

مقایسه بین دیدگاه‌های مادران، دختران و معلمان در تعیین اولویت‌های سلامت بلوغ دختران مقطع راهنمایی مدارس منطقه ۶ شهر تهران

ملیحه نوری سیستانی: دانشجوی دوره کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
نویسنده رابط: m200_norri@yahoo.com

دکتر عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دکتر محمدحسین تقدیسی: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
دریافت: ۱۳۸۶/۹/۲۳ پذیرش: ۱۳۸۷/۴/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانی، پویاترین دوره در مسیر رشد بشر است که تقریباً دهه دوم زندگی را دربرمی‌گیرد و بلوغ یکی از بحرانی‌ترین پدیده‌های این دوره، است. لذا اهمیت پرداختن به بهداشت نوجوانان به خصوص دختران نوجوان که نه تنها برای خود آنها بلکه برای خانواده، جامعه و نسل آینده نیز روشن است. اولین گام در طراحی برنامه جامع آموزشی تأکید بر نیازسنجی گروه هدف در بستر جامعه هدف می‌باشد. در این مقاله هدف ما نشان دادن کارایی رویکرد نیازسنجی در شناسایی و مقایسه اولویت‌های آموزشی بهداشت بلوغ دختران از دیدگاه دختران، مادران و معلمان جهت تغییرات مؤثر در رفتارهای بهداشتی دختران است.

روش کار: این پژوهش، از نوع مطالعه کیفی است. ۱۲ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی منطقه شش تهران، ۱۲ نفر از مادران و ۷ نفر معلمان آن منطقه با شرکت در جلسات متمرکز گروهی در تهیه پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته مشارکت کردند. این افراد با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گفتگو با افراد مورد بررسی دست نویس شد و برپایه روش آنالیز محتوایی مورد تحلیل قرار گرفت که منجر به تکمیل پرسشنامه نهایی شد.

نتایج: اثر بخشی کاربردی رویکرد نیازسنجی در موارد زیر را نشان داده می‌شود: مشخص کردن تفاوت‌های اساسی در اولویت‌های سلامت بلوغ دختران از دیدگاه سه گروه هدف، تعیین کردن سطح نیازهای بهداشتی دختران، تعیین اولویت‌های آموزشی سلامت بلوغ برای سه گروه هدف. نتایج همچنین فقدان درک جامعی از آموزش سلامت جنسی در مدرسه را نشان داد.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که رویکرد نیازسنجی یکی از راه‌های مفید و ضروری جهت آموزش‌های متناسب با نیازهای بهداشتی گروه‌های هدف می‌باشد. برای داشتن درک صحیح از نیازهای واقعی بهداشتی دختران نوجوان، نیاز به اکتشاف اولویت‌های آنان از دیدگاه خودشان و افراد دخیل در رفتارهای بهداشتی آنان می‌باشد، بر این اساس، نیازسنجی به عنوان اولین قدم مؤثر در ارتقای سلامت پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: نیازسنجی، پژوهش کیفی، سلامت بلوغ دختران

مقدمه

این دوره گره می‌خورد (Steinberg 1999). در ایران و طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۲۵/۱٪ کل جمعیت را گروه سنی ۱۴-۱۱ سال تشکیل می‌دهد که ۵۰٪ این تعداد دختران هستند (سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

پس از پایان دوره کودکی، فرد وارد مرحله جدیدی به نام نوجوانی می‌شود که شرایط آن کاملاً با مرحله قبلی متفاوت است (اکبری ۱۳۸۱)، سرنوشت و آینده فرد با تصمیمات منطقی و برخورد صحیح با تغییر و تحولات

۱۳۸۵) لذا توجه به نیازها و مشکلات دختران، سرمایه گذاری در جهت توسعه ملی است (یونیسف ۱۳۷۳). بنا به مطالعات انجام شده، نوجوانان در برنامه‌های آموزش سلامت کمترین نقش را داشته‌اند و محتوی برنامه‌های آموزشی سلامت بلوغ به طور مشخص توسط اولیای مدرسه تعیین می‌شوند در حالیکه اگر محتوی آموزشی براساس نیاز فرد آموزش گیرنده و گروه‌های درگیر در موضوع، تعیین شوند، آموزش موفق‌تر خواهد بود و انگیزه یادگیری افزایش خواهد یافت (Ryan et al. 1996).

