

چالش‌های آموزش سلامت بلوغ به دختران نوجوان در ایران: اولیتی برای طراحی مداخلات مدرسه محور برای دختران و مادران

زینب علی مرادی^۱، معصومه سیمبر^{*۱}

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش

سال سیزدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۳ صص ۶۳۶-۶۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۳

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۹ شهریور ۹۳

چکیده

دختران نوجوان در دوران بلوغ تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که نداشتن اطلاعات کافی، مهارت‌ها و آمادگی‌های لازم برای گذر از این بحران، آنها را آسیب‌پذیر می‌کند. سلامت بلوغ شامل اصول و مراقبت‌هایی است که منجر به حفظ و ارتقای سلامت جسمی - روانی و عاطفی فرد در این دوران و دوران‌های دیگر می‌شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است. به همین دلیل مطالعه موجود با هدف تبیین چالش‌های موجود در آموزش بهداشت بلوغ به دختران نوجوان به صورت مروری با استفاده از کلمات کلیدی نوجوان، بلوغ، سلامت بلوغ، دختران در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed, Elsevier, SID, Medlib, Magiran, Iranmedex, Irandoc, Google Scholar انجام شد و مقالات چاپ شده در یکی از حیطه‌های مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد سلامت بلوغ دختران در فاصله ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. چالش‌های مرتبط با آموزش بهداشت بلوغ دختران نوجوان را می‌توان در ۶ محور اصلی شامل نداشتن آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب؛ فقدان توجه لازم به عوامل موثر بر آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان؛ ضعف منابع دریافت اطلاعات نوجوانان (مادران، همسالان، مربیان بهداشت)؛ فقدان توافق در مورد زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ؛ فقدان محتوای آموزشی مناسب و جامع دوران بلوغ برای دختران نوجوان؛ عدم استفاده از روش‌های مناسب آموزش سلامت بیان کرد. مطالعات متعددی در زمینه تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دختران در زمینه جسمانی بلوغ، عوامل موثر و منابع دریافت و تاثیر آموزش در زمینه‌های سلامت جسمانی بلوغ در کشور انجام شده است اما در زمینه بررسی عوامل و علل ناآگاهی و بی‌توجهی مادران در مورد بلوغ دخترانشان، استفاده از روش‌های مشارکتی آموزش و طراحی آموزش‌های مبتنی بر مهارت، و ارائه راهکارهای مداخله‌ای برای آموزش ابعاد جسمی (به ویژه بعد جنسی)، روانی و اجتماعی بلوغ جای خالی زیادی وجود دارد.

کلیدواژه: سلامت بلوغ، آموزش، دختران نوجوان، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، گروه بهداشت باروری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷

E-mail: msimbar@sbm.ac.ir

مقدمه

از بین دوران‌های مختلف زندگی انسان، نوجوانی، یکی از مهم‌ترین و ارزش‌ترین دوران زندگی هر فرد محسوب می‌شود که بنا به تعریف سازمان سلامت جهان، نوجوانان افراد بین ۱۰ تا ۱۹ سال هستند [۱]. این مرحله بینابینی، در گذر از کودکی به بزرگسالی، سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد او در بزرگسالی تأثیر گذاشته و منجر به ایجاد نیازهای متفاوت مخصوص این گروه سنی می‌شود [۲]. با اینکه نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی است، اغلب دوره سلامتی پنداشته شده و با این پیش فرض نوجوانان از خدمات بهداشتی بی‌بهره می‌مانند [۳]. این در حالی است که نیمی از نوجوانان دنیا در برابر بیماری‌های مقاربتی همچون ایدز و حاملگی ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن و فارغ از مسؤلیت، حاملگی زودرس، سوء مصرف مواد، شکست در تحصیل، مسایل مربوط به سلامت فردی، بهداشتی، تغذیه و بی‌حرکی هستند [۴]. بلوغ، مهم‌ترین تغییر و تحول و نقطه عطف زندگی نوجوان است که دوره انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری محسوب شده و تغییرات بلوغ، نوجوان را به سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش می‌برد که زیر بنای زندگی بزرگسالی و سالمندی او پی‌ریزی می‌شود [۵]. بنابراین بسیاری از مشکلات روحی، بیماری‌های عفونی و ازدواج‌های ناموفق، حاملگی‌های زودرس و مخاطره آمیز، صدمات و مرگ و میر مادر و کودک و در نهایت مشکلات عدیده جسمی و روحی و روانی می‌تواند ریشه در این دوران داشته باشد. لذا این دوره زمینه ساز مراحل مختلف در زندگی افراد محسوب می‌شود [۶]. بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت‌هایی است که منجر به حفظ و ارتقای سلامت جسمی - روانی و عاطفی فرد در این دوران و دوران‌های دیگر می‌شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است [۷]. بر اساس آمار یونیسف در سال ۲۰۱۱ جمعیتی بالغ بر ۱٫۲ بلیون نفر از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند که ۸۵ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۸]. بر اساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، ۱۶/۳۴ درصد از جمعیت کشور ما در گروه سنی ۱۹-۱۰ سال قرار دارند [۹]. این موضوع، توجه ویژه به این گروه مهم و در معرض خطر را ضروری می‌سازد زیرا که نوجوانان نیازهای منحصر به فردی نسبت به بزرگسالان دارند که باید شناسایی شده و در جهت رفع آنها تلاش شود و کشور ما با داشتن چنین سرمایه عظیمی از نوجوانان، نیازمند

برنامه‌ریزی‌های دقیق و توجه به نیازهای سلامت این گروه است [۲]. در بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، که نقطه عطفی در خدمات بهداشت باروری در جهان است، بر نیازهای منحصر به فرد نوجوانان نسبت به بزرگسالان تأکید شده و از کشورهای متعهد به این بیانیه، خواسته شده که این نیازها را شناسایی کنند و جهت رفع آنها بکوشند [۱۰]. نیمی از جمعیت نوجوانان کشور را دختران تشکیل می‌دهند که با توجه به ویژگی‌های بلوغ در دختران، شرایط جسمی و روانی این دوران و نیز نقش اساسی دختران در باروری، می‌توان ادعا نمود که سلامت دختران نوجوان از جایگاهی ویژه برخوردار است. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی برای جهت دادن به دوره‌های بعدی زندگی آنهاست و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آنها خواهد گذاشت. سرمایه‌گذاری در تأمین سلامت این گروه سنی، به سبب نقش دوگانه دختران در سلامت جامعه و سلامت نسل‌های آینده، یکی از اصلی‌ترین مسیرهای تحقق اهداف توسعه هزاره است. از نظر صندوق جمعیت ملل متحد، سلامت دختران، کلید شکسته شدن چرخه فقر بین نسل‌ها و دسترسی به اهداف توسعه هزاره است [۱۱]. صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل هم در گزارش وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۱۱ از نوجوانی به عنوان فرصتی یاد می‌کند که تمرکز بر تکامل نوجوانان به خصوص دختران در این دوره همراه با رعایت حقوق آنها می‌تواند مبارزه علیه فقر و نابرابری و تبعیض جنسیتی را تسریع و تقویت کند [۸]. مطالعه حاضر به مرور و طبقه‌بندی یافته‌های مقالاتی پرداخته است که در دو دهه اخیر در کشور با تمرکز بر آگاهی و نگرش و عملکرد نوجوانان نسبت به بلوغ و جنبه‌های مرتبط با سلامت بلوغ دختران در کشور طراحی و اجرا شده‌اند. هدف از این مطالعه تبیین چالش‌های موجود در حیطه آموزش سلامت بلوغ به دختران است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر مروری است بر مقالات نویسندگان ایرانی که در فاصله سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ در مجلات داخلی یا خارجی چاپ شده و به یکی از حیطه‌های مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشت بلوغ دختران پرداخته‌اند. جستجوی مقالات با استفاده از کلمات کلیدی نوجوان، بلوغ، سلامت بلوغ، دختران در پایگاه‌های اطلاعاتی IranMedex, PubMed, Elsevier, SID, Medlib, MagIran, IranDoc, Google Scholar انجام شد. لازم به توضیح است که اولین مطالعات در زمینه سلامت بلوغ انجام شده بود مربوط به سال ۱۳۷۲

داشتن رفتارهای بهداشتی نامناسب در نوجوانان وجود دارد که می توان برای مثال به نتایج مطالعه میبیدی ۱۳۸۹ اشاره کرد که اکثر دانش آموزان پاسخ غلط به گزینه های ذیل داده بودند: در زمان قاعدگی نباید حمام کرد (۵۷/۱ درصد)، در هنگام قاعدگی به استراحت بیشتری نیاز است (۵۰/۲ درصد)، خونریزی دوران قاعدگی موجب کم خونی می شود (۵۹/۱ درصد)، در دوران قاعدگی باید سبزیجات کمتری مصرف کرد (۵۴/۴ درصد)، در دوران قاعدگی باید مایعات کمتری مصرف کرد (۵۹/۳ درصد). حتی نتایج مطالعه اخیر جلالیان و همکاران هم نشان داده است که با وجود آگاهی بیشتر و نگرش مطلوب تر نوجوانان آموزش دیده نسبت به گروه کنترل اما همچنان عملکرد بهداشتی آنها در اولین دوره قاعدگی از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم ندارد [۱۹]. بنابراین چالش نداشتن آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب در زمینه مسایل بلوغ همچنان در بین دختران نوجوان ما وجود دارد و باید مورد توجه قرار گیرد.

