

اندیشه‌های نوین تربیتی

دوره ۵، شماره ۱

بهار ۱۳۸۸

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

صص ۳۵-۵۰

دانشگاه الزهراء س

تأثیر برنامه آموزشی بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و سلامت عمومی نوجوانان^۱

دکتر مهرنا کرامتی*

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران*

محمدرضا سفیدیاری

کارشناس ارشد مدیریت آموزشی

حسن محجب‌عسرت‌آبادی

کارشناس ارشد برنامه ریزی آموزشی

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تأثیر برنامه آموزشی بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و سلامت عمومی نوجوانان دختر انجام شد. نوع پژوهش شبه تجربی بود. برنامه آموزشی بهداشت بلوغ متغیر مستقل و میزان آگاهی، نوع نگرش و سلامت عمومی متغیرهای وابسته بودند. جامعه تحقیق را ۱۹۲ نفر از دانش آموزان دختر ۱۴-۱۲ ساله مدارس راهنمایی ناحیه ۴ مشهد تشکیل می‌دادند، که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. پرسشنامه سنجش میزان آگاهی و نوع نگرش، پرسشنامه سلامت عمومی و محتوای برنامه آموزش بهداشت ابزارهای اساسی تحقیق بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t استفاده شد و نتایج حاکی از تأثیر جالب توجه برنامه آموزش بهداشت بلوغ بر میزان آگاهی و نوع نگرش نوجوانان دختر و همچنین افزایش سلامت عمومی آنها بود.

کلیدواژه‌ها:

آگاهی، نگرش، سلامت عمومی، برنامه آموزشی بهداشت، بلوغ، نوجوان، دختر

۱. این مقاله برگرفته از دو طرح پژوهشی می باشد که در سال ۱۳۸۲ توسط شورای آموزش و پژوهش سازمان مدیریت و برنامه ریزی خراسان رضوی به تصویب رسیدند.

* نویسنده مسئول mkeramati47@yahoo.com

مقدمه

آمار رسمی ایران از افزایش میزان مشکلات روانی، اجتماعی نوجوانان و جوانان در سالهای اخیر حکایت می‌کند (سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ۱۳۸۴). روند در حال رشد این مشکلات از جمله افزایش تعداد معتادان، کاهش سن اعتیاد، افزایش طلاق و از هم گسیختگی خانواده‌ها و افزایش بیماری‌های مقاربتی، ضرورت توجه به آموزش را در پیشگیری یا کاهش این مسائل به روشنی نشان می‌دهد. ابتلاء روزافزون مردان و زنان به بیماری‌های ناشی از رعایت نکردن بهداشت را در حالی شاهد هستیم که اکثر مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی آگاهی‌های ضروری را در این باره ندارند. به این دلیل برنامه‌های آموزشی متنوعی در دهه حاضر برای ارتقاء سلامت عمومی و افزایش آگاهی‌های دانش آموزان در دوره بلوغ تدارک دیده شده است (کلی، ۲۰۰۰، وارد آ و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، ضروری است به جوانان و نوجوانانی که به مدرسه نمی‌روند، فرصت یادگیری مهارت‌های زندگی و بهره‌گیری از آموزش‌های بهداشتی داده شود، زیرا آنها نسبت به بیماری‌های ناشی از رعایت نکردن بهداشت بلوغ بسیار آسیب پذیرتر هستند و از طرفی به منظور استفاده سازنده از قدرت نوظهور خود به کمک نیاز دارند (کلی، ۲۰۰۰). در واقع آموزش بهداشت جسمی بلوغ دختران نوعی سرمایه‌گذاری آموزشی است. (مؤسسه پزشکی و تحقیق ملی، ۲۰۰۲؛ جلالی ۱۳۸۵) و می‌تواند وضعیت رفتاری دختران نوجوان را بهبود بخشد (حمیدی، ۱۳۸۴). به این دلیل نظام‌های آموزشی راهبردهای گوناگونی برای افزایش آگاهی‌های بهداشتی جوانان اتخاذ کرده‌اند. نمونه‌هایی از آنها عبارت است از: تلفیق مهارت‌های زندگی و مهارت‌های آموزش بهداشت با برنامه‌های درسی مدارس، تدوین برنامه‌های آموزشی جدید به منظور افزایش آگاهی درباره بهداشت جسمی، تدارک برنامه‌های مشاوره‌ای برای همسالان به منظور مشارکت در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و مراقبت و حفاظت در برابر آن بیماری‌ها و افزایش مشارکت دانش آموزان در آموزش بهداشت از طریق فعالیت‌های فوق برنامه (یونسکو، ۲۰۰۰؛ کمیته بنیادها، ۱۹۹۳).

به طور قطع می‌توان گفت که آموزش راهکار اصلی برای کاهش مسائل ناشی از رعایت

1. Kelly
2. Ward

نکردن بهداشت جسمی بلوغ نوجوانان (آکسفام^۱، ۱۹۹۹) و جوانان (بایرامی و همکاران، ۱۳۸۵) و افزایش سلامت عمومی آنها است. شواهد نشان می‌دهد احتمال ابتلا به ایدز اغلب میان مردان و زنان با تحصیلات و درآمد بالاتر بیشتر است (بانک جهانی، ۱۹۹۷: به نقل از یونسکو ۲۰۰۰؛ مل بای^۲ و همکاران، ۱۹۸۶). افزون بر این، فراتحلیل دقیق برخی از یافته‌های پیشین درباره عوامل زمینه‌ای نظیر سن، درآمد، شیوه زندگی و وضعیت رفاهی نشان داد که بین این عوامل و مسائل ناشی از تغییرات دوره بلوغ رابطه معناداری وجود دارد (هارگریوس و گلین^۳، ۲۰۰۰). از طرفی رابطه بین سطح آموزش و خطر ابتلا به HIV با رابطه بین سطح بالای تحصیلات از یک سو و درآمد بالا از سوی دیگر همبستگی دارد و تأثیرات متقابل این دو عامل، خطر بی بندوباری‌های جنسی را افزایش می‌دهد. با این وجود آموزش و پرورش تنها در صورت بازنگری جدی در محتوا و شیوه‌های آموزشی قادر خواهد بود در کاهش این بی بندوباری‌ها نقش کلیدی داشته باشد (کلی، ۲۰۰۰)، آموزش زنان را به عنوان جزء لاینفک فرآیند برنامه ریزی استراتژیک پذیرا باشد (هانگ^۴، ۲۰۰۶) و منابع خود را با نگاه استراتژیک برای تغییر محیط سازماندهی کند (کتونن^۵، ۲۰۰۶؛ کتونن، ۲۰۰۵).

در این میان آموزش دختران در دوره نوجوانی اهمیت زیادی دارد. زیرا مرحله آمادگی برای فعالیت‌های اجتماعی است (آبات، ۱۳۷۲). از جمله نگرانی‌های دختران نوجوان، آگاهی نداشتن از تغییرات بلوغ است (کریمی، ۱۳۷۷) و ضروری است بزرگسالان از طریق آموزش‌های قبل از ازدواج (جعفری و همکاران، ۱۳۸۵) و با انتقال درست اطلاعات، نگرش نادرست آنها را اصلاح (آشتیانی و همکاران، ۱۳۷۸) و به آنها کمک کنند تا برای زندگی زناشویی آماده شوند (کریمی، ۱۳۷۷). زیرا آموزش جنسی سلامت خانواده (حسن زاده و همکاران، ۱۳۸۵)، افزایش آگاهی و بهبود نگرش و رفتار دختران (خیر خواه، ۱۳۸۵)، کاهش باورهای غیرمنطقی (دادفر و همکاران، ۱۳۸۵)، خودآگاهی، تغییر نگرش و آگاهی پیرامون بهداشت جسم (اولین، ۱۳۷۶)، تنظیم خانواده و جلوگیری از مصرف مواد مخدر (پوراسلامی و

1. Oxfam
2. melbye
3. Hargreavs & glynn
4. Hung
5. Kettunen

هم کاران، ۱۳۷۹: تونر، (۱۳۷۱)، کاهش انحرافات جنسی (علمی، ۱۳۸۵؛ الری و وایدن، ۲۰۰۵) کیفیت سلامت عمومی و سازگاری‌های نوجوانان (ماچال^۱ و همکاران، ۱۹۹۱)، و تقویت روابط سازنده نوجوانان با بزرگسالان را موجب می‌شود. (ارل و برمن، ۱۹۹۵).

از طریق غنی سازی عناصر نظام آموزشی نظیر محتوا، روش‌ها و ارزشیابی می‌توان تجارب مثبت نوجوان در مدرسه را توسعه و رفتارهای خطرناک جنسی را کاهش داد (بلوم و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش لوتار^۲ و هم کاران (۲۰۰۱) نیز تأثیر تجارب مثبت نظیر پیشرفت تحصیلی بر کاهش انحراف جنسی را تأیید می‌کند. البته، مدرسه فقط یکی از منابع آگاهی دادن است و نباید نقش مادر، پدر، دوستان، آشنایان، سازمان‌های علمی و وسایل ارتباط جمعی را از نظر دور داشت (محسنی، ۱۳۷۵). به عنوان مثال نتایج پژوهش راتر^۳ (۱۹۹۹) نشان داد رابطه صمیمانه نوجوان با والدین، آگاهی نوجوان را افزایش و رفتار خطرناک جنسی را کاهش می‌دهد و پرکینز و جونک^۴ (۲۰۰۲) در پژوهش انجام شده بر ۱۶۰۰۰ نوجوان ۱۴-۱۲ سال دریافتند حمایت خانواده با کاهش رفتارهای خطرناک جنسی به میزان ۷۳٪ همبستگی دارد. افزون بر این نتایج پژوهش‌های متعدد از جمله هاوولی و دهان^۵ (۱۹۹۶)، لرنر و بنسون^۶ (۲۰۰۳) و گزارش مؤسسه بهداشت ملی نشان داد خانواده‌هایی که بر آگاهی دادن به نوجوان تأکید می‌کنند او را در برابر خطرهای اجتماعی در طی عمر واکسینه می‌کنند، اما پاره‌ای از پژوهش‌ها قوی بودن زمینه مذهبی نوجوان را در کاهش انحرافات جنسی مؤثر دانسته‌اند که پژوهش مستین^۷ (۲۰۰۱) و لوتار و هم کاران (۲۰۰۱) از آن جمله هستند. در این راستا صادقان و میرزایی (۱۳۸۵) بر ضرورت آموزش مادران تأکید می‌کنند. بررسی نقش جنسیتی از جمله مقوله‌های دیگر مورد پژوهش بوده است.

برخی از پژوهش‌ها نیز دادن آگاهی‌های تغذیه‌ای، به عنوان یکی از مؤلفه‌های بهداشت نوجوان را بررسی کرده‌اند. پژوهش محمدپور (۱۳۷۵) نشان داد ۵۶٪ دختران نوجوان از

-
1. Machal
 2. Luthar
 3. Rutter
 4. Perkins & Junk
 5. Hawley & Dehaan
 6. Learner & Benson
 7. Masten



اطلاعات تغذیه‌ای مناسب برخوردارند و امیرزاده (۱۳۷۸) در پژوهش خود پی برد که تنها ۸/۰ زنان شهری و ۱۴/۰ زنان روستایی از رژیم غذایی مناسب در زمان قاعدگی آگاهی دارند. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز حاکی از ضعف آگاهی‌های تغذیه‌ای نوجوانان دختر در دوران بلوغ است (بیچ، ۱۹۹۹). پژوهش ملک افضلی (۱۳۷۷) در داخل کشور نشان داد تنها ۴۹/۰ دختران درباره بهداشت قاعدگی آگاهی دارند و اکبری (۱۳۸۲) با استناد به نتایج پژوهش کوف و همکاران (۱۹۹۳) در خارج از کشور بیان می‌کند که تنها ۳۵/۰ دختران از فیزیولوژی بلوغ و ۱۷/۰ آنها از بهداشت قاعدگی آگاه هستند. پژوهش حاضر نیز که در ادامه پژوهش‌های گذشته انجام شده ابعاد تازه تری از موضوع را در قالب سه فرضیه اساسی بررسی کرده است:

۱. دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد آگاهی بیشتری دارند .
۲. دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد نگرش مثبت تری دارند .
۳. دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد سلامت عمومی بیشتری دارند .

روش پژوهش

نوع پژوهش شبه تجربی است. برنامه آموزشی بهداشت بلوغ متغیر مستقل و میزان آگاهی و نوع نگرش و سلامت عمومی متغیرهای وابسته هستند. جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر ۱۲-۱۴ سال را شامل است، که در مدارس راهنمایی ناحیه ۴ تحصیل می‌کنند. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا یک مطالعه مقدماتی انجام شد و از جامعه آماری ده نفر به عنوان گروه آزمایش و ده نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها نتایج مورد تجزیه و تحلیل شد و حجم نمونه ۱۹۲ نفر تعیین شد. این تعداد از بین جامعه آماری به طور تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۰۰ نفر آنها در گروه آزمایش و ۹۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد .

$$N = \frac{N.t^2.s^2}{N.d^2 + t^2.s^2}$$

گرچه هم‌تاسازی قبل از اجرای پژوهش انجام نشد، اما پس از اجرا، یافته‌ها نشان داد آزمودنی‌ها از نظر متغیرهایی نظیر سن، تحصیلات و شغل مادر و پدر، تعداد فرزندان و داشتن خواهر بزرگتر کاملاً همگن بودند. هم‌چنان که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد بین گروه آزمایشی و کنترل در این زمینه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۱: میزان همگنی نمونه‌های پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

سن	تحصیلات مادر	تحصیلات پدر	شغل مادر	شغل پدر	تعداد فرزندان	داشتن خواهر بزرگتر
$t=1/66$	$Z=-1/31$	$X=8/21$	$X=0/63$	$X=4/54$	$t=1/77$	$X=1/48$
$df=192$	-	$df=4$	$df=1$	$df=3$	$df=191$	$df=1$
$P=0/097$	$p=0/18$	$p=0/08$	$p=0/43$	$p=0/21$	$p=0/078$	$p=0/22$

پرسشنامه میزان آگاهی و نوع نگرش، پرسشنامه سلامت عمومی و محتوای برنامه آموزشی بهداشت بلوغ ابزارهای اساسی تحقیق بودند. پرسشنامه میزان آگاهی ۲۳ سؤال درباره فیزیولوژی بلوغ، تغذیه، ورزش، بهداشت فردی و بهداشت قاعدگی را شامل بود که از طریق اظهار نظر متخصصان روسازی شد و پایایی آن به روش آزمون مجدد ۰/۹۸ و همسانی درونی آن از طریق روش آلفای کرانباخ ۰/۹۲ به دست آمد. میزان آگاهی در سه سطح ضعیف (۲۳-۰)، متوسط (۲۴-۳۵) و خوب (۳۶-۴۶) تجزیه و تحلیل شد. پرسشنامه نوع نگرش شامل ۲۴ سؤال سه گزینه‌ای (موافقم، مخالفم و نمی‌دانم) را شامل بود که در آن به گزینه موافق نمره ۱، به گزینه مخالف نمره ۱- و به گزینه نمی‌دانم نمره‌ای تعلق نمی‌گرفت. بر اساس امتیازات کسب شده نگرش افراد در سه سطح ضعیف (۱- الی ۲۴-)، متوسط (۱۴ الی ۱۰) و خوب (۲۴ الی ۱۴) تجزیه و تحلیل شد. روایی محتوایی این پرسشنامه را صاحب نظران تأیید کردند و ضریب پایایی آن به روش آزمون مجدد ۰/۹۴ و همسانی درونی آن به روش آلفای کرانباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی که براساس دو مؤلفه جسمی و روانی در قلمرو بهداشت تهیه شده (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲) ۳۶ سؤال داشت و ۸ خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجید. این ۸ خرده مقیاس عبارت است از: عملکرد جسمی: با ۱۰ سؤال، ایفای نقش جسمی: با ۴ سؤال، درد بدنی: با ۲ سؤال، سلامت عمومی: با ۵ سؤال، سرزندگی: با ۴ سؤال.

عملکرد اجتماعی: با ۲ سؤال. ایفای نقش هیجانی: با ۳ سؤال و سلامت روانی: با ۵ سؤال. علاوه بر ۸ مقیاس یاد شده پرسشنامه مذکور با طرح یک سؤال وضعیت سلامت فعلی فرد را نسبت به یک سال قبل می‌سنجد (جنکینسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). نمره آزمودنی در آزمون SF-36 می‌تواند بین ۰ تا ۱۰۰ تغییر کند. نمره بالاتر در هر یک از مقیاس‌های ۸ گانه بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد در مقیاس مورد نظر است (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲). نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از وجود اعتبار و همسانی درونی مطلوب تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه مورد نظر است. ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ متغیر است. در مطالعه دیگر، روایی پرسشنامه سلامت از طریق اجرای آن در دو گروه سالم و بیمار به دست آمده است. نتایج دو مطالعه انجام شده حاکی از روایی و اعتبار مقبول پرسشنامه سلامت در نمونه بزرگسال ایرانی است (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲).

محتوای برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دربرگیرنده موضوعاتی نظیر دستگاه خارجی و داخلی، فرآیند رخ دادن قاعدگی، تغییرات جسمی دوران بلوغ در دختران، رشد قد و پستان‌ها، عادت ماهیانه و علایم قبل از عادت ماهیانه، بهداشت عادت ماهیانه، تغذیه و ورزش در دوران بلوغ بود که به رؤیت صاحب‌نظران رسید و پس از جمع آوری نظرات و پیشنهادات آنها، اصلاحات لازم اعمال و به صورت نهایی در آمد و پس از طی کردن مراحل اداری و کسب مجوز از سازمان آموزش و پرورش استان، در قالب ده جلسه نود دقیقه‌ای و در قالب گروه‌های ۲۰ نفری توسط پژوهشگر تدریس شد و برای اینکه به برنامه درسی دانش آموزان خدشه‌ای وارد نشود با مدیران مدارس و معلمان تربیت بدنی هماهنگی به عمل آمد و ساعت درس ورزش به آموزش بهداشت بلوغ اختصاص یافت و برای این منظور نمازخانه مدرسه در نظر گرفته شد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t استفاده شد. هماهنگی با مسئولان سازمان آموزش و پرورش استان به ویژه مسئولان مدارس به منظور انجام دادن تحقیق، کسب اجازه از والدین و محرمانه نگه داشتن اطلاعات ثبت شده در پرسشنامه عمده ترین ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر بود.

یافته‌ها

هم چنان که داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد نمره آگاهی دختران در گروه آزمایشی بعد از اجرای برنامه آموزشی بهداشت بلوغ به نحو ملاحظه‌پذیری افزایش یافته است در حالی که در گروه کنترل افزایش محسوسی مشاهده نمی‌شود. نتایج آزمون t حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین نمره‌های دو گروه قبل و بعد از آموزش است. براین اساس می‌توان گفت دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد آگاهی بیشتری دارند.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره آگاهی گروه آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل	انحراف معیار	آزمون درون گروهی
آزمایشی	۲۷/۹۹	۳۴/۱۸	۶/۰۹	۳/۹۸	t= ۱/۷۷ df=۹۱ p=۰/۰۰۰
کنترل	۲۷/۳۲	۲۸/۲۸	۱/۰۵	۳/۶۱	t= ۱۴/۶ df=۹۰ p=۰/۰۷
آزمون بین گروهی	t= -۱/۲ df=۱۹۲ p=۰/۲۲۴	t= -۱۱/۸ df=۱۸۱ p= ۰/۰۰۰	t= ۸/۹۷ df=۱۸۱ p=۰/۰۰۰	-	-

همان گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد نمره نگرش در گروه آزمایشی بعد از اجرای برنامه آموزشی افزایش یافت در حالی که در گروه کنترل افزایش محسوسی مشاهده نشد. نتایج آزمون t حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین نمره‌های دو گروه قبل و بعد از آموزش است. براین اساس می‌توان گفت دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد نگرش مثبت تری دارند.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره نگرش گروه آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل	انحراف معیار	آزمون درون گروهی
آزمایشی	۹/۸۲	۱۴/۲۱۱	۵/۳۱۱	۴/۰۵۷	$t = -۱۲/۴$ $p = ۰/۰۰۰$ $df = ۸۹$
کنترل	۸/۱۰۶	۸/۴۱۳	۰/۳۰۷	۳/۷۷	$t = -۰/۹۲$ $df = ۹۱$ $p = ۰/۳۵$
آزمون بین گروهی	$t = -۱/۵$ $df = ۱۹۲$ $p = ۰/۱۲$	$t = -۹/۵۴$ $df = ۱۸۰$ $p = ۰/۰۰۰$	$t = -۸/۵۱$ $df = ۱۸۰$ $p = ۰/۰۰۰$	-	-

همان گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد نمره سلامت عمومی در گروه آزمایشی بعد از اجرای برنامه آموزشی افزایش یافت در حالی که در گروه کنترل افزایش محسوسی مشاهده نشد. نتایج آزمون t حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین نمره‌های دو گروه قبل و بعد از آموزش است. براین اساس می‌توان گفت دخترانی که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد سلامت عمومی بیشتری دارند.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی گروه آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل	انحراف معیار	آزمون درون گروهی
آزمایشی	۶۵/۸۸	۷۴/۲۲	۹/۶۶	۳/۸۷	$t = -۱۹/۴$ $p = ۰/۰۰۰$ $df = ۸۹$
کنترل	۶۶/۰۰	۶۷/۱۰	۱/۱۰	۳/۰۷	$t = -۱/۰۲$ $df = ۹۱$ $p = ۰/۲۵$
آزمون بین گروهی	$t = -۲/۵$ $df = ۱۹۲$ $p = ۰/۰۲$	$t = -۱۴/۵$ $df = ۱۸۰$ $p = ۰/۰۰۰$	$t = -۱۲/۵$ $df = ۱۸۰$ $p = ۰/۰۰۰$	-	-

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی مقاله حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزشی بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و سلامت عمومی دانش آموزان دختر در محدوده سنی ۱۴-۱۲ سال بود و برای این منظور سه فرضیه اساسی مطرح شد .

در رابطه با فرضیه اول تحقیق، نتایج پژوهش نشان داد دخترانی که در دوره نوجوانی برنامه‌های آموزشی بهداشت بلوغ را دریافت می‌کنند نسبت به دخترانی که این نوع آموزش‌ها را دریافت نمی‌کنند از سطح آگاهی بالاتری برخوردارند. از آنجایی که پژوهش‌های متعدد (محمدپور، ۱۳۷۵؛ امیرزاده، ۱۳۷۸؛ ملک افضلی، ۱۳۷۷؛ کوف و همکاران، ۱۹۹۳) به ناقص بودن اطلاعات بهداشت نوجوانان دختر و تأثیر آن بر افزایش نگرانی در این دوره سنی اشاره کرده‌اند و به آسیب پذیری دختران جوان در برابر بیماری‌های مسری مقاربتی را تأکید کرده‌اند (کلی، ۲۰۰۰) و با عنایت به اینکه آموزش‌های بهداشت بلوغ در رفع نگرانی‌های ذکر شده و پیشگیری بیماری‌ها تأثیر ملاحظه‌پذیری دارد (کریمی، ۱۳۷۷)، غنی کردن برنامه‌های آموزشی در این زمینه ضرورت دارد. برای این منظور آشتیانی و همکاران (۱۳۷۸)، انتخاب محتوا و روش‌های صحیح و گزینش مربیان مجرب و کارآزموده را توصیه کرده‌اند، تونر (۱۳۷۱) مدارس را به عنوان مکانی امن در این خصوص در نظر گرفته‌اند، کلی (۲۰۰۰) بر برنامه‌های آموزشی متنوع برای افزایش آگاهی‌های دانش‌آموزان در دوره بلوغ تأکید کرده و یونسکو (۲۰۰۰) ضمن تأکید بر تلفیق مهارت‌های زندگی و مهارت‌های آموزش بهداشت با برنامه‌های درسی مدارس، به تدوین برنامه‌های آموزشی انعطاف پذیرتر، درازمدت، پایدار، بین بخشی، راهبردی و مشارکتی تأکید کرده است .

در راستای نتیجه به دست آمده، پیشینه تحقیق نشان می‌دهد تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر زنان بیش از مردان است (جلالی و جلالوند، ۱۳۸۵) و می‌تواند وضعیت رفتاری دختران نوجوان را به نحو جالب توجهی بهبود بخشد (حمیدی، ۱۳۸۴). این تأثیرپذیری به ضرورت توجه به آموزش‌های بهداشت جسمی بلوغ برای دختران تأکید می‌کند. افزون بر این بر اساس گزارش علمی مؤسسه پزشکی و تحقیق ملی (۲۰۰۲) آموزش بهداشت جسمی بلوغ دختران نیازمند نگاهی فراتر از مدارس است و نوعی سرمایه گذاری آموزشی است، اما از



سوی دیگر هاوولی و دهان (۱۹۹۶)، لرنر و بنسون (۲۰۰۳) و پرکینز و جونک (۲۰۰۲) خانواده را عاملی کارساز دانسته اند. ضمن آنکه گزارش بانک جهانی (۱۹۹۷) با موارد فوق الذکر همسویی چندانی ندارد و گواه آن است که احتمال ابتلا به ایدز اغلب بین مردان و زنان با تحصیلات و درآمد بالاتر بیشتر است. در این خصوص مل بای و دیگران (۱۹۸۶) نیز نتیجه مشابه یافته‌های بانک جهانی را گزارش داده اند. با این حال پیشنهاد مشخص این است که بین دو نهاد خانه و مدرسه ارتباط مؤثرتری برقرار شود. مدارس می‌توانند از طریق برگزاری کلاس‌های آموزش مادران این پیوند را ایجاد کنند و با غنی سازی برنامه آموزش معلمان و به کارگیری نیروهای متخصص تحت عنوان مشاور و مربی بهداشت آگاهی‌ها و نگرش‌های مثبت شاگردان را تقویت کنند.

در رابطه با فرضیه دوم تحقیق، نتایج نشان داد دخترانی که برنامه‌های آموزشی بهداشت بلوغ را دریافت می‌کنند نسبت به سایر افراد نگرش مثبت تری دارند. این نتیجه با نتایج تحقیق اولین (۱۳۷۶) هماهنگ است، که آگاهی پیرامون بهداشت جسمی را یکی از عوامل تغییر نگرش می‌دانست. بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر با توجه به تأثیر پذیری قوی بعد نگرش از آموزش بهداشت، به نظر می‌رسد مادران در صورت بهره‌مندی از اطلاعات درست و آگاهی از نحوه انتقال آن، بهتر می‌توانند نگرش نوجوانان دختر را نسبت به تغییرات جسمی دوره بلوغ اصلاح کنند یا بهبود بخشند.

نتایج تحقیق حاضر در خصوص فرضیه سوم بیانگر آن است که برنامه آموزشی بهداشت بلوغ بر متغیر سلامت عمومی تأثیر معنادار دارد، که این نتیجه با نتایج مطالعات الری و وایدن (۲۰۰۵)، ماچال و همکاران (۱۹۹۱) و ارل و برمن (۱۹۹۵) همخوانی داشته است. می‌توان به منظور تبیین این نتیجه خاطر نشان کرد که اگر آموزش نوجوانان با توضیحاتی درباره قواعد و انتظارات آنها همراه باشد، از جهات بسیاری استقلال همراه با مسئولیت پذیری را در آنها پرورش می‌دهد: نخست اینکه این روشها امکاناتی برای خودمختاری نوجوانان فراهم می‌کند که البته، با راهنمایی‌های والدین و معلمانی همراه است، که به برقراری رابطه با نوجوانان علاقمند هستند. دوم اینکه این روشها نوجوان را تشویق می‌کند تا با والدین و معلمان و مسئولان مدرسه همانندسازی کنند، همانندسازی که بیشتر بر اساس محبت و احترام بزرگسالان به نوجوان است نه بی‌اعتنایی و سهل انگاری آنها.

در اجرای این پژوهش محدودیت‌هایی جدی وجود داشت که از ماهیت موضوع نشأت گرفته بود. به عنوان مثال متقاعد کردن مسئولان آموزش و پرورش استان کاری دشوار و در عین حال زمان بر بود. تدوین محتوای آموزش و تدریس آن به گونه‌ای که ضمن اثربخشی، بازتاب منفی کمتری بر گروه آزمایشی داشته باشد آگاهی، ظرافت و دقت خاص خود را می‌طلبد. در تنظیم پرسشنامه محققان به ناچار و به رغم میل باطنی برخی از سؤال‌های از قبل طراحی شده را حذف کردند، که سؤال مرتبط با خیالبافی جنسی از آن جمله بود. نتایج پژوهش حاضر صرفاً به جامعه مدنظر در این پژوهش تعمیم‌پذیر است. در پژوهش حاضر ابزار گرد آوری داده‌ها تنها پرسشنامه بود و این می‌تواند محدودیتی اغماض ناپذیر به ویژه در بعد سنجش متغیر سلامت عمومی باشد.

به پژوهشگران علاقه مند در حوزه تعلیم و تربیت و روانشناسی توصیه می‌شود موضوع مورد بررسی در پژوهش حاضر را از جوانب مختلف و در مناطق دیگر کشور مورد کاوش قرار دهند. پژوهشگران علاقه مند می‌توانند این موضوع را در ارتباط با نوجوانان پسر نیز بررسی کنند و نتایج را با یافته‌های به دست آمده در تحقیق حاضر مقایسه کنند. با توجه به اثر آموزش بر سلامت عمومی پیشنهاد می‌شود در این باب عوامل اثر گذار بر بهبود کیفیت آموزش‌های بهداشتی را شناسایی و با تقویت این عوامل نسبت به افزایش سطح سلامت عمومی دانش آموزان اقدام کنند. پیشنهاد می‌شود که تأثیر متغیر آموزش بر سلامت فرزندان در قالب تحقیقات طولی انجام شود و درباره روابط سایر متغیرها با سلامت عمومی تحقیق و ارزیابی شود. اجرای مصاحبه و تهیه گزارشها که از طریق مشاهده به دست آمده است، می‌تواند به ترمیم نارسایی‌های روش پرسشنامه کمک کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی در این زمینه با حجم نمونه کم، اما از طریق روش‌های جایگزین دیگر انجام شود.



منابع

- آبات، اف، آر، (۱۳۷۲). آموزش برای یادگیری بهتر، دفتر بازآموزی و آموزش وزارت بهداشت و درمان .
- آشتیانی، ملیحه و همکاران، (۱۳۷۸). خودآموز بهداشت نوجوانان برای والدین و مربیان، انجمن تنظیم خانواده .
- احمدی، ب، (۱۳۷۹). نیازهای بهداشت بلوغ دختران، کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری .
- اصغری مقدم، محمد و فقیهی، سهیلا، (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در نمونه ایرانی. ماهنامه دانشور رفتار، سال دهم، شماره ۱.
- اکبری، بهناز، (۱۳۸۲). تأثیر آموزش بهداشت جسمی بلوغ بر آگاهی و نگرش نوجوانان دختر، پایان نامه کارشناسی ارشد، مدیریت آموزش و پژوهش سازمان مدیریت و برنامه ریزی خراسان رضوی .
- امیرزاده، جمیله، (۱۳۷۸). بررسی میزان رعایت بهداشت قاعدگی توسط مادران و دختران شهری و روستایی ارومیه، اولین کنگره ملی بهداشت عمومی .
- اولین، لیندا، (۱۳۷۶). آموزش بهداشت، ترجمه م شیدفر، سیاوش .
- بایرامی، رقیه و همکاران، (۱۳۸۵). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به فعالیت جنسی، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی .
- پور اسلامی، محمد و همکاران، (۱۳۷۹). بررسی سطح آگاهی، نگرش و رفتار دانش آموزان دختر نسبت به بهداشت قاعدگی، راز به زیستن، شماره ۱۳ .
- تونر، کیت، (۱۳۷۱). آموزش بهداشت کارایی و تأثیر آن، ترجمه فرشته فریان پور، نشر و تبلیغ بشری .
- حسن زاده، رمضان و همکاران، (۱۳۸۵). تأثیر آموزش جنسی بر رفتار بهداشتی و سلامت خانواده، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

حمیدی، فریده، (۱۳۸۴). بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زنده گی بر دختران نوجوان مناطق محروم کشور در اردوهای تابستانی، فصلنامه مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا .

خیرخواه، معصومه، (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مسائل جنسی بر آگاهی بانوان، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .
جعفری، محبوبه و همکاران، (۱۳۸۵). بررسی آموزش پیش از ازدواج بر نگرش نسبت انتخاب همسر در دختران و پسران، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

جلالی، داریوش، (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری زناشویی زوج‌ها، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

دادفر، فرشته و همکاران، (۱۳۸۵). بررسی آگاهی و مهارت‌های جنسی، روابط غیر جنسی و باورهای غیرمنطقی زنان، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، (۱۳۸۴). سالنامه آماری کشور، مرکز آمار ایران .
صادقیان فریده و سید میرزائی، سید محمد، (۱۳۸۵). بررسی میزان آگاهی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه در مورد بهداشت بلوغ، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

علمی، محمود، (۱۳۸۵). انحرافات جنسی نوجوانان و ارتباط آن با محیط خانواده، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی .

کریمی، افتخار، (۱۳۷۷). بررسی نگرش مادران نسبت به آموزش مسائل دوران بلوغ دختران، فصلنامه پرستاری و مامایی ایران، شماره ۱۸ و ۱۹ .

محسنی، منوچهر، (۱۳۷۵). جامعه شناسی پزشکی بهداشت، تهران، دانشگاه تهران .
محمدپور، رحیم، (۱۳۷۵). بررسی میزان آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه رودسر، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه مازندران، سال ششم، شماره ۱۳ .



ملک افضلی، حسین، (۱۳۷۸). بررسی نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت بلوغ، مجتمع دانشگاه سمنان، جلد ۱۰، شماره ۲.

- Blum, R, Mcneely, C & Rinehart, P, (2002). *Improving the odds*, Center for Adolescent Health, University of Minnesota.
- Beech, B, (1999). Knowledge , attitudes & practices related to high school students, *Journal of Adolescence Health* , 24 (4).
- Council on Foundation, (1993). *Evaluation for foundations*, San Francisco, Jossey_Bass Publishers.
- Erel, O & Burman, B, (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta analytic review, *Psychological Bulletin*, 118, 108-132.
- Hargreaves, J, R & Glynn, J, R, (2000). *Educational attainment and HIV infection in developing countries*, London.
- Hawley, D & Dehaan, L, (1996). Toward a definition of family resilience, *Family Process Journal*, 35.
- Hung N. Q, L, (2006). *Strategic plans in Higher Education*, Online Submission , N/A.
- Jenkinson, C, Peto, V & Coulter, A, (1996). Making sense of ambiguity: An evaluation of the internal reliability and face validity of the SF-36 in patients presenting with **matrimony**, *Quality in Health Care*, 5, 9-12.
- Learner , R & Benson ,L, (2003). *Developmental Assets & asset-building communities*, New York, Kluwer.
- Luthar , S, Ciccehetti , S & Becker, B,(2001). The Construct of resilience, *Child Development Journal*, 71.
- Kelly, Michael, J, (2000). *Planning for education in the context of HIV/AIDS*, Unesco.
- Kettunen ,J, (2005). Implementation of strategies in continuing education, *The International Journal of Educational Management*, Vol. 19 No. 3.
- Kettunen, J. (2006). Strategic Planning of Regional Development in Higher Education , *Baltic Journal of Management*, Vol. 1 No. 3.
- Masten, A, (2001). Resilience process in development, *American Psychologist*, 56.
- Mchale, M, Freitage, K, Crouter, C, & Bartko, W, (1991). Connection between dimension of marital quality and school-age children of adjustment, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 1-17.
- Melbye, M & etal, (1986). *Evidence for the heterosexual transmission in Lusaka, Zambia*, In: The Lancet.
- National Research Council & Institute of medicine, (2002). *Community programs to promote youth development*, Washington DC, National Academy Press.



- O'leary, S, & Vidair, B, (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreement, and overactive parenting: Predicting child behavior problems, *Journal of Family Psychology*, 19, 205-216.
- Oxfam, (1999). *Education now, Break the cycle of poverty, Media Report*, Oxford, Oxfam International.
- Perkins, D, Luster, T & Junk, W, (2002). Protective factors that decrease the likelihood of purging for physically abused females, *Journal of Adolescent Research*, 17.
- Rutter, M, (1999). Protective factors to children, *Primary Prevention of Psychopathology*, Vol, 3, University of New England.
- UNESCO, (2000). *Education for all, The Dakar Framework for Action*, Paris, UNESCO(mimeo).
- Ward, J. V & etal, (2002). Result from focus groups and interviews with gender equity consultants, *Report commissioned by the caroline and Sigmund Schott Foundation*, Cambridge, M