اولین گام طراحی برنامه آموزشی جامع، نیازسنجی آموزشی می‌باشد یعنی فرآیند آنچه که باید آموزش داده شود (واجارگاه ۱۳۸۱) به عبارتی دیگر نیازسنجی عبارت است از شناسایی نیازهای آموزشی و درجه بندی آنها به ترتیب اولویت می‌باشد (هرمن ۱۳۷۴) که در این فرآیند باید مخاطبان مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند و اطلاعات کمی و کیفی جمع آوری شوند (Bottler 2002). نیازسنجی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در بسیاری از حوزه‌های برنامه‌ریزی همواره مورد توجه بوده است. تحقیقات گسترده‌ای در خصوص جایگاه و اهمیت نیازسنجی انجام شده است (واجارگاه ۱۳۸۱). این روش به عنوان یکی از اولین گامها در دستیابی به اهداف سلامت بلوغ پذیرفته شده است (Hawe et al. 1996).

طبق مطالعات انجام شده مداخلات زیادی جهت ارتقاء سلامت بلوغ نوجوانان انجام شده است (مودی و همکاران ۱۳۸۵؛ ملک افصلی و همکاران ۱۳۷۷؛ ذبیحی ۱۳۸۱؛ قهرمانی ۱۳۸۴؛ جهان‌دیده ۱۳۸۰؛ فیروزان ۱۳۸۰). عدم انطباق منطقی نیازهای نوجوانان با محتوای مداخلات و دستورالعمل‌های حاکم بر جامعه آنها، از جمله دلایل عدم موفقیت بسیاری از این مداخلات می‌تواند باشد. نیازسنجی جهت تعیین نیازهای گروه‌های هدف مبتنی بر ارزشهای فرهنگی - اجتماعی آن جامعه، برای طراحی مداخلات مؤثر الزامی است. پژوهشهای کمی روشهای غیرقابل انعطاف و محدودند درحالیکه پژوهشهای کیفی

انعطاف پذیری بیشتری دارند (Wood et al. 2002) و می‌توانند در چرایی و چگونگی رفتارهای خطرناک نوجوانان تحلیل جامع‌تری داشته باشند (Rich and Ginsburg 1999) و همچنین می‌توانند در تعدیل دیدگاه‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی ویژه نوجوانان موثر باشند (Hendry and Smith 1998). بنابراین با توجه به گستردگی جمعیت نوجوانان و لزوم توجه به دوران بلوغ مخصوصاً بلوغ دختران و توانمندی‌های پژوهشهای کیفی؛ اهمیت انجام این پژوهش کاملاً آشکار است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کیفی است. شرکت کننده‌ها با بهره‌گیری از روش هدفمند (Purposeful sampling) انتخاب نمونه (متناسب با پژوهش کیفی) انتخاب شدند. در این روش پژوهشگر در پی کسانی است که تجربه‌ای غنی از پدیده مورد بررسی دارند و توانایی و تمایل به بیان روشن آن را دارا می‌باشند. پس از کسب رضایتنامه از والدین جهت شرکت دخترانشان در مطالعه و تأمین موازین رازداری، اطلاعات طی مصاحبه‌های جمعی (Group Interviews) از دانش آموزان بوسیله پرسشنامه با سؤالات باز به شکل نیمه‌ساختاریافته و از مادران و معلمان با جلسات متمرکز گروه (Focus Group Discussion) جمع آوری شد. داده‌ها بصورت یادداشت طی مصاحبه‌ها و مشاهدات ثبت گردید. آنالیز مفهومی (Conceptual Analysis) با استفاده از متد محتوایی (Content Analysis) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای این نوع تجزیه و تحلیل مفاهیم ذیل بعنوان واحدهای آنالیز انتخاب شدند: سلامت بلوغ، ارتقاء سلامت بلوغ (فاکتورها و روشها)، نقش معلمان و مدرسه، علائق، نگرانیها و دغدغه‌ها.

از معیارهای انتخاب در زمینه همکاری با پژوهشگر در مصاحبه‌های گروهی پریرود شدن دختران، داشتن مادر و اعلام آمادگی بود. نوجوانانی که شرایط لازم را نداشتند و یا تمایل به ادامه پژوهش را نداشتند از بررسی کنار گذاشته شدند. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر با توجه به ویژگیهای

دختران راه‌های ارتقاء سلامت را از راه بهداشت و درمان، بهداشت فردی و تغذیه سالم، آموزش از طریق مادر و مربی و به طور کلی آموزش از طریق مدرسه و خانه بیان نموده‌اند. آنها اظهار داشته‌اند دغدغه‌های ذهنی آنها در دوران بلوغ شامل ارتباط و دوستی با جنس مخالف، مسائل جنسی، ازدواج، رفتارهای پرخطر جنسی، بی‌احترامی والدین به آنها و تحصیل می‌باشد. دختران نگرانی‌های خود درباره موضوعات روابط جنسی، کارهای پرخطر جنسی و شرایط بد جامعه برای آنها ذکر کرده‌اند. آنها علایق خود را اینگونه بیان کرده‌اند: ارتباط برقرار کردن با جنس مخالف، کنجکاوی در مورد مسائل جنسی، علاقه به خواندن کتابهای رمان و داستانهای هیجانی و سینمایی، کتابهایی در مورد خدا و سخنان افراد مشهور، سرگرمی با جمع دختران مانند بیرون رفتن با آنها، شرکت در میهمانی‌ها با دوستان، پوشیدن لباسهای مد، ورزش و روابط متقابل با دیگران. انتظارات دانش آموزان از مدرسه و معلمین اینگونه بود که: معلمین با پدیده بلوغ و مسائل مربوط به آن بیشتر آشنا شوند و تمامی اطلاعات لازم را در اختیار دانش آموزان قرار بدهند و از لحاظ جسمی و روحی نوجوانان دختر را بیشتر درک کنند. سوالات دانش آموزان در مورد سلامت بلوغ بیشتر در مورد جنبه جنسی بلوغ بود مثلاً تولیدمثل، جلوگیری از عفونت‌های دوران بلوغ.

در اولویت موضوع‌های آموزشی از دیدگاه دختران نوجوان، اولین اولویت را به آموزش سلامت بلوغ جنسی و بعد هم سلامت بلوغ روانی داده بودند، آموزش سلامت بلوغ اجتماعی در مرتبه سوم و سلامت بلوغ جسمی در مرتبه آخر قرار گرفتند. با توجه به دغدغه‌های ذهنی، علائق و نگرانی‌های دختران در دوران بلوغ می‌توان به اولویت اول آموزش سلامت بلوغ دختران در جنبه جنسی پی برد. جدول شماره ۳ مجموعه موضوع‌های اصلی و فرعی استخراج شده را از دیدگاه مادران نشان می‌دهد. از دیدگاه مادران مورد بررسی فاکتورهای موثر بر ارتقاء سلامت دختران در درجه اول مدرسه و معلمین، بعد تربیت صحیح توسط مادران، سپس تاثیر جامعه، قوانین

ارتباطی و مهارت‌های مصاحبه در مدرسه با نوجوانان، مادران و معلمین انجام شد.

معیارهای مقبولیت (عینیت پذیری) داده‌ها که همانند روایی و پایایی در پژوهشهای کمی است، برای ارزیابی داده‌های پژوهشی به کار برده شد. مقبولیت به معنی پذیرفتنی بودن داده‌هاست که بستگی به گردآوری داده‌های حقیقی دارد. برای افزایش مقبولیت داده‌ها روشهای زیر به کار برده می‌شود:

۱- بررسی و مشاهده پیوسته، اختصاص زمان کافی، ارتباط خوب. ۲- استفاده از تلفیق در پژوهش؛ تلفیق روشهای گردآوری داده‌ها (مصاحبه، مشاهده، نوشتار) و تلفیق زمانی (بررسی در زمان‌های مواد و امکان بازخورد به داده‌ها). ۳- بازنگری هم‌تایان (همسالان)، بازبینی دست نوشته‌ها توسط شرکت کنندگان. ۴- جستجو برای یافته‌های مخالف و تحلیل موارد منفی. ۵- عینیت پذیری؛ یعنی دو پژوهشگر نتایج یکسانی از دست نوشته‌ها و گزارش‌ها داشته باشند. بررسی به صورت پیوسته، برخورد مناسب و دقیق بودن در همه مراحل پژوهش و روشن بودن روش پژوهش می‌تواند داده‌ها را عینیت بخشد. اجرای تکنیک به مدت ۶ ماه، بهمن ۱۳۸۵ تا آخر تیر ۱۳۸۶ به طول انجامید.

نتایج

ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش در جدول شماره ۱ اشاره شده است. نتایج به دست آمده از این تحقیق، نشان داد که نیازسنجی به عنوان یک تکنیک، جهت کشف ابعاد یک موضوع بهداشتی حساس مانند بلوغ دختران قابلیت اجرا دارد.

جدول شماره ۲ مجموعه موضوع‌های اصلی و فرعی استخراج شده را از دیدگاه دانش آموزان نشان می‌دهد.

دختران، فاکتورهای موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ را در درجه اول پدر و مادر و بعد معلم و سپس فیلم‌های سینمایی می‌دانستند. نکته قابل توجه حضور قوی رسانه‌ها به عنوان فاکتور موثر بر سلامت بلوغ دختران می‌باشد.

نداشته‌اند و این باعث اختلاف در اولویت موضوع‌های آموزشی شده است.

مادران خواستار همکاری و حمایت دوجانبه مدرسه و خانواده شده‌اند و همچنین روابط دوستانه برقرار کردن اولیای مدرسه با دانش آموزان و معلمین را انتظار داشته‌اند، نیز درخواست آموزشهای صحیح از طریق مدرسه و مربی بهداشت جهت مادران و دختران را داشته‌اند. البته بیان کرده اند که نکات ضروری همگام با خانواده به دختران آموزش داده شود. نکته قابل توجه آن است که مادران، خود اظهار داشته‌اند آموزشها فقط به دختران نباید داده شود بلکه والدین و به خصوص مادران را نیز آموزش بدهند.

مادران، راههای ارتقاء سلامت بلوغ دختران را اینگونه برشمردند: آموزش از طریق مدرسه به دانش آموزان و مادران، ارائه آگاهی در تمام زمینه‌ها بدون پرده پوشی و با رویی باز، رفتار کاملاً طبیعی و آرام، آموزش از طریق رسانه های گروهی و جمعی. هرچند مادران از راههای ارتقاء سلامت دختران را ارائه آگاهی در تمامی زمینه‌ها بدون پرده پوشی و با رویی باز بیان کرده‌اند درحالیکه خود از آموزش این مسائل نه تنها طفره می‌روند، اولویت آموزشی جهت دختران را آموزش سلامت بلوغ جسمی می‌دانند. میتوان اینگونه نتیجه گرفت مادران مسئولیت آموزش مسائل مربوط به بلوغ به خصوص سلامت بلوغ جنسی را به عهده معلمین می‌دانند.

جدول شماره ۴ مجموعه موضوع‌های اصلی و فرعی استخراج شده را از دیدگاه معلمین نشان می‌دهد.

معلمین، فاکتورهای موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران را عواملی مانند؛ اطلاع رسانی صحیح و آگاهی دادن به آنها، شناخت صحیح نوجوان توسط خودش، نحوه برخورد صحیح با نوجوان و ارتقای مسائل مذهبی دانسته‌اند و خواستار کسب اطلاعات در مورد مطالب آموزشی در درجه اول نحوه رفتار صحیح با نوجوان، و بعد تغییرات روحی - روانی بلوغ و در انتها هم بیماریها و مشکلات شایع بلوغ بودند. نظر آنها در مورد اولویت مطالب آموزشی سلامت بلوغ دختران به دانش آموزان شامل این موارد بود:

خاص و مرتبط با دختران و پسران نوجوان، آگاهی دادن والدین و محیط زندگی و خانوادگی و رفتار و کردار آنها در مقابل هم‌نوع خود است. بنابراین از دیدگاه آنها، مسئولیت اصلی آموزش سلامت بلوغ دختران به عهده معلمین و مدرسه می‌باشد. بنابراین مادران و دختران، تاثیر جامعه را بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران در نظر گرفته‌اند و به حضور قوی و موثر رسانه‌های جمعی و گروهی توجه کرده‌اند.

مادران نیز مانند دختران، دغدغه‌های ذهنی آنان را در درجه اول در مورد رابطه با جنس مخالف و جلب توجه جنس مخالف بیان کرده‌اند و بعد هم زیبایی ظاهری از لحاظ لباس و اندام. و سپس تلفن، فرار از درس خواندن و مسئولیتهای محوله در منزل و بی توجهی دختران نسبت به خانواده عنوان کردند. با اینکه مادران اولویت اول دغدغه ذهنی نوجوانان دختر را به روابط با جنس مخالف بیان کرده‌اند اما از آموزش سلامت بلوغ جنسی طفره می‌روند.

مادران در درجه اول تمایل به کسب اطلاعات در زمینه نحوه رفتار صحیح با نوجوان را داشتند و در مرتبه دوم آموزش در مورد تغییرات روحی - روانی بلوغ، بعد شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث و سپس بیماریها و مشکلات شایع دوران بلوغ را خواستار بودند و اولویت مطالب آموزشی در سلامت بلوغ دختران جهت گروه دختران در ابتدا بهداشت دوران بلوغ منظور جنبه جسمی سلامت بلوغ مانند مسائل بهداشت فردی و طهارت و عادت ماهیانه دانسته، سپس تغییرات روحی و روانی بلوغ و در انتها هم شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث بیان کرده‌اند.

و چه بسا مادران در اولویت موضوع‌های آموزشی اولویت اول و دوم را به سلامت بلوغ روانی و اجتماعی اختصاص داده‌اند و بعد بلوغ جسمی و در انتها بلوغ جنسی را بیان کرده‌اند. به نظر می‌آید گروه مادران با دید خود به سلامت بلوغ دختران نگاه کرده‌اند و توجهی به دغدغه‌های ذهنی، نگرانی‌ها و علائق دختران در سن بلوغ

بحث

از آنجا که نیازسنجی، گام کلیدی در طراحی برنامه‌های آموزشی جامع می‌باشد، لذا این تکنیک کاربرد اساسی در تعیین اولویت آموزشی سلامت بلوغ دختران در گروه‌های هدف دارد. در مطالعه‌ای مشخص شد نیازسنجی اولین گام در ارزشیابی برنامه‌های آموزشی درسی با دخالت معلمین مدرسه شناخته شده است (Brandon and Heck 1998). طبق یافته‌های این مطالعه توجه به تمامی گروه‌های درگیر در تهیه و تنظیم برنامه آموزشی مناسب برای دختران، ضروری به نظر می‌رسد. مطالعات مشابه نیز مؤید اهمیت مشارکت اولیاء و مربیان بر تهیه و ارائه برنامه‌های آموزش سلامت بلوغ متناسب با نیازهای آموزشی دختران می‌باشد (باقرصاد و همکاران ۱۳۸۲، مودی و همکاران ۱۳۸۵، جعفری و همکاران ۱۳۸۲).

در این مطالعه نیازسنجی به عنوان یک تکنیک ضروری جهت کشف ابعاد مختلف سلامت بلوغ دختران و اولویت‌بندی موضوعی آن شناخته شد. کارایی این تکنیک طبق یافته‌ها جهت شناسایی شکاف‌های اساسی در دیدگاه سه گروه هدف مشخص شد. مطالعه‌ای با هدف تهیه یک طرح درس طولانی مدت بهداشت زنان، نیازسنجی چندوجهی - روشی مشخص کرد که می‌توان توسط نیازسنجی، نقاط کلیدی و عدم انطباق طرح درس با نیازهای گروه هدف را به دست آورد (Autry et al. 2002).

با توجه به دغدغه‌های ذهنی، علائق و نگرانی‌های دختران در دوران بلوغ می‌توان به اولویت اول آموزش سلامت بلوغ دختران در جنبه جنسی پی برد. نوجوانان استرالیایی در یک پژوهش کیفی سلامت جنسی، بیماری‌های جنسی و پیشگیری از بارداری را از مهم‌ترین نیازهای آموزشی خود ذکر کرده‌اند (Schuster et al. 2001). نوجوان انگلیسی نیز مهم‌ترین مشکلات بهداشتی خود را سیگار، الکل، مواد مخدر و همچنین بارداری ناخواسته دانسته‌اند (Reiff 2001) بر همین اساس رفتارهای جنسی ناسالم از مهم‌ترین عوامل خطر دوره نوجوانی برآورد شده

شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث، تغییرات روحی - روانی بلوغ، بهداشت دوران بلوغ از لحاظ جسمی مانند بهداشت فردی و طهارت.

از دیدگاه معلمین مورد بررسی، اولویت موضوعهای آموزشی ارتقاء سلامت بلوغ دختران در ابتدا به جنبه جنسی و بعد روانی و در انتها هم جنبه‌های اجتماعی و جسمی می‌باشد. با توجه به نظرات آنها در مورد اولویت مطالب آموزشی و اولویت موضوعهای آموزشی نکته قابل توجه آن است که هر دو گروه به ضرورت آموزش سلامت بلوغ دختران در جنبه جنسی پی برده‌اند و تا حدودی نظرات معلمین و دانش آموزان تقریباً شبیه هم هستند.

یافته‌های تحقیق همچنین نشان داد که تفاوت‌های اساسی در اولویت بندی بهداشتی دوران بلوغ از دیدگاه‌های سه گروه هدف مادران معلمین و دختران وجود دارد. به عنوان مثال سلامت بلوغ دختران از نظر مادران به ترتیب اولویت عبارت بود از: بلوغ روانی، اجتماعی، جسمی و جنسی. از دیدگاه خود دختران، این اولویت به ترتیب عبارت بود از: امور جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی می‌باشد؛ در حالیکه در بین معلمین، اولویت سلامت بلوغ عبارت بود از: امور جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی.

قابل ذکر است؛ داده‌ها، اولویت زیرمجموعه‌های موضوعی را به روشنی نشان داد که طرح آنها هدف و در محدوده این مقاله نیست.

ضمناً یافته‌ها فاکتورهای موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران از دیدگاه گروه‌های هدف را نشان داد که عبارت بودند از: اطلاع رسانی صحیح، آموزش همزمان مادران و دختران، استفاده از روشهای آموزشی مناسب مانند بحث‌های گروهی و انفرادی، کارگاه آموزشی برای گروه‌های هدف، استفاده از رسانه‌های گروهی و جمعی، مدیریت روابط دوستانه بین نوجوانان، تاثیر گروه همسالان، ارتقاء انگیزه‌های مذهبی، همکاری بین بخشی، مدرسه و اولیاء و سیستم‌های مربوطه.

است و بسیاری از هدف های سازمان جهانی بهداشت به ایمنی جنسی باز می گردد (Nies and McEwen 2001).

با توجه به نظرات سه گروه دانش آموزان، مادران و دختران در مورد فاکتورهای موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران می توان گفت؛ دختران، والدین به خصوص مادران را مهمترین فاکتور موثر می دانند در حالیکه مادران، مهمترین فاکتور را مدرسه و معلمین می دانند از طرفی با اینکه معلمین اطلاع رسانی صحیح و آگاهی دادن به دانش آموزان را فاکتور مهم و موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران می دانند اما این مسئولیت را در درجه اول بر عهده مادران می دانند. در مطالعه انجام شده توسط پودینه مقدم در سال ۱۳۷۷ نشان داد که به نظر معلمان و مربیان بهداشت، مناسب ترین فرد در زمینه برای آموزش مسائل بلوغ به دختران، مادران هستند (پودینه مقدم ۱۳۷۷). در مطالعه انجام شده توسط وزارت آموزش و پرورش مشخص شد منابع مورد علاقه جهت کسب اطلاعات دوران بلوغ از دیدگاه مادران در ابتدا مربیان بهداشت مدارس و بعد مادران قرار دارند. نکته قابل توجه آن است که گروه مادران و دختران، تاثیر جامعه را بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران در نظر گرفته اند و به حضور قوی و موثر پدیده رسانه های جمعی و گروهی توجه کرده اند. تحولات چشمگیر در رفتارهای نوجوانان و اختلافات با والدین قابل تامل است. تحولی در بین نوجوانان در جریان است، گذاری که عوامل فرهنگی مثل رسانه ها و تلویزیون و ماهواره بر آن موثرند. نقش فرهنگ و عوامل محیطی بر باورهای طبیعی در مورد پرخاشگری تایید شده است (گلچین ۱۳۸۱).

در مقایسه دیدگاههای دختران و مادران در مورد دغدغه های ذهنی نوجوانان دختر در دوران بلوغ می توان گفت؛ هر دو گروه به مسئله رابطه با جنس مخالف به عنوان دغدغه مهم ذهنی نوجوانان دختران اشاره می کنند اما درخواست آموزشها جهت گروه دختران و گروه مادران با توجه به دیدگاهها خودشان است نه دختران، در

واقع به نیازهای دختران با توجه به شرایط حاضر توجهی ندارند. و جالب اینکه گروه مادران از راههای ارتقاء سلامت دختران را ارائه آگاهی در تمامی زمینه ها بدون پرده پوشی و با رویی باز بیان کرده اند در حالیکه خود از آموزش این مسائل نه تنها طفره می روند، اولویت آموزشی جهت دختران را آموزش سلامت بلوغ جسمی می دانند. می توان اینگونه نتیجه گرفت مادران مسئولیت آموزش مسائل مربوط به بلوغ به خصوص سلامت بلوغ جنسی را به عهده معلمین می دانند. با توجه به نظرات معلمین در مورد اولویت مطالب آموزشی و اولویت موضوع های آموزشی نکته قابل توجه آن است که هر دو گروه به ضرورت آموزش سلامت بلوغ دختران در جنبه جنسی پی برده اند. و تاحدودی می توان نظرات معلمین و دانش آموزان تقریباً شبیه هم است در حالیکه گروه مادران اولویت موضوع های آموزشی را به ترتیب اولویت به سلامت بلوغ روانی، جسمی، اجتماعی و در پایان سلامت بلوغ جنسی اختصاص داده اند.

بیشتر دیدگاه های نوجوانان و والدین با هم متفاوتند. این دیدگاه های متفاوت، گاه موجب تضاد نیز می شود. در حالی که نوجوانان به استقلال خود اهمیت می دهند، برای والدین یکپارچگی خانواده مهم است. والدین و نوجوانان در زمینه های مسکن، قوانین و مقررات، زمان خواب و تغذیه، روابط با دوستان هم جنس و غیر همجنس با هم اختلاف دارند (Lewis 2002).

پژوهش های متعدد چالش هایی بین والدین و فرزندان نوجوان را نشان داده اند. در مطالعه ای میزان ارضاء نیازهای نوجوانان دختر دبیرستانهای تهران توسط والدین آنها نشان داده است که نیازهای روانی ۴۰٪ در حد زیاد، ۲۹٪ حد متوسط و ۴٪ در حد اندکی برآورده شده اند. نیازهای جسمی به ترتیب به میزان ۵۳٪، ۳۲٪، ۱٪ تامین می گردند (شریفی ۱۳۷۱).

از آنجا که نوجوانان مورد بررسