد	۲۸/۶	۵۱/۶	۴۸/۴	۵۵/۳	۳۹/۳	۴۴/۸	۵۰/۸	۵۴/۰	۶۱/۲	۵۰/۰	۴۴/۴	۳۹/۶	۳۶/۴	۵۲/۹	۵۱/۸
	کارمند	۲۹/۴	۲۴/۲	۳۵/۰	۳۹/۵	۳۷/۱	۳۷/۹	۲۸/۴	۲۲/۲	۱۵/۱	۳۱/۳	۵۲/۸	۵۰/۰	۵۴/۵	۳۱/۰	۴۲/۹
	کارگر	۲۷/۰	۱۷/۷	۸/۴	۰	۱۲/۵	۱۳/۸	۱۱/۰	۱۲/۷	۱۵/۱	۱۰/۴	۰	۲/۱	۱/۵	۱۰/۳	۰
	غیره	۱۵/۱	۶/۵	۸/۱	۵/۲	۱۱/۲	۳/۴	۹/۷	۱۱/۱	۸/۶	۸/۳	۲/۸	۸/۳	۷/۶	۵/۷	۵/۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

www.SID.ir

Archive of SID

یافته های پژوهش نشان داد که ۵/۸ درصد دختران معنی کامل بلوغ را رشدجسمی، روانی و پدیده قاعدگی می‌دانند و تنها ۵۲/۴ 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 (۸۲/۲ درصد). همخوانی این نگرش را در نتایج اطلاعات نیز مشاهده می کنیم؛ به‌طوری‌که میزان آگاهی ۷۰درصد نمونه‌هایی که منبع اطلاعاتی آن‌ها مادر است، خوب است. این میزان در افرادی که منبع اطلاعاتی آنان غیر از مادر است، ۵۹/۵درصد می باشد (P<۰/۰۰۰۱) .

نگرش ۵۶/۹ درصد دختران در مورد تظاهرات خلقی و روانی بلوغ، منفی بوده است و عملکرد آنان در این مورد نشان دهندهٔ توافق با نگرش آنان است؛ به‌طوری‌که ۶۷/۸ درصد دختران هنگام بلوغ دچار احساسات منفی مانند تمایل به تنهایی، اضطراب و نگرانی می‌شوند که نشان دهنده اهمیت مسایل روانی بلوغ است. جدول شماره ۲ پاسخ صحیح دختران را به تعدادی از سئوالات آگاهی از بهداشت بلوغ و قاعدگی نشان می دهد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش بر حسب پاسخ صحیح به تعدادی از سئوالات آگاهی و نگرش از بهداشت بلوغ در دختران‌مدارس‌راهنمایی‌شهرهای استان مازندران،سال۱۳۸۲

فراوانی / آگاهی	تعداد(درصد)
سن شروع بلوغ	۱۴۰۲(۸۱/۲)
تفاوت سن بلوغ در دختران و پسران	۱۵۳۷(۸۸)
نقش مدرسه در رشد اجتماعی نوجوانان	۱۱۲۹(۶۴/۶)
قاعدگی تنها علامت بلوغ	۱۱۹۹(۶۸/۶)
تغییر رژیم غذایی در دوران قاعدگی	۸۴۶(۴۸/۴)
ورزش در دوران قاعدگی	۳۵۷(۲۰/۷)
طهارت در دوران قاعدگی	۹۸۲(۵۶/۲)
انجام فریضه های مذهبی در دوران قاعدگی	۱۳۳۳(۷۶/۰۳)

نتایج، میانگین سن قاعدگی دختران را ۱۲/۲±۱/۰۶ سال نشان داد و نیز بیانگر آن است که حدود نیمی از نمونه‌ها (۴۲/۱ درصد) توجیه علمی از پدیده قاعدگی ندارند اما نگرش ۷۳/۳ درصد آنان نسبت به قاعدگی خوب است و آن را نشانه سلامتی می دانند و لیکن عملکرد روانی اکثریت آن ها (۷۰/۶درصد) نسبت به قاعدگی منفی است. همچنین ۵۸/۷ درصد دختران قبل از قاعدگی از آن اطلاع داشته و اکثریت 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<۰/۰۰۰۱) به‌طوری‌که ۶۳/۳درصد دختران منبع اطلاعاتی مورد انتظار خود را مادران اعلام نموده اند و تنها ۵/۳ درصد با کلاس‌های آموزشی موافق هستند.

بررسی بر روی عملکرد بهداشتی دختران در دوران قاعدگی، نشان دهنده عملکرد ضعیف آنان در این مورد است. نسبت بالایی از دختران در دوران قاعدگی، کم‌تر از حد معمول استحمام کرده (۳۲/۴ درصد) و فعالیت ورزشی خود را قطع می کنند (۳۶/۱ درصد) و در مورد نحوه تغذیه در دوران قاعدگی بیش‌ترین تغییر لازم را در مصرف میوه و سبزیجات دانسته و ۳۲/۴ درصد دختران نحوهٔ رفتار خود را بدون تغییر ذکر کرده اند که بیش‌تر به علت عدم آگاهی آنان بوده است(P<۰/۰۰۰۱) 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 ۳۳/۴درصد 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>۰/۰۰۰۱)؛ به طوری‌که دخترانی‌که نگرش مثبت‌تری دارند، آگاهی

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

Archive of SID

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

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

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

همچنین ۶۲/۱ درصد نمونه ها سن مناسب ازدواج را برای دختران ۲۵-۱۸ سال ذکر کرده اند و نکته قابل توجه این‌که ۸۰/۸ درصد دختران تمایل به داشتن یک یا دو فرزند داشته و نه تنها داشتن فرزند پسر را ترجیح نمی‌دهند بلکه ترجیح می دهند فرزندشان دختر باشد.

بحث

در بررسی مراحل بلوغ دختران ، میانگین سن اولین قاعدگی ۱/۰۶ ±۱۲/۲ سال بود که با بررسی های 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 می توان به دو طریق عمل نمود: اول افزایش سطح سواد والدین و دوم آموزش بهداشت بلوغ به دختران این گروه از خانواده ها با استفاده از افراد موثق در محله و یا مدرسه.

نتایج تحقیق ما همسو با نتایج احمدی(۱۳۷۸) در تهران نشان داد علی‌رغم تمایل دختران به دانش بلوغ، اکثریت آنان معنی کامل بلوغ را نمی دانستند و آگاهی علمی و فیزیولوژیک آن‌ها در مورد پدیده بلوغ، ضعیف و دارای برداشت اشتباه و غیر واقعی بود که این امر ناشی از اطلاعات ناقص و یا باورهای منفی نسبت به بلوغ است(۱۳) و یا ممکن است منأثر از بی میلی والدین و یا معلمان از مطلع کردن نوجوانان از این اطلاعات باشد . مادران انتظار دارند که دختران درباره تولید مثل ناآگاه باشند و از آن‌ها به عنوان موضوعات ناخوشایند، ناپاک و شرم‌آور یاد می کنند(۱۴).

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(۱۵) خوشبختانه نگرش اکثریت دختران نسبت به قاعدگی خوب بوده و آن را نشانه سلامتی دانسته‌اند اما غالب آنان در اولین قاعدگی خود دچار نگرانی ، ترس، ناراحتی و بیم از غیر عادی بودن این پدیده شده اند. چنین نتایجی با نتایج دیگر تحقیقات داخل کشور همخوانی دارد(۱۷،۱۳،۷). بنابراین همان‌طور که دیگر محققین پیشنهاد داده اند (۲۰،۱۹،۱۸،۱۰،۷) ، آموزش بهداشتی بلوغ باید از گروه 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 عواقب بد ناشی از عدم رعایت نکات بهداشتی به‌دست می آید(۲).

در هر حال از اهمیت آشنایی دختران با بهداشت روانی بلوغ نباید چشم پوشی کرد و آموزش های روانی مورد نیاز باید در برنامه های آموزشی گنجانده شود تا از وارد شدن آسیب‌های روانی جدی پیشگیری نمود. بررسی وضعیت بهداشتی دختران نشان داد عملکرد بهداشتی و تغذیه‌یی آنان ضعیف می باشد؛ به‌طوری‌که اکثریت 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

www.SID.ir

Archive of SID

گزارش شده است؛ به‌طوری‌که ۹۰/۹درصد آن‌ها در طی دوران قاعدگی 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 به‌دنبال داشته باشد.(۱۰).

نتایج تحقیق حاضر همانند دیگر تحقیقات داخل و خارج کشور(۴،۱۰،۱۹تا۲۲) نشان داد که مادران، مطمئن‌ترین کانال انتقال اطلاعات در زمینه های مختلف بهداشت بلوغ می باشند و اکثریت مادران نیز موافق آموزش جنبه های بهداشتی بلوغ قبل از بروز آن هستند (۱۰،۱۹). بنابر این تقویت ارتباط مناسب بین مادر و دختر نوجوان و رفع موانعی از قبیل کمرویی در بیان مطالب مربوط به بلوغ و قاعدگی و یا بی تفاوتی مادران در مورد پیامدها و عواقب بهداشتی آن باید در برنامه آموزشی مادران گنجانده شود. بدین منظور باید با آموزش های 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 متشکل و داوطلب مردمی، یعنی رابطین بهداشتی است که با توجه به استمرار ارتباط آنان با خانواده و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی با آنان مطمئن ترین، موثر ترین و میسر ترین راه برای آموزش دختران است(۱۷). اما آنچه که در برنامه‌ریزی‌های آموزشی نباید بی‌توجه بماند نقش متخصصان، مدارس، مربیان و موسسات است(۲،۲۳). آنچه که واضح است علی‌رغم این‌که 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 مخصوص به خود، جدا از کودکان و بزرگسالان در نظر گرفته می شوند(۲) و علی‌رغم نیازهای اطلاعاتی و بهداشتی مخصوص آن‌ها خدمات محدودی برای این هدف به‌خصوص در کشورهای رو به توسعه موجود است(۲،۵) و نیز سیستم‌های آموزشی نسبت به آموزش مباحث مربوط به تولید مثل، دوگانه برخورد می کنند؛ به طور مثال آموزش مربوط به بلوغ و مسایل جنسی در یک مبحث جداگانه بحث نمی شود، بلکه در غالب فعالیت های آموزشی کلی گنجانده می شود و در نتیجه به علت شرمندگی و کم حرفی، نوجوانان ممکن است جهت یافتن این اطلاعات از منابع غیر موثق استفاده کنند(۲،۱۷،۲۳). بنابراین لازم است علاوه بر آموزش مادران ازسایر امکانات آموزشی‌وتخصصی مانند مراقبین بهداشت‌مدارس،مسئوولین‌امورتربیتی، رسانه‌های عمومی با رعایت حساسیت های خاص فرهنگی و تربیتی استفاده نمود و در صورت امکان خدمات بهداشتی- مشاوره‌یی مخصوص نوجوانان احداث کرد و نیز دانسته ها نباید محدود به مکانیسم‌های بلوغ، قاعدگی و رفتارهای طبیعی باشد بلکه باید به فهم عمیق تر نوجوانان از تغییرات فیزیکی و ارتباط آن‌ها با مسایل 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.

سپاسگزاري

با تشکر از سازمان مدیریت و برنامه ریزی ، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، سازمان آموزش و پروش 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

www.SID.ir

Archive of SID

فـهـرست مـنـابـع

۱. شاه حسینی، زهره. بهداشت دوران بلوغ دختران، ***فصلنامه دینی ، فرهنگی،اجتماعی سنا.*** بهار ۸۱، شماره دوم صفحه ۵۳-۴۹.

2. Shireen J.Jejeebhoy Adolescent sexual and reproductive behavior. ***Soc.Sci. Med***. 1998; 46 (10): 1290-1998.

3. Koff E, Rierdan. Preparing girls for menstruation: Recommendations from adolescent girls. ***J of Adolescent.*** 1995; 30(121): 791- 811.

4. ***World health organization*** (1993): The Health of young people a Challenge and a promise, W.H.O Geneva: 1990.

5. .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.

6. 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 ۱۰-۳ .

۸. محمدی، خ: بررسی K.A.P دختران سال چهارم دبیرستان‌های 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.

۱۱. فرهود، د. بررسی سن بلوغ در دختران ایران، ***مجله دارو و درمان*** . ۱۳۷۲.سال۲ ، شماره ۷۲.

۱۲. مستوری، ف: بررسی سن بلوغ در دختران شهر ساری. ***پایان نامه دکترای عمومی*** دانشگاه علوم پزشکی مازندران . سال ۱۳۷۷

۱۳. 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 بیست و هشت شماره ۴-۱، ص ۳۸-۲۷

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.

۱۶. نظری، صغری. رمضانپور، مریم. اسماعیل زاده. اکرم: بررسی K.A.P دختران دانش آموز دبیرستان‌های شهر ساری درباره بهداشت بلوغ. ***پایان‌نامه کارشناسی دانشکده بهداشت*** دانشگاه علوم پزشکی مازندارن۸۱-۸۰.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

www.SID.ir

Archive of SID

۱۷. زارع. محمد، ملک افضلی ،حسین : تعیین نیازها و استراتژی مناسب برای تأئین بهداشت بلوغ در دختران ۱۴-۱۲ ساله شهری استان سمنان. ***نشریه تنظیم خانواده*** ؛ تابستان ۷۹. سال پنجم ،شماره هیجدهم. ص ۲۰-۳.

18. Elsheikh A, Hassan. Gearge 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.

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 ۴۷-۳۶.

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

www.SID.ir