- فقدان توجه لازم به عوامل موثر بر آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان: بر اساس نتایج مطالعات مختلف می توان گفت که سطح تحصیلات مادر مهمترین عامل موثر بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه مسایل مرتبط با سلامت بلوغ است و وجود ارتباط آماری معنی دار بین این دو متغیر در مطالعات زیادی تایید شده است [۱۸-۱۶]، و همچنین براساس نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره که توسط کاظمی برای بررسی تاثیر متغیرهای خانوادگی بر میزان آگاهی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی نسبت به سلامت بلوغ در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، قوی ترین پیش بینی کننده میزان آگاهی نوجوانان از سلامت بلوغ، سطح آگاهی مادران بوده است [۲۲]. نکته حایز اهمیت این است که نتایج سایر پژوهش ها در حیطه آگاهی و نگرش دانشجویان در حیطه سلامت باروری (که اغلب در محدوده سنی ۱۸-۲۰ سال یا به عبارتی اواخر نوجوانی هستند) هم تاثیر سطح آگاهی مادران بر آگاهی و نگرش دانشجویان را نشان داده است [۲۳، ۲۴]. در این زمینه مطالعه شاه حسینی و همکاران هم حاکی از آن است که از دیدگاه دختران نوجوان عوامل خانوادگی که تاثیر مهمی در سلامت آنان دارد عبارتند از: ۱- داشتن حمایت عاطفی در خانواده (با وجود روابط دوستانه و صادقانه بدون وجود تبعیض بین فرزندان)، ۲- داشتن والدینی مسئول (که الگوی مناسب رفتاری بوده و تسهیلات و حمایت لازم را برای آنها فراهم کنند) و ۳- آگاه بودن والدین در مورد تغییرات تکاملی دوران نوجوانی و تفاوت بین نسل ها [۲۵]. از سایر عوامل موثر بر میزان آگاهی دختران در

بود که به صورت مقاله منتشر شده از سال ۱۳۷۷ در دسترس بود، لذا در بررسی پایگاه های اطلاعاتی سال ۱۳۷۰ به عنوان بازه آغازین جستجو در نظر گرفته شد تا تمام موارد موجود بررسی شود. در مجموع ۱۸۵ مقاله در پایگاه های اطلاعاتی مختلف در حیطه های مربوط به سلامت نوجوانان به دست آمد که پس از مطالعه خلاصه مقالات توسط نویسندگان مقاله تعداد ۳۸ مقاله که در آنها به نوعی به مقوله های مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه سلامت بلوغ، نیازهای آموزشی و بهداشتی آنها در زمینه سلامت بلوغ و یا آموزش در زمینه سلامت بلوغ پرداخته شده بود، وارد مطالعه شدند. مقالات منتخب در دو بخش کلی مقالات مداخله ای و غیر مداخله ای طبقه بندی شدند. در مجموع ۱۸ مورد از مطالعات با الگوی مداخله ای و با هدف بررسی تاثیر آموزش یا مقایسه روش های مختلف آموزش بهداشت بلوغ انجام شده بود و در بخش مطالعات غیر مداخله ای هم ۲۰ مطالعه با طرح های پژوهشی کیفی، توصیفی-تحلیلی و مقطعی با اهداف مطالعه حاضر مرتبط بودند. جدول شماره ۱ مشخصات مطالعات مداخله ای و جدول شماره ۲ مشخصات مطالعات غیرمداخله ای در زمینه سلامت بلوغ دختران در ایران را نشان می دهد.

یافته ها

براساس یافته های حاصل از مطالعات انجام شده در سطح کشور چالش های مرتبط با آموزش سلامت بلوغ به دختران نوجوان را می توان در ۶ محور اصلی بیان نمود:

- نداشتن آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب: مطالعات اولیه که در این زمینه در کشور انجام شده اند، حاکی از ضعیف بودن میزان آگاهی نوجوانان در زمینه فرآیند بلوغ و قاعدگی، رعایت نکات بهداشتی در زمان بلوغ و قاعدگی، بهداشت فردی دوران قاعدگی و ... در این دوران هستند. همچنین در مطالعات اولیه نگرش منفی یا بی تفاوت نسبت به قاعدگی و تغییرات دوران بلوغ در اکثر نوجوانان گزارش شده است و عملکرد نامطلوب در بیشتر نوجوانان حتی افرادی که از سطح آگاهی مطلوب برخوردار بودند هم گزارش شده است [۱۵-۱۲، ۴]. در سال های اخیر به دلیل گسترش آموزش مسایل مرتبط با بلوغ و بهداشت دوره بلوغ توسط مدارس، خانواده ها و رسانه ها، افزایش نسبی میزان آگاهی، بهبود نسبی نگرش نوجوانان نسبت به تغییرات بلوغ و همچنین بهبود نسبی عملکرد آنها در زمینه مسایل مرتبط با بهداشت بلوغ گزارش شده است [۱۸-۱۶]؛ اما همچنان ضعف موجود در حیطه آگاهی و نگرش آنها و به تبع آن

زمینه مسایل مرتبط با بلوغ و قاعدگی می‌توان مواردی نظیر اولین واکنش مثبت مادران نسبت به تغییرات بلوغ دختران، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده [۱۴]، منطقه سکونت [۱۶، ۱۴]، افزایش سن نوجوان [۱۷، ۱۵، ۱۴]، سنوات تحصیلی و رشته تحصیلی [۱۵]، منبع کسب اطلاعات [۱۵، ۱۲]، تحصیلات پدر [۲۲، ۱۲، ۴]، شغل پدر [۲۲] نام برد که در برخی تحقیقات انجام شده دارای همبستگی معنی‌دار آماری با میزان آگاهی دختران دانش‌آموز بودند. بسیاری از این عوامل مانند سطح تحصیلات مادر، واکنش مادر و خانواده، رشته تحصیلی، منبع کسب اطلاعات، سکونت در مناطق مختلف شهری به عنوان مولفه‌های موثر بر نگرش دانش‌آموزان دختر در زمینه بلوغ و مسایل مرتبط با آن یاد شده اند [۱۴، ۱۲]. اما آنچه در ارزیابی کلی تحقیقات موجود می‌توان دریافت این است که بجز سطح تحصیلات و آگاهی مادران توافق کلی در مورد سایر عوامل موثر بر آگاهی، نگرش و عملکرد دختران توجوه وجود ندارد و نیاز به طراحی و اجرای مطالعات جامعی در این زمینه احساس می‌شود.

- ضعف منابع دریافت اطلاعات نوجوانان: بررسی نتایج مطالعات قویاً نشان می‌دهند که مادران مهمترین منبع کسب اطلاعات بلوغ برای دختران محسوب می‌شوند. معلمان، خواهران، همسالان، کارکنان بهداشتی و درمانی، مراقبین بهداشت مدارس از سایر منابع کسب اطلاعات توسط نوجوانان ذکر شده‌اند. به نظر دختران نوجوان رسانه‌ها کمترین نقش را در انتقال اطلاعات بلوغ به آنها ایفا کرده اند [۲۷، ۴]. رابطه نزدیک و صمیمانه بین مادران و دختران می‌تواند دلیل خوبی بر این موضوع باشد که دختران از مادرانشان به عنوان مهمترین منبع کسب اطلاعات خود در مورد مسایل مرتبط با بلوغ استفاده کنند. دخترانی که مادرانی تحصیل کرده دارند، از همان آستانه بلوغ، اطلاعات بیشتری درباره چگونگی تغییرات بلوغ خود به دست می‌آورند و آمادگی آنها برای پذیرش وضعیت جدیدشان بیشتر است [۲۶]. نکته مهمی که باید مورد توجه قرار گیرد وجود شرم و خجالت در بین دختران، مادران و مربیان بهداشتی در فرآیند آموزش بلوغ است. در بررسی بررسی مقدماتی آموزش بلوغ در دختران نوجوان که به صورت کیفی توسط انوشه و همکاران انجام شد، کلیه نمونه‌ها به مسأله وجود "شرم و خجالت" در بین دختران، مادران و مربیان در دوران بلوغ اشاره داشته‌اند و از سوی دیگر کم‌اطلاعی و درک و شناخت ناکافی مادران و مربیان بهداشت از پدیده بلوغ و مسائل آن از مهمترین علل عدم برخورداری نوجوانان به ویژه دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران

بلوغ است که می‌تواند از ناشی از ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از پدیده بلوغ و کوتاهی آن‌ها در آمادگی و آموزش دختران می‌باشد [۲۸]. در این راستا خلا پژوهشی در مورد بررسی میزان آگاهی و نگرش مادران در مورد ابعاد مختلف بلوغ و همچنین علل ناآگاهی و بی‌توجهی مادران در مورد بلوغ دخترانشان احساس می‌شود.

- فقدان توافق در مورد زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ: بررسی دیدگاه‌های والدین، معلمان و دانش‌آموزان پیرامون آموزش مفاهیم بهداشت باروری به دانش‌آموزان نشان داده است که در زمینه آموزش بهداشت بلوغ تمامی افراد آموزش بهداشت بلوغ را به دلیل شرایط خاص دوران بلوغ و شروع بحران‌های روحی در این مقطع سنی، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری نوجوانان و همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی‌صلاحیت در این امر لازم دانسته و بر آن تاکید داشتند. اکثر آنها با شروع آموزش ابعاد جسمی بهداشت بلوغ و قاعدگی پیش از شروع آن موافق بودند و شروع آموزش‌ها را در دختران حول و حوش ۱۰-۹ سالگی مناسب تلقی می‌کردند. اما در مورد آموزش در زمینه مسایل جمعیت و تنظیم خانواده، بهداشت از دواج، ایدز و بیماری‌های مقاربتی، بسیاری از والدین چنین آموزش‌های را ضروری ندانسته یا اینکه آموزش آنها را در سال‌های آخر دبیرستان و یا در کلاس‌های پیش از ازدواج پیشنهاد کرده بودند [۲۹]. مطالعات دیگر هم در کشور بر شروع آموزش‌های بهداشت جسمی بلوغ در حوالی سن ۱۰-۹ سالگی تاکید داشتند [۱۳، ۱۲] و در مطالعه جلالیان و همکاران هم سن ۱۲ سالگی برای ارائه آموزش‌های بهداشت قاعدگی از طرف نوجوانان پیشنهاد شده است [۱۹]. متأسفانه باورهای نادرست فرهنگی و اجتماعی در کشور ما مانعی برای ارائه آموزش‌های بهداشت باروری به نوجوانان ایجاد کرده است [۱۹] و ارزیابی جامعی به منظور تعیین زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ از جمله بهداشت جنسی انجام نشده است.

- فقدان محتوای آموزشی مناسب و جامع برای آموزش بهداشت دوران بلوغ دختران نوجوان: آنچه که باید به عنوان چالش دیگری در حیطه آموزش بهداشت بلوغ مورد توجه و رسیدگی قرار گیرد، تدوین محتوای آموزشی مناسب است که علاوه بر آموزش مسایل مرتبط با تغییرات جسمانی دوران بلوغ، به مسایل مرتبط با نیازهای مرتبط با بهداشت جنسی، روانی و اجتماعی این دوران و رفتارهای مخاطره آمیز سلامت در دوره نوجوانی بپردازد. نبود برنامه مناسب آموزش

بلوغ یکی از مواردی است در پژوهش انوشه هم توسط همه مربیان بیان شده بود و همه بر این باور بودند که ما در سطح کشور برنامه آموزش فراگیر نداریم که براساس آن آموزش دهیم. این مربیان از نداشتن فرصت آموزش و یا کلاس جداگانه و مشخصی برای آموزش در این زمینه ناراحت بودند [۲۸]. نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ بیانگر این است که افراد جامعه ما به ویژه نوجوانان از برنامه مدون و مناسبی در زمینه آموزش بلوغ برخوردار نیستند [۱۳]. بررسی مطالعات انجام شده در زمینه آموزش بهداشت بلوغ در کشور ما نشان می‌دهد که محتوای آموزشی تدوین شده در این مطالعات معطوف به آموزش در زمینه بعد جسمی بلوغ شامل شناخت تغییرات بلوغ و سیستم تناسلی زنانه، تغذیه دوران بلوغ، فعالیت بدنی و استراحت، بهداشت پوست، بهداشت قاعدگی، بهداشت دهان و دندان [۳۴-۶،۳۰] بوده است و تنها در دو مطالعه علاوه بر آموزش های مرتبط با بعد جسمانی به آموزش بهداشت روان دوران بلوغ هم پرداخته شده است [۳۸، ۳۰]. اما در هیچیک از مطالعات موجود در کشور ما آموزش جامعی در زمینه ابعاد جنسی، روانی و اجتماعی بلوغ به طور کامل و جامع انجام نشده است، به همین دلیل نیاز به تدوین محتوای جامع آموزش بهداشت بلوغ در تمام ابعاد آن، در کشور احساس می‌شود.

عدم استفاده از روش‌های مناسب آموزش بهداشت: تا به حال در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت دختران نوجوان در کشور از روش متداول سخنرانی به عنوان روش اصلی یا همراه با ارائه پمفلت یا بسته آموزشی استفاده شده است [۳۸-۳۰]. برخی از مطالعات هم به مقایسه سخنرانی با سایر روش‌های آموزشی شامل بسته آموزشی [۳۶، ۳۸]، گروه همسالان [۴۳، ۳۹]، بازی و ایفای نقش [۳۳] پرداخته اند. به دلیل اهمیت نقش مادران به عنوان منبع اطلاعاتی دختران در دوران بلوغ، چند مطالعه هم با رویکرد آموزش به مادران از طریق آموزش توسط رابطین بهداشتی، آموزش گروهی و با استفاده از روش‌های سخنرانی طراحی و اجرا شده است [۴۴-۴۲].

در یک مطالعه هم تاثیر آموزش توسط مادران دوره دیده، مربیان بهداشتی دوره دیده با گروه کنترل مقایسه شدند که نتایج مطالعه نگرش بهتر نسبت به قاعدگی و عملکرد بهداشتی بهتر در دوران قاعدگی را در گروه دانش آموزان آموزش دیده توسط مربیان بهداشتی دوره دیده نشان داده است [۱۹]. این در حالی است که در مطالعه دیگری ارائه آموزش به نوجوانان از طریق آموزش به مادران نتایج بهتری داشته و با استقبال دانش آموزان همراه بوده است [۴۲]. تنها در یک مطالعه از الگوی اعتقاد بهداشتی برای آموزش بهداشت

دوران بلوغ استفاده شده است [۴۰]. بنابراین از حیث استفاده از روش‌های مختلف آموزش بهداشت در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت بلوغ و مقایسه نتایج از نظر اثربخشی و کارایی روش‌های مختلف هم کمبود مطالعات احساس می‌شود. در تمام مطالعات انجام شده در کشور، آموزش باعث افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد رفتار بهداشتی دانش آموزان شده است اما نتایج تحقیقاتی که به صورت همزمان به مقایسه روش سخنرانی و یکی از روش‌های پویای آموزشی نظیر ایفای نقش و بازی، گروه همسالان پرداخته اند، حاکی از اثربخشی بهتر و یا ماندگاری بیشتر آموزش‌ها در این روش‌ها نسبت به سخنرانی هستند. در مورد بسته آموزشی یا پمفلت آموزشی نتایج مختلفی گزارش شده است، به طوری که در یک مورد برتری بسته آموزشی [۳۶] و در مورد دیگر برتری سخنرانی [۶] در افزایش میزان آگاهی دانش آموزان گزارش شده است. سخنرانی با اینکه به عنوان یک روش متداول، آسان و مقرون به صرفه آموزشی مطرح است اما نتایج و اثر بخشی آن برای مباحث مختلف بهداشتی و نقش فراگیر - محوری آن برای مشارکت فراگیران مشخص نیست [۳۳]. در حالیکه استفاده از روش‌های آموزش و یادگیری مشارکتی در آموزش به دانش آموزان، موثرترین روش توسعه دانش، نگرش و مهارت آنها برای رسیدن به توانایی تصمیم‌گیری‌های سالم و بهداشتی در زندگی است [۴۵]. استفاده از روش‌های آموزش مشارکتی مزایای شامل تقویت نگرش شرکت کنندگان نسبت به خود و دیگران، ارتقا مشارکت در مقابل رقابت، فراهم کردن موقعیت شناسایی و ارزش نهادن به مهارت‌های فردی و تقویت اعتماد به نفس در افراد، توانمندسازی مشارکت‌کنندگان در شناخت بهتر یکدیگر و گسترش روابط بین فردی، بهبود مهارت‌های گوش دادن و برقراری ارتباط، تسهیل در سرو کار داشتن با امور حساس، ارتقا در تحمل و درک افراد و نیازهایشان و تشویق خلاقیت و نوآوری در مشارکت‌کنندگان دارد [۴۶]. آنچه از بررسی مداخلات آموزشی صورت گرفته در زمینه بهداشت بلوغ در کشور استنباط می‌شود، خلا موجود در زمینه استفاده از روش‌های پویای آموزش در زمینه بهداشت و وجود نتایج غیرهمه‌گانه در مورد اثربخشی بیشتر آموزش به نوجوانان از طریق مادران، مربیان بهداشتی یا همسالان است. بنابراین توجه ویژه به طراحی آموزش‌های بهداشت بلوغ بر اساس روش‌های مشارکتی و فعال آموزش بهداشت با استفاده از منابع موثر (مادران، همسالان، مربیان بهداشتی) برای تعیین بهترین روش‌های موثر آموزشی مورد نیاز است.

جدول ۱: مروری بر مطالعات مداخله‌ای در زمینه بهداشت بلوغ دختران در ایران در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲

نویسندگان	گروه هدف	مداخله	پیامد
۱۳۷۸- ذبیحی	۲۵۰ دانش آموز دختر از دبیرستان های امیرکلاهی بابل	۲ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه در کلاس به شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ	۳۵ روز پس از مداخله، تاثیر مثبت آموزش بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان به صورت معنی دار مشاهده شد. (مطالعه به صورت تک گروهی با طرح قبل و بعد بود)
۲۰۰۲ - محمدزاده و همکاران	۳۵۰ دانش آموز دختر ۱۴- ۱۲ ساله	شرکت در سخنرانی و بحث گروهی در مقابل پمفلت آموزشی خودخوان	امتیاز هر دو گروه قبل از مداخله مشابه و پس از مداخله متوسط امتیاز دانش در هر دو گروه افزایش یافته بود اما بحث گروهی موثرتر از خود-یادگیری بود.
۱۳۸۳ - جلیلی و محمدعلیزاده و عطالهی	۲۰۰ دانش آموز مقطع سوم راهنمایی شهر بابک (باطرح قبل و بعد تک گروهی)	اجرای آزمون مقدماتی و تعیین نیازهای آموزشی، طراحی و اجرای برنامه آموزشی در دو جلسه با پمفلت آموزشی	افزایش معنی دار آگاهی و عملکرد ۳ ماه پس از مداخله و وجود کمترین تفاوت در عملکرد دانش آموزان با بیشترین بعد خانوار و بیشترین تفاوت در دانش آموزان با منبع کسب اطلاعات از معلمین و دوستان
۱۳۸۴- زارع، ملک افضل، جندقی و همکاران	۷۴۲ دختر از سمنان و دامغان در دو گروه کنترل و مداخله	۱- نیازسنجی ۲- آموزش در ۴ مرحله ۳- ارزیابی پس از آموزش	۱- بهبود معنی دار آگاهی، نگرش و عملکرد دختران آموزش دیده ۲- مؤثر و مناسب بودن انتقال آموزش ها به مادران از طریق رابطین بهداشتی برای آموزش به دختران در محیط خانواده
۱۳۸۵- مودی، زمانی پور و همکاران	۳۳۵ دانش آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر بیرجند	آموزش یک و نیم ساعته برای همه دانش آموزان توسط مربیان آموزش دیده با محتوای یکسان	افزایش معنی دار میانگین نمره آگاهی در دانش آموزان هر دو مقطع و در کل دانش آموزان ۱ ماه پس از مداخله وجود داشت. مطالعه تک گروهی با طرح قبل و بعد بود.
۱۳۸۵- هزوه ای، تقدیسی و همکاران	۱۷۴ دانش آموز دختر اول راهنمایی از ۶ مدرسه از نواحی ۴ گانه آموزش و پرورش مشهد	تخصیص تصادفی دانش آموزان در سه گروه آموزشی سخنرانی، بازی و ایفای نقش و اجرای دو جلسه آموزشی در هر گروه	تفاوت معنی داری آگاهی بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در هر سه گروه که در دو گروه ایفای نقش و گروه بازی افزایش بیشتری نسبت به گروه سخنرانی داشت و ماندگاری عملکرد در گروه ایفای نقش به طور معنی داری بیشتر بود
۱۳۸۷- قهرمانی، حیدر نیا و همکاران	۸۰ دانش آموز مقطع راهنمایی در دو گروه کنترل و مداخله	۱۲ جلسه آموزشی ۱ ساعته با روش سخنرانی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ	افزایش معنی دار میانگین نمرات آگاهی، عملکرد و نگرش در گروه مداخله ۲ ماه بعد از اتمام آموزش ها دیده شد.
۱۳۸۷- خاکبازان، جمشیدی و همکاران	۲۰۰ دانش آموزان دختر مدارس راهنمایی	سخنرانی در دو جلسه دو ساعته در مقابل رایبه بسته های آموزشی	افزایش آگاهی بعد از آموزش در هر دو گروه که در گروه بسته آموزشی به طور معناداری بیشتر از سخنرانی بود.
۱۳۸۸- سیستانی، مرقاتی و تقدیسی	۱۰۰ نفر از مادران دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران	مداخله برای مادران با سخنرانی یا آموزش از طریق دختران آموزش دیده توسط همسالان	۱،۵ ماه بعد از مداخله نتایج نشان داد که آموزش با گروه همسالان دختر موجب افزایش میانگین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به موضوع بهداشت بلوغ شد.
۱۳۸۸- نوری، سیستانی و مرقاتی	۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران در دو گروه کنترل و مداخله	آموزش از طریق همسالان به صورت ۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فاصله زمانی یک هفته	آموزش همسالان باعث ارتقاء سلامت جسمی دختران نوجوان شد، آزمون های آماری نیز اختلاف معنی داری را در میانگین نمرات آگاهی و عملکرد افراد یک و نیم ماه پس از مداخله نشان داد.
۱۳۸۸- کرامتی و همکاران	۱۹۲ دانش آموز دختر ۱۴- ۱۲ ساله در دو گروه کنترل و مداخله	برگزاری ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزشی در قالب گروه های ۲۰ نفری	افزایش معنی دار آگاهی، نگرش و وضعیت سلامت عمومی دختران در گروه مداخله وجود داشت.
۲۰۰۸- افکاری و همکاران	۱۶۷۰ دختر ۱۴- ۱۰ ساله استان اصفهان	دوره آموزشی ۳ ماهه توسط مربیان آموزش دیده	افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد در پایان دوره آموزشی نسبت به قبل از آموزش وجود داشت.
۱۳۸۹- مالکی، دلخوش و همکاران	۱۳۲ دانش آموز دختر مقطع راهنمایی مدارس دولتی در یکی از شهرک های تهران	تخصیص نمونه ها به گروه های دریافت آموزش از مادر، از معلمین یا پرستار بهداشت جامعه	قبل از مداخله رفتار بهداشتی در سه گروه تفاوت نداشت اما ۳ ماه بعد از مداخله در هر سه گروه تفاوت معنی دار وجود داشت. آموزش پرستار بهداشت جامعه نسبت به مادران و معلمان موثرتر بود.
۱۳۸۹- آقاییوسفی، علی پور و نجاری	دانش آموزان دختر دوره سوم راهنمایی	اجرای ۸ جلسه آموزشی ۱،۵ ساعته برای گروه مداخله	آموزش بهداشت بلوغ و قاعدگی بر سلامت عمومی دختران نوجوان تاثیر مثبت داشته و باعث کاهش اضطراب، اختلالات خواب، افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی آنها شد
۲۰۱۰- تقوا	۱۲۰ مادر نوجوانان پیش از بلوغ در دو گروه مورد و شاهد	برگزاری ۶ جلسه آموزشی ۲ ساعته برای گروه مورد	۱ سال پس از مداخله افزایش آگاهی و مهارت های ارتباطی مادران و نگرش مثبت در دختران آنها وجود داشت.
۱۳۹۰- مجلسی، محمودی و همکاران	۲۰۰ نفر از دانش آموزان مدارس مقطع راهنمایی جزیره کیش	ارائه بسته آموزشی در مقایسه با یک جلسه سخنرانی دو ساعته	۱ ماه بعد از مداخله آگاهی و نگرش نسبت به قبل از آموزش افزایش داشت. افزایش میزان آگاهی با روش سخنرانی بیشتر بود اما افزایش نگرش تفاوت اندکی داشت.
۱۳۹۱- شیریزادی، شجاعی زاده و همکاران	۶۱ دختر ۱۲- ۱۹ ساله ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی تهران	آموزش در ۴ جلسه ۴۰ دقیقه ای به روش سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ	تغییر معنی دار مثبت بین اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد افراد یک ماه بعد از مداخله (مطالعه به صورت تک گروهی با طرح قبل و بعد بود)
۲۰۱۲- جلالیان و همکاران	۱۸۲۳ دانش آموز دختر از ۱۵ مدرسه راهنمایی تهران	سه گروه تصادفی آموزش از طریق والدین و یا مربیان بهداشت و گروه کنترل	۲ سال پس از مداخله، دانش آموزان آموزش دیده توسط مربیان بهداشت نگرش بهتری نسبت به قاعدگی و عملکرد بهتری در مورد بهداشت دوران قاعدگی داشتند

جدول ۲. مروری بر مطالعات غیرمداخله ای در زمینه بهداشت بلوغ دختران در ایران در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲

نویسندگان	مطالعه	گروه هدف	نتایج
۱۳۷۷- کریمی و همکاران	توصیفی	۱۵۰ مادر دختران راهنمایی منطقه ۵ تهران	اکثریت مادران نسبت به آموزش مسایل بلوغ نگرش خنثی داشتند؛ بین تحصیلات مادران، تعداد فرزندان، رتبه فرزند و نگرش آنها نسبت به آموزش همبستگی آماری معنی دار به صورت منفی گزارش شده است.
۱۳۷۹- ملک افضلی، جندقی و همکاران	توصیفی - تحلیلی آینده نگر	۷۴۲ دختر از سمنان و دامغان در دو گروه کنترل و مداخله	۱- بهبود معنی دار آگاهی، نگرش و عملکرد دختران آموزش دیده ۲- موثر و مناسب بودن انتقال آموزش ها به مادران از طریق رابطین بهداشتی برای آموزش به دختران در محیط خانواده
۱۳۷۹- نوروزی و کمالی	مقطعی	۳۳۵ دانش آموز دبیرستانی	آگاهی اکثریت دانش آموزان (۶۷.۴٪) ضعیف، ۶۷٪ نگرش منفی نسبت به قاعدگی داشته و فقط ۳.۵٪ عملکرد خوب در زمینه بهداشت قاعدگی داشتند. منبع کسب اطلاعات اکثر دختران (۶۶٪) مادران بودند.
۱۳۸۲- صدقی ثابت و همکاران	توصیفی - مقطعی	۳۷۵ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی	اکثر دانش آموزان در آگاهی متوسط (۶۵.۳٪)، نگرش بی تفاوت (۴۹.۳٪) و رفتار بهداشتی ضعیف (۵۴.۱٪) بودند.
۱۳۸۲- نوشه و همکاران	کیفی	۱۰ دختر نوجوان، ۱۰ مادر و ۱۰ مربی بهداشت با بیش از ۱۲ سال سابقه کار	۱- لزوم آموزش بهداشت بلوغ جهت افزایش آگاهی نوجوانان از تغییرات جسمی و کاهش ترس آنها و یسگیری از اطلاعات ناصحیح ۲- ضرورت نداشتن آموزش مسایل جمعیت و تنظیم خانواده از نظر والدین ۳- تاکید بر لزوم آموزش در مورد ایمنی و مسایل مربوط به ازدواج
۱۳۸۲- آقامحمدیان	توصیفی	۲۴۰ دانش آموز دختر راهنمایی و متوسطه	۱- آگاهی پایین نسبت به مسایل بهداشتی بلوغ ۲- عملکرد روانی ضعیف نسبت به قاعدگی ۳- نیاز به آموزش تغییرات فیزیکی و روانی بلوغ و ارتباط آن با مسایل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج
۱۳۸۲- عزیزی و همکاران	کیفی	۲۴ مصاحبه در ۱۲ گروه با حضور ۶۴ دانش آموز، ۵۰ معلم و ۴۸ ولی انجام شد	۱- آگاهی ضعیف و نگرش غلط دختران نسبت به تغییرات جسمی بلوغ ۲- نگرش مثبت اکثر نمونه ها به تغییرات خلقی و عاطفی و روانی بلوغ ۴- تقاضای یادگیری مطالب بیشتر در ارتباط با بهداشت قاعدگی
۱۳۸۳- عبداللهی و همکاران	توصیفی	۱۷۴۶ دانش آموز دختر مقطع راهنمایی در سطح استان مازندران	عوامل موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران: دادن اطلاعات صحیح، آموزش همزمان مادران و دختران، استفاده از روشهای آموزشی مناسب و ... اولویت آموزش در مورد بلوغ جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی از دیدگاه دختران
۱۳۸۵- سایه میری و مروراید	توصیفی - تحلیلی	۲۱۰ دانش آموز از دختر سوم راهنمایی شهر و حومه ایلام	آگاهی دختران در مورد بهداشت باروری ضعیف بود. لذا، آموزش بهداشت باروری از طریق مامای مدرسه، مادران و معلمین برای دختران نوجوان ضرورت دارد
۱۳۸۷- نوری سیستانی، مرقاتی و تقدیسی	کیفی	۱۲ دانش آموز دختر مقطع راهنمایی، ۱۲ مادر و ۷ معلم	اکثر دانش آموزان آگاهی زیاد و نگرش مثبت نسبت به سلامت بلوغ داشتند اما ۳۰٪ عملکرد مطلوب داشتند. نکته دیگر اینکه بیش از ۷۰٪ نوجوانان خانواده را به مثابه منبع آموزش و مشاور سلامت دوران بلوغ ترجیح دادند.
۱۳۸۷- الفتی و علیقلی	مقطعی	۳۰۰ دختر نوجوان از ۶ مدرسه راهنمایی قزوین	اکثر دانش آموزان دارای آگاهی ضعیف و عملکرد متوسط در زمینه بهداشت قاعدگی بودند. سن نمونه ها با آگاهی و عملکرد ارتباط معنی دار مثبت داشت.
۱۳۸۷- علوی، پوشنه و خسروی	توصیفی - تحلیلی	۳۸۶ دختر مقطع سوم راهنمایی از ۵ منطقه آموزش و پرورش شهر تهران	زمان مناسب آموزش در مورد ایمنی و بیماری های مقاربتی سالهای اولیه دبیرستان و در مورد زمان لقاح و تنظیم خانواده قبل از ازدواج و سال های آخر دبیرستان بیان شده بود. بهترین فرد هم برای آموزش مامای حاضر در مدرسه بود.
۱۳۸۸- بلالی میبیدی و همکاران	مقطعی	۴۵۰ دانش آموز دختر مقطع راهنمایی و دوسال آخر دبیرستان	دو درونمایه اصلی: ۱- تطابق آموزش ها با نیازها (نیاز به محتوای مناسب آموزشی و نیاز به شیوه مناسب آموزشی) ۲- مشارکت همگانی در آموزش (ارتقاء عملکرد رسانه ها و مشارکت شبکه های اجتماعی)
۱۳۸۹- جلالی آریا و همکاران	توصیفی	نظرسنجی از ۴۰۰ والد (۲۰۰ زوج) و ۵۰ معلم	اکثر واحدهای پژوهش دارای آگاهی خوب و نگرش مثبتی نسبت به دوران بلوغ بودند. بین میزان تحصیل مادر با آگاهی دختران آنها در مورد بهداشت دوران بلوغ ارتباط آماری معنی دار وجود داشت.
۱۳۸۹- شاه حسینی، سیمبر و رضائخانی	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۶۷ دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله و ۱۱ فرد کلیدی آگاه	بین درآمد خانواده و سطح تحصیلات والدین و میزان آگاهی دانش آموزان نسبت به بهداشت بلوغ رابطه معنادار وجود دارد. میزان آگاهی نوجوانان برحسب محل سکونت، شغل پدر و منبع کسب آگاهی آنها تفاوت دارد.
۱۳۹۰- نجفی و همکاران	توصیفی - مقطعی	۳۸۴ دانش آموز دختر پایه سوم راهنمایی در شهر لاهیجان	درونمایه های اصلی: قاعدگی واقعه ای ناخوشایند بلوغ، عصبی و شرمندگی شدن از تغییرات جسمانی و روانی ناهماهنگی با والدین، نیاز به آموزش در مورد جهت گیری جنسی، مشکلات تحصیلی و موارد مذهبی
۱۳۹۱- کاظمی	کیفی - کمی	مصاحبه با ۲۵ نوجوان دختر (کیفی) و بررسی ۴۰۰ دانش آموز دختر دوره راهنمایی (کمی)	سطح متوسط آگاهی جنسی در اکثریت دانش آموزان گزارش شد. ارتباط معنی داری بین جنسیت دانش آموزان و سطح آگاهی آنها وجود نداشت. بیشترین آگاهی در زمینه قوانین دینی مربوط به مسایل جنسی وجود داشت.
۲۰۱۰- حاجیخانی، گلچین و همکاران	کیفی	۳۸ دختر ۲۰-۱۲ ساله با تجربه حداقل سه دوره قاعدگی	درونمایه های اصلی: حمایت عاطفی، والدین مسئول و والدین آگاه با توجه به چالش های موجود در ارتباط نوجوانان ایرانی با والدینشان، نیاز به آگاه کردن والدین نسبت به نقش خود در سلامت نوجوانان وجود دارد.
۲۰۱۲- مالک و همکاران	مقطعی	۲۷۰۰ دانش آموز دبیرستانی شهرهای تبریز، ارومیه و اردبیل	آگاهی جنسی نوجوانان دبیرستانی شمال غرب ایران
۲۰۱۳- شاه حسینی، سیمبر و همکاران	کیفی	۶۷ دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله	ارتباطات حمایت کننده خانوادگی و سلامت نوجوانان در بافت اجتماعی - فرهنگی ایران

بحث و نتیجه گیری

میزان آگاهی دختران در مسایل مرتبط با بلوغ و بهداشت دوره بلوغ در سال‌های اخیر به دلیل گسترش آموزش توسط مدارس، خانواده‌ها و رسانه‌ها نسبت به گذشته افزایش داشته و تا حدودی بهبود پیدا کرده است اما همچنان مشکل کمبود آگاهی در بین دختران کشور ما وجود دارد. نداشتن آگاهی کافی و اطلاعات مناسب، احساس نامناسب اکثریت نوجوانان نسبت به بلوغ و بروز واکنش‌هایی توأم با ترس، احساس ناراحتی، اضطراب و پرخاشگری را در پی دارد. نداشتن اطلاعات نادرست و خرافی هم باعث ایجاد نگرش منفی در مورد علایم بلوغ و بروز احساسات نامناسبی مانند ترس و اضطراب در دختران می‌شود [۲۶، ۱۷]. افزایش آگاهی علاوه بر بهبود نگرش دختران، باعث شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی در آنها نیز می‌شود زیرا که آگاهی نقش مهمی در انجام یک رفتار بهداشتی دارد. نداشتن آگاهی و نگرش مناسب باعث می‌شود که دختران نوجوان عملکرد یا رفتار بهداشتی مناسبی هم در دوران بلوغ نداشته باشند [۲۱]. در جامعه ما به دلایل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی، بیشتر نوجوانان به ویژه دختران به اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ دسترسی ندارند و چه بسا به دلیل کسب این اطلاعات از منابع ناآگاه و نامطمئن در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جدی بدنی و روانی می‌شوند [۱۳]. با توجه به ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد، اهمیت آموزش و آگاهی دادن مناسب و کافی، فراهم کردن امکان فراگیری و تمرین مهارت‌های فردی مناسب برای نوجوانان در سنین بلوغ برای بهبود نگرش و در نهایت رسیدن به هدف ارتقای عملکرد و رفتار بهداشتی بیش از پیش باید مورد توجه قرار گیرد. با اینکه آموزش بهداشت بلوغ سنگ بنای ارتقا آگاهی، نگرش و عملکرد دختران نوجوان است که با افزایش آگاهی علاوه بر بهبود نگرش باعث شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی در افراد می‌شود، اما متأسفانه همچنان جای خالی زیادی برای آموزش بهداشت بلوغ به دختران نوجوان احساس می‌شود، زیرا که نتایج مطالعات اخیر همچنان نداشتن اطلاعات کافی و یا وجود باورهای غلط بهداشتی دختران نوجوان در زمینه بهداشت فردی، ورزش و فعالیت بدنی، تغذیه، بهداشت روانی، بهداشت جنسی و ... را در دوران بلوغ نشان می‌دهد. میزان آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه بلوغ تحت تاثیر عوامل مختلفی است که سطح تحصیلات مادر به عنوان مهم‌ترین عامل موثر در مطالعات زیادی تایید شده است [۴] اما در

مورد سایر عوامل موثر بر میزان آگاهی دختران در زمینه مسایل مرتبط با بلوغ و قاعدگی از جمله اولین واکنش مثبت مادران نسبت به تغییرات بلوغ دختران، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده، منطقه سکونت، سن آموزش به نوجوان، سنوات تحصیلی و رشته تحصیلی، منابع کسب اطلاعات، تحصیلات پدر، شغل توافق کلی وجود ندارد و نیاز به طراحی و اجرای مطالعات جامع کمی و کیفی در این زمینه وجود دارد. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشت بلوغ برای نوجوانان خانواده است که به عنوان نخستین نهاد اجتماعی مهم‌ترین نقش را در آموزش و انتقال اطلاعات و رفتارهای بهداشتی به نوجوان دارد. گرچه هر یک از اعضای خانواده در آموزش مسائل بلوغ به نوجوانان نقش دارند، جایگاه مادر در این میان بارزتر از دیگران می‌باشد و بیشتر نوجوانان رفتارهای بهداشتی را از مادران خود فرا می‌گیرند [۲۸، ۲۵، ۲۴]. نتایج تحقیقات مختلف حاکی از این است که دختران ترجیح می‌دهند اطلاعات خود در زمینه بلوغ و مسایل مرتبط با بهداشت باروری و جنسی را از مادران خود کسب کنند [۱۴-۱۲] و در همین راستا سطح تحصیلات مادر به عنوان موثرترین عامل در میزان آگاهی و نگرش و عملکرد بهداشتی دختران شناسایی شده است به طوری که دختران چنین مادرانی، به دلیل داشتن آگاهی بیشتر در مورد بلوغ و مسایل مرتبط با آن از نگرش مطلوب‌تر و عملکرد و رفتار بهداشتی بهتری هم برخوردار هستند [۲۵-۲۰]. دختران نوجوان از مادرانشان انتظار دارند که با شرح و توصیف فیزیولوژی قاعدگی، آنها را برای پذیرش راحت‌تر این پدیده آماده نمایند. تأکید بر آگاهی والدین و به خصوص مادران از تغییرات یاد شده و ضرورت شناخت زودرس هرگونه انحراف از سلامت باروری، از یافته‌های مشهود در مطالعه شاه حسینی و همکاران هم بود [۴۷]. بعد از مادران، مربیان بهداشتی و گروه همسالان مهم‌ترین منابع دریافت اطلاعات نوجوانان هستند [۱۸-۱۶]. چالشی که در این مقوله مطرح است، عدم آگاهی والدین نسبت به نقش مهم خود در انتقال اطلاعات به دختران است. بررسی‌های انجام شده در کشور هم مهم‌ترین علت عدم برخورداری نوجوانان به ویژه دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ را ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از پدیده بلوغ و کوتاهی آنها در آمادگی و آموزش دختران گزارش کرده اند [۲۸]. نکته حایز اهمیت این است که هنگام بروز تغییرات جسمی بلوغ در دختران، شرم و خجالت هم در آنها آغاز می‌شود. مادران و مربیان بهداشتی هم که

این احساس را تجربه کرده اند، هنگام آموزش، این احساس بر آنها چیره شده و نمی‌توانند اطلاعات و آموزش‌های لازم را به دختران ارائه دهند و همچنین برای رعایت احساس شرم و خجالت دختران از بازگ کردن مسائل بلوغ خودداری می‌کنند. متأسفانه وجود احساس شرم و خجالت باعث کوتاهی مادران و مربیان در اجرای وظیفه خطیرشان در امر آمادگی و آموزش دختران می‌شود [۲۵] و از طرفی سطح آگاهی والدین نیز ممکن است در حدی نباشد که بتوانند اطلاعات صحیح را در اختیار فرزندان خود قرار دهند [۴۸]. کم‌اطلاعی، ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از پدیده بلوغ و کوتاهی آن‌ها در آمادگی و آموزش دختران باعث می‌شود تا دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات دوران بلوغ برخوردار نشده [۲۷] و برای یافتن پاسخ سوالات خود به منابع غیر معتبر و ناآگاه مراجعه کنند. چالش دیگری که در این مقوله باید مورد توجه قرار گیرد، آگاهی دادن به والدین به ویژه مادران در مورد نقش مهم آنها در انتقال اطلاعات صحیح و کامل به دختران نوجوانشان است. اگر والدین مسئولیت خود را در زمینه مکالمات بهداشتی با فرزندانشان به دلیل شرم، ناآگاهی و یا مشغله زیاد فراموش کرده و آن را بردوش مسؤولین گذارند؛ آنها نیز به نوبه خود این امر را بر دوش خانواده بگذارند؛ سایر منابع اطلاعاتی مانند همسالان، خواهر و برادر بزرگتر، گفتگوهای خیابانی و رسانه‌های عمومی ظهور می‌یابند [۴۸]. گروه همسالان آثار مثبت و منفی زیادی بر سلامت نوجوانان دارند. مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه و ایران نشان می‌دهند که اطلاعات مربوط به مسایل بهداشت باروری و جنسی و بیماری‌های مقاربتی بندرت توسط معلمین، واسطه‌های بهداشتی یا والدین منتقل می‌شوند و این افراد منابع دست اول اطلاعات در زمینه‌های مذکور نیستند، بلکه گروه همسالان و دوستان به عنوان مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد مسایل جنسی به والدین برتری می‌یابند که معمولاً منابع دقیق و مناسبی برای این اطلاعات هم نیستند [۴۹، ۵۰]. بنابراین با توجه به نقش تاثیرگذار مادران در آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشت بلوغ دختران، نیاز به تحقیقات جامع‌تری در زمینه میزان آگاهی و نگرش مادران در زمینه بهداشت بلوغ و میزان توجه و آگاهی آنها در زمینه نقش خطیرشان در آموزش به دخترانشان وجود دارد. سوال دیگری که لازم است به آن پرداخته شود زمان شروع آموزش‌های بهداشت بلوغ در ابعاد مختلف جسمانی (با توجه ویژه به مسایل جنسی)، روانی و اجتماعی است. بدیهی است که اطلاعات باید در زمان

مناسب و متناسب با نیاز و هماهنگ با فرهنگ هر جامعه‌ای باشد. پدیده بلوغ باید مورد توجه والدین و اولیا و مربیان باشد. به نظر می‌رسد، بهترین زمان برای دادن اطلاعات در مورد هر تحولی زمانی نه چندان نزدیک و نه چندان دور از آن رخداد باشد [۵۱]. بنابراین نتایج مطالعات موجود حاصل از نظرسنجی از والدین و مربیان و همچنین عقیده صاحب‌نظران، آموزش بعد جسمانی بهداشت بلوغ باید به دلیل شرایط خاص دوران بلوغ و شروع بحران‌های روحی در این مقطع سنی، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری نوجوانان و همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی‌صلاحیت در این امر، پیش از شروع آن و در دختران حول و حوش ۹-۱۰ سالگی آغاز شود [۲۹، ۱۳، ۱۲]. اما آموزش‌های بهداشت بلوغ تنها به بعد جسمانی بلوغ خلاصه نمی‌شود و یکی از جنبه‌های مهم آموزش‌های بهداشت بلوغ علاوه بر تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی مسایل مرتبط با بهداشت باروری و جنسی است. بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت نیمی از نوجوانان دنیا در برابر بیماری‌های مقاربتی همچون ایدز و حاملگی ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن و فارغ از مسؤولیت، حاملگی زودرس هستند [۴]. در کشور ما هم مطالعات مبین وجود تجربه جنسی زودهنگام و بدون حفاظت در نوجوانان است [۵۲، ۲۴]. اما متأسفانه نتایج اندک مطالعات موجود حاکی از آن است که از نظر والدین چنین آموزش‌هایی به نوجوانان ضرورت ندارد یا در صورت لزوم هم اواخر دوره نوجوانی را به این منظور پیشنهاد می‌کنند [۲۹]. اما معلمان نسبت به والدین زمان زودتری برای آموزش مسایل جنسی به نوجوانان انتخاب می‌کنند که می‌تواند به دلیل درک بهتر آنها از نوجوانان به واسطه شغلشان باشد، اما والدین به دلیل نگرانی در مورد مشکلات ناشی از آموزش زودهنگام، زمان دیرتری برای شروع آموزش‌های جنسی نوجوانان انتخاب می‌کنند [۴۸]. آموزش زودهنگام و مداوم راهی موثر برای خنثی کردن اطلاعات نادرست است و هر چه میزان آگاهی فرد نسبت به مسایل جنسی بیشتر باشد، آغاز اولین مقاربت دیرتر و عوارضی از قبیل بارداری‌های ناخواسته و سقط کمتر می‌شود [۴۹]. البته آنچه مسلم این است که زمان مناسب برای آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ (جسمانی با توجه ویژه به آموزش جنسی، روانی و اجتماعی) با هم متفاوت هستند و بررسی‌های بیشتری برای تعیین زمان مناسب آموزش هر

نوجوانان برای گذار به سمت بزرگسالی همواره یکی از بزرگترین چالش‌های انسانی است که در مرکز آن مباحث جنسی و روابط بین فردی قرار دارد. امروزه در جهانی که اپیدمی ایدز وجود دارد، اینکه این چالش چگونه دیده شود، موقعیت کشورها را برای مقابله با این اپیدمی جهانی تعیین می‌کند [۵۴]. والدین باید بدانند که نوجوانان به جهت بی‌خبری از بلوغ، مسایل و مشکلاتی دارند که اگر به طور صحیح و اصولی نسبت به آن آگاهی پیدا نکنند و از تغییرات فیزیکی دروران بلوغ و باروری اطلاع نداشته باشند چه بسا به انحرافات جنسی مضر و نامشروع مبتلا شده و در صورت بروز مشکل نیز جهت کسب اطلاع به افراد نامناسب مراجعه کرده و دچار انحرافات جدی در این زمینه می‌شوند [۱۴]. نوجوانان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در خطر جدی بیماری‌های منتقله از طریق جنسی و HIV و بارداری ناخواسته قرار دارند [۵۵]. در کشور ما هم والدین نباید نوجوان خود را نسبت به رفتارهای پرخطر و روابط جنسی مصون بدانند، زیرا که نوجوان به دلیل ویژگی‌های رفتاری و اعتماد به نفس دوره نوجوانی به‌خصوص در اواسط نوجوانی، تمایل زیادی به عبور از محدودیت‌ها و تجربه رفتارهای جدید دارد. به‌طوری که بسیاری از نوجوانان علت شروع رابطه جنسی را حس کنجکاو می‌کنند [۵۶]. پس باید انتخاب کرد که نوجوان را برای یافتن مسیرش در هاله‌ای از اطلاعات نسبی، غلط و نادرستی که از اینترنت، دوستان و افراد فاقد صلاحیت دریافت کرده‌اند، رها کرد یا اینکه او را برای مبارزه در این چالش به سلاح اطلاعات دقیق و علمی، شفاف و مبتنی بر ارزش‌های فرهنگی جامعه تجهیز کرد [۵۴]. بر اساس نظریه‌های بهداشتی، اقدامات پیشگیرانه در طی سال‌های اولیه نوجوانی موثرتر از برنامه‌هایی هستند که در آینده برای اصلاح عواقب ناخواسته رفتارهای پرخطر اجرا می‌شوند [۵۷]. بنابراین خلا بزرگ موجود در زمینه آموزش ابعاد بهداشت روانی، اجتماعی و به‌ویژه در مقوله آموزش بهداشت جنسی دختران باید مورد توجه سیاست‌گذاران بهداشتی، مسئولین آموزشی و پژوهشگران حیطه سلامت قرار گیرد زیرا در شرایطی که اطلاعاتی که در سطح کشور داده می‌شود فاقد اطلاعاتی در باره رفتارهای جنسی جوانان در سطح جامعه است، کاملاً روشن است که تعداد زیادی از دانش‌آموزان به اندازه کافی آگاهی در باره موضوع جنسیت و هویت جنسی خود، رفتارهای جنسی وابسته به جنس، مهارت‌های مقابله‌ای و دفاع از سلامت جنسی خود، روش‌های سالم زیستن، آگاهی کافی از ارزش‌های دینی، اخلاقی و

یک از این ابعاد به دختران نوجوان که متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه ما باشد و بیشترین سودمندی را هم برای دختران نوجوان به همراه داشته باشد، مورد نیاز است. مسئله دیگری که نیاز به بررسی و توجه دارد ضرورت تدوین محتوای آموزشی جامع و متناسب با ابعاد مختلف بلوغ و بهداشت بلوغ و مسایل مرتبط با رفتارهای مخاطره آمیز سلامت دختران نوجوان است. آموزش بهداشت بلوغ به عنوان رفتارهایی که در دوران نوجوانی پرورش یافته و در زندگی بزرگسالی تداوم پیدا می‌کنند از جنبه‌های حیاتی آموزش بهداشت در دختران نوجوان است [۴۰]. بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت‌هایی است که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت جسمی - روانی و عاطفی فرد در این دوران و دوران‌های دیگر می‌شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است [۱۷]. در دوره بلوغ چهار گروه از تغییرات در نوجوان رخ می‌دهد که شامل: تغییرات جسمی، روحی-روانی، ذهنی و اجتماعی است. تغییرات جسمی نوجوان را در مسیر بارور شدن و بیداری غریزه جنسی قرار می‌دهد که از یک سو نیازمند توجه به اصول و موازین بهداشتی خاص از سوی نوجوان برای حفظ سلامت جسمانی است و از سوی دیگر نوعی بهت زدگی و گیجی و متعاقب آن احساس اضطراب و ناامنی در دختران ایجاد می‌کند. در این دوران دختران هیجان‌ات بسیاری نظیر نومیدی، خشم و اضطراب را تجربه می‌کنند که اگر در مسیر مشخص هدایت نشود منجر به افسردگی، بدخلقی، بیماری جسمی، رفتارهای خودمخرب نظیر سوء مصرف مواد مخدر، اضطراب، انزوا و تنهایی، رویاها و تخیلات می‌شود [۵۳]. آنچه که در این مقوله محل تامل است طراحی دقیق آموزشی از نظر محتوا و زمان‌بندی است که باید بر اساس ابعاد مختلف بلوغ و شرایط فرهنگی حاکم بر جامعه و مبتنی بر مطالعات نظرسنجی از والدین، مربیان و دختران باشد. در زمینه نیازهای آموزش بهداشت بلوغ برای دختران در کشور، تفاوت‌های اساسی در اولویت‌های بهداشتی دوران بلوغ از دیدگاه دختران، مادران و معلمین وجود دارد. اولویت‌های آموزش بهداشت بلوغ از نظر دختران به ترتیب: امور جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی است، در حالیکه از دیدگاه مادران آموزش مسایل مرتبط با بلوغ روانی، اجتماعی، جسمی و جنسی به ترتیب در اولویت قرار دارند. معلمان هم مانند دختران معتقد به اولویت آموزش مسایل مرتبط با بلوغ جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی در آموزش‌های بلوغ بودند [۲۷]. والدین، معلمین و سیاست‌گذاران بهداشتی کشور باید توجه داشته باشند که آماده کردن کودکان و

دانش آموزان را با دانش و مهارت لازم برای داشتن زندگی سالم و بارور در آینده آماده کنند [۶۰]. بنابراین مدارس به منزله راه موثری برای دسترسی به دانش آموزان، معلمان و والدین آنها تلقی می‌شوند که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت مدرسه محور، نه تنها می‌تواند با نتایج مثبت سلامت برای کودکان و نوجوانان همراه باشد بلکه می‌تواند خانواده و اعضای جامعه را هم تحت تاثیر قرار دهد [۴۵]. برای این منظور، لازم است مسوولان مدارس با روش‌های مختلف آموزشی آشنا شده و روشی را که در ارتقای آگاهی دانش آموزان نقش مؤثری دارد، با مشارکت والدین و اعضای تیم بهداشتی به کار گیرند [۵۹]. بنابراین نیاز است که آموزش بهداشت بلوغ با رویکرد استفاده از روش‌های آموزش فعال و مبتنی بر مهارت‌های زندگی برای نوجوانان و والدین آنها با استفاده از امکانات آموزشی موجود در مدارس طراحی و اجرا و ارزشیابی شوند تا بهترین رویکرد آموزشی در این راستا مشخص شود.

پیشنهادات: در مجموع از بررسی نتایج مطالعات موجود وجود مشکلات در زمینه ضعف آگاهی، نگرش و عملکرد نامطلوب دختران نوجوان در زمینه بهداشت بلوغ، عدم توجه کافی به منابع کسب اطلاعات دختران نوجوان، نیاز به تعیین زمان بندی آموزشی در زمینه ابعاد مختلف بهداشت بلوغ، نیاز به تدوین محتوای آموزشی جامع، مناسب و متناسب با فرهنگ جامعه و نیاز به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت بلوغ براساس روش‌های مختلف آموزش بهداشت و با استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی احساس می‌شود. با توجه به اهمیت مساله بهداشت بلوغ در دختران نوجوان و نقش مهم سلامت دختران در سلامت کنونی و آینده فرد و جامعه نویسندگان براساس مطالعات انجام شده، پیشنهادات زیر را مطرح می‌کنند:

- طراحی مطالعاتی جهت بررسی عوامل مرتبط با علل ناآگاهی و بی‌توجهی مادران در مورد بلوغ دخترانشان
- انجام مطالعاتی برای بررسی وضعیت و نیازهای جامعه برای طراحی زمان بندی مناسب برای انواع آموزش‌های در زمینه جسمانی، جنسی، روانی و اجتماعی
- طراحی آموزش‌ها با استفاده از انواع روش‌های آموزش مشارکتی برای آموزش مهارت‌های زندگی و تاثیرگذاری بر نگرش افراد شامل: بحث‌های کلاسی، بارش افکار، نمایش، ایفای نقش، بحث گروهی، بازی‌های آموزشی، مطالعه موارد، قصه‌گویی، تمرین مهارت‌های زندگی

اجتماعی در ارتباط انتخاب روش‌های درست رفتار جنسی و آمادگی کافی در ارتباط با انتخاب خویشتن‌داری یا استفاده از روش‌های حفاظتی برای جلوگیری از بارداری، بیماری‌های مقاربتی و ایدز را ندارند و یا انگیزه کافی برای آن را ندارند. در اجرای برنامه‌های آموزشی، انتخاب یک روش آموزشی مناسب یکی از مهم‌ترین اقدامات در جریان طراحی آموزشی است [۳۳]. بهره‌گیری درست از روش‌های مختلف موجب افزایش کارایی و اثربخشی آموزش خواهد شد که در نهایت رضایت‌مندی فراگیران را برای مشارکت بیشتر در بحث‌ها فراهم می‌کند [۳۹]. امروزه دیگر آموزش به معنی انتقال اطلاعات و حقایق نیست بلکه رویکرد نوین آموزش توسعه مهارت‌ها است تا بتواند تمام جنبه‌های سلامت جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی افراد را شامل شود. آموزش بهداشت مبتنی بر مهارت، رویکردی برای ایجاد و حفظ سبک زندگی سالم است که از طریق توسعه دانش، نگرش و به ویژه مهارت‌های نوجوانان با استفاده از تجارب یادگیری متنوع و با تاکید بر روش‌های آموزش مشارکتی حاصل می‌شود. مهارت‌های زندگی توانایی سازگاری و رفتار مثبت است که افراد را به صورت موثر برای برخورد با نیازها و چالش‌های زندگی روزمره توانمند می‌کند [۴۶]. توانمندسازی در ارتقای سلامت فرآیندی پویا و فراگیر است که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهند به دست می‌آورد. هدف عمده توانمندسازی نوجوانان، ایجاد تغییرات مناسب در کلیه ابعاد و جوانب زندگی است [۵۸]. برنامه آموزشی موثر خواهد بود که اطلاعات و نگرش‌های مرتبط با موضوعات مختلف را با استفاده از تلفیقی از روش‌های مشارکتی و فعال به یادگیرندگان منتقل کند. آموزش سلامت فعال به شیوه‌های فعال نیاز دارد که به تفکر فعال منجر می‌شوند. چنین تفکری درک واقعی از ایده‌های بهداشتی را بهبود بخشیده و مهارت‌های برنامه‌ریزی، اقدام و انتقال پیام‌های بهداشتی به سایرین را توسعه می‌دهد. همچنین به نوجوانان کمک می‌کند تا مهارت‌های زندگی را کسب کرده، نگرش‌ها را بهبود بخشیده و ارزش‌ها را مستحکم کنند [۵۸]. در آموزش بلوغ، هم خانواده و هم مدرسه باید نقش داشته باشند. مدارس یکی از عرصه‌های مهم اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت جوانان و نوجوانان است که امکان دسترسی به بخش وسیعی از کودکان و نوجوانان جامعه را فراهم می‌کند [۵۹]. ارتقا رفتارهای بهداشتی سالم و ایمن در بین دانش آموزان، بخش مهمی از ماموریت بنیادی مدارس است و به علاوه مدارس وظیفه دارند

- استفاده از محیط و امکانات آموزشی موجود در مدارس برای اجرای برنامه آموزشی و توانمندسازی دختران، مادران و مربیان

سهم نویسندگان

زینب علی مرادی: مسئول جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، بررسی و مطالعه مقالات مرتبط، تنظیم جداول و نگارش متن اولیه مقاله
معصومه سیمیر: جستجوی تکمیلی پایگاه‌های اطلاعاتی و بررسی و ویرایش متن اولیه

- تدوین محتوای آموزشی موثر و مناسب جهت پاسخ‌گویی به نیازهای متنوع دختران نوجوان در دوران بلوغ
- جلب مشارکت بین بخشی، توجیه والدین و مربیان و مسئولین برای آماده کردن بسترهای اجرایی لازم
- استفاده بهینه از نوجوانان برای طراحی استراتژی‌ها، تهیه مطالب آموزشی، فرآیندهای اجرایی و ارزشیابی
- توانمند کردن والدین و مربیان برای داشتن نقش فعال در آموزش سلامت بلوغ به دختران

منابع

1. WHO. Adolescent health 2013. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
2. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female Adolescents Health-Information Needs: a qualitative study. *Jornal of Mazandaran University of Medical Science* 2011;21:82-5 [Persian]
3. Parvizy S, Ahmadi F, Nikbakht A. (avamel moaser bar salamat az didgah nojavanan). *Payesh* 2003;2:252-45 [Persian]
4. Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenager girls regarding to reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2008;12:76-82 [Persian]
5. Maleki A, Delkhoush M, Amini ZH, Ebadi A, Ahmadi K, Ajali A. Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls. *Journal of Behavioral Sciences* 2010;4:155-61 [Persian]
6. Majlessi F, Mahmoudi M, Rahimi A, Hosseinzadeh P. The impact of lecture and educational package methods on knowledge and attitude of teenage girls on puberty health. *Hormozgan Medical Journal* 2010;15:327-32 [Persian]
7. Thies K, Travers J. *Handbook of human development for health care professionals*. 1st Edition, Jones and Barlet Press: Boston, 2005
8. Brazier C. *The State of The World's Children 2011: Adolescence; an age of opportunity*. Edited by: Anthony D. UNICEF 2011 ;New York. Available at: http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf . Accessed May 31, 2013
9. Nourolahi T, Ghaemi Z, Moazzami Goodarzi H, et al. *The Technical Report of 2011 National Census of Population and Housing* Statistical Center of Iran. Published by Technical Design and Statistical Methods Research Group, 2013 . Available at: www.amar.org.ir/Portals/1/Files/technical%20report-%20with%20cover.pdf . Accessed June 5, 2013
10. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. *International Conference on Population and Development*; 1994; New York: UNFPA. Available at: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>. Accessed May 24, 2013
11. Jaskiewicz M. An integrative review of the health care needs for female adolescent. *The Journal for Nurse Practitioners* 2009;5: 274-83
12. Abdollahy F, Shabankhani B, Khani S. Study of puberty Health educational needs of adolescents in Mazandaran province in 2003. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2004;14:56-63 [Persian]
13. Malek Afzali, Jandaghi, Robab Allameh, Zare. Study of educational needs of 12-14 years old girls about adolescent health and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education. *koomesh* 2000;1:39-47 [Persian]
14. NoroziKomereh A, Kamali F. (Agahi, negaresh, amalkard dokhtaran dabirestani shahr bosheher nesbat be behdasht doran ghaedegi). *Iranian South Medical Journal* 2000;3:60-7 [persian]
15. SabetGhadam S. Investigation of secondary school students attitude regarding parent-adolescent interrelationships in Tehran (1993). *Iran Journal of Nursing* 1996;0:109-15 [Persian]
16. Alavi M, Poushaneh K, Khosravi A. Puberty health: knowledge, attitude and practice of the adolescent girls in Tehran, Iran. *Payesh* 2009;8:59-65 [Persian]

17. BalaliMeibodi F, Mahmodi M, Hasani M. Knowledge and Practice of Kerman Primary-Secondary School Girls on Menstrual Health in the Academic Year of 2008-2009. *Dena* 2009;4:53-62[Persian]
18. Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd Grade Junior School Girl Students' Knowledge and Attitude toward Puberty Age Sanitation. *Journal of Gilan University of Medical Sciences* 2011;22-8[persian]
19. Djalalinia S, Tehrani FR, Afzali HM, Hejazi F, Peykari N. Parents or School Health Trainers, which of them is Appropriate for Menstrual Health Education? *International Journal of Preventive Medicine*. 2012;3:622-7PubMed PMID: 23024851. Pubmed Central PMCID: PMC3445278. Epub 2012/10/02. eng.
20. Sayemiri K, Morvarid MG. A Survey and Analysis of Health Needs in Girls of Guidance Schools Regarding Puberty in Ilam and its Suburbs. *Toloo Behdasht* 2005-6;5:44-50[Persian]
21. SedighiSabet M, Hasavari F, SaiedFazelPoor F. A survey on knowledge, attitude and health behavior of girl students about puberty. *Journal of Gilan University of Medical Sciences* 2003;12:31-8[persian]
22. Kazemi Z. The Effect of Family Variables on Information Rate of Guidance School Female Students about Maturity Health. *Journal of Family Research*. 2012;8:319-3535 [Persian]
23. Hajian S, Dolatian M, Majd HA-. Knowledge and attitude of nonmedical students regarding reproductive health. *Jornal of Shahid Beheshti Nursing- Midwifery Faculty* 2007;17:3-9[Persian]
24. Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2003;7:5-13[Persian]
25. Golchin NA, Hamzehgardeshi Z, Fakhri M, Hamzehgardeshi L. The experience of puberty in Iranian adolescent girls: a qualitative content analysis. *BMC Public Health* 2012;12:698
26. Aghamohammadian H,R. A study of the social biological characteristics of female young adult student in Mashhad. *Research in Clinical Psychology and Counselings* 2003-4:125-44 [Persian]
27. Sistani MN, MerghatiKhoi E, Taghdisi M. [Comparison among viewpoints of mothers, girls and teachers on pubertal health priorities in guidance schools in District 6, Tehran]. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2008 6:13-22[Persian]
28. Anooosheh M, Niknami S, Tavakoli R, Faghihzadeh S. Preliminary Study of Puberty Education in Adolescent Girls: a Qualitative Research. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2003;9:64-70[Persian]
29. Azizi F, Zafarmand MH, Bayat F. Qualitative analysis of parents, teachers and students' beliefs about education of reproductive health to students using focus group discussion. *Iranian South Medical Journal* 2003;6:69-78[Persian]
30. Afghari A, Eghtedari S, Pashmi R, Hossein Sadri G. Effects of puberty health education on 10-14 year-old girls' knowledge, attitude, and behavior. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2008;13:38-41
31. AghaYousefi A, Alipoor A, NajariHasanZad F. The effects of puberty and menstrual hygiene training on mental health of girls in third course of junior high school. *Quarterly Psychological Researches* 2010;3: 1[Persian]
32. Ghahremani L, Heydarnia A, Babaie G, Nazary M. Effects of puberty health education on health behavior of secondary school girl students in Chababar city. *Iranian South Medical Journal* 2008;11:61-8[Persian]
33. Hazavehei SMM, Taghdisi MH, Mohaddes HR, Hasanzadeh A. The Effects of Three Teaching Methods of Lecture, Training Game and Role Playing on knowledge and Practice of Middle School Girls in Regard to Puberty Nutrition. *Strides in Development of Medical Education* 2006;3:2
34. Jalili Z, Mohammadalizadeh S, Ataollahi S. Impact of health education on the knowledge and practice of 3rd grade guidance school girls of ShahrBabak in relation to menstruation health in 2003. *Strides in Development of Medical Education*. Spring & Summer 2004;1 :41-7 [persian]
35. Keraamatee MR, Esfandiaaree MR, Eshrataabaadee HM. The effect of health education program on students' awareness, attitude, and general health. *Quarterly Journal of New Thoughts on Education*. 2009;5:35-50[persian]
36. Khakbazan Z, Jamshidi F, Mehran A, Damghanian M. Effects of Lecture Presentation and Presenting Educational Packages on Girls' Knowledge About Adolescence Health. *Hayat* 2008;14:41-8[Persian]
37. Moodi M, ZamaniPour N, SharifZadeh G, Akbari-Bourang M, Salehi S. Evaluating Puberty health program effect on knowledge increase among female

- intermediate and high school students in Birjand. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2007;13:9-15[Persian]
38. Mohammadzadeh Z, Allame Z, Shahroki S, HROriezi, Marasi M. Puberty Health Education in Iranian Teenagers: Self -Learning or Lecture and Discussion Panel? Iranian Journal of Medical Education 2002; 3:4-7
39. Nouri M, Merghati khoie Es. The impact of peer-based educational approaches on girls' physical practice in pubertal health. Arak University of Medical Sciences Journal 2010;12:129-35[Persian]
40. Shirzadi S, Shojaezadeh D, Taghdisi MH, Hosseini F. The effect of education based on health belief model on promotion of physical puberty health among teen girls in welfare boarding centers in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012;10:59-71[Persian]
41. Zabihi A. The study of educational effects on knowledge and practice of health puberty among girl students in Babol's Amirkola. Journal of Babol University of Medical Science (JBUMS). 1999;4:58-62 [persian]
42. Zare M, Hosien MalekAfzali, Jafar Jandaghi, Motahareh RobabAllameh, Kolahdoz M, Asadi O. Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 year old girls. Journal of Gilan University of Medical Science (JGUMS). 2006;14:18-26 [persian]
43. Sistani MN, Khoi EM, Taghdisi MH. Promoting Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of the Mothers in their Girls' Pubertal Health Based on Peer Education Approach. JBUMS Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;11:6[Persian]
44. Taghva N. The effect of group training for mothers on the attitudes of pre-adolescent daughters towards bio-psycho-social changes. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1540-4
45. Aldinger C, Whitman CV, Scattergood P. Family Life, Reproductive Health and Population Education: Key Elements of a Health-Promoting School: The World Health Organization's Information Series on School Health. Document 8, Available at: http://www.who.int/entity/school_youth_health/media/en/family_life.pdf?ua=1. Accessed May 5, 2013
46. Skills for Health (Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School). The World Health Organization's Information Series on School Health :Document 9. Available at: http://www.who.int/entity/school_youth_health/media/en/sch_skills%20health_3.pdf?ua=1. Accessed May 5, 2013
47. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female adolescents' health needs: the role of family. Payesh 2012;11:351-9[persian]
48. JalaliAria K, Nahidi F, AmirAliAkbari S, AlaviMajd H. Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education. Journal of Gorgan University of Medical science (JGUMS). 2010;12:84-90[Persian]
49. Bahrami N, Simbar M, Soleimani MA. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2013;10:1-16
50. Malek A, Shafiee-Kandjani AR, Safaiyan A, Abbasi-Shokoochi H. Sexual Knowledge among High School Students in Northwestern Iran. International Scholarly Research Network, ISRN Pediatr. 2012;2012:645103. doi: 10.5402/2012/645103. Epub 2012 Aug 27. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434401/>. Accessed May 29, 2013
51. ShamsHriMilani H. Puberty and Adolescent. Chapter 20 of 11th Section (Family Health). From Persian Textbook of Public Health, 3rd edition, volume 3, Tehran, 2013. p. 1826. Available at: http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/11_20.pdf. Accessed March 25, 2013
52. Hamzehgardeshi Z, Baheiraei A, Mohammadi M, Nedjati S, Mohammad E. Predictors of Sexual Risk Behaviors among Iranian Adolescent Females: a Population Based Study. The First International & 4th National Congress on health Education & Promotion; 2011; Tabriz University of Medical Sciences.
53. Khalili S, Bakhtiary A. (Negareh Ravanshenakhti be Bologh Dokhtaran). Womens Strategic Studies. 2008:41. Available at: <http://mh.farhangolm.ir/getattachment/87-41.aspx> Accessed June 13, 2013
54. UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators, Volume I: The rationale for sexuality education, Published by UNESCO, December 2009. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>. Accessed June 13, 2013

55. Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Journal OF Adolescent Health*. 2003;33:324-48
56. RezaeiAbhari F, Hamzehgardeshi Z, HajikhaniGolchin N, zabihei M, Hamzehgardeshi L. Drug user girls' perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. *Iranian Journal of Nursing Research* 2011;6:79-87 [persian]
57. Chamrathirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social science & medicine* 2010; 71:1855-63
58. Motlagh ME, Rabbani A, Kelishadi R, Mirmoghtadaee P, Shahryari S, Ardalan G, et al. Timing of puberty in Iranian girls according to their living area: a national study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2011;16:276-59
59. Scirven A, Orme J. *Health promotion: professional perspective*. Palgrave: Mac Milan Press; 1996.
60. Centers for Disease Control and Prevention. *School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide*. Middle school/high school version. Atlanta , Georgia. 2012. Available at: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/shi/pdf/MiddleHigh.pdf> . Accessed June 14, 2013

ABSTRACT

Puberty health education for Iranian adolescent girls: challenges and priorities to design school-based interventions for mothers and daughters

Zainab Alimordi¹, Masoumeh Simbar^{1*}

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 621-636

Accepted for publication: 24 December 2013

[EPub a head of print-10 September 2014]

Objective (s): Puberty is the most important milestone of change in teenage life. This is a time to become adult with reproductive ability. Girls experience a wide variety of physical, emotional, social and sexual changes in this period. Lack of information, skills and preparations endanger their health. Puberty health includes principals and cares to promote and maintain individuals' physical, emotional, social and sexual health that can be achieved by education. This paper reviews evidence for puberty health education in Iran.

Methods: A review of Iranian articles related to knowledge, attitude and practice of adolescent girls about puberty and menstruation was carried out using the following databases: PubMed, Elsevier, SID, Medlib, Magiran, Iranmedex, Irandoc and Google Scholar. Search strategy included using key words adolescent, puberty, puberty health, female and girls.

Results: Challenges related to puberty health education can be categorized to 6 main themes: insufficient knowledge, lack of appropriate attitude and practice; lack of attention to influencing factors; limitation of adolescents' informational sources [mothers, peers and health educators]; disagreement about the right time to start teaching different aspects of adolescent health; Lack of appropriate educational content and disuse of appropriate methods of health education.

Conclusion: The findings suggest that there is need for skills-based training and interventional strategies for the teaching of physical and specially sexual, emotional and social maturity and socially-culturally suitable educational content for mothers and daughters in Iran.

Key Words: puberty health, education, adolescent girls, Iran

* Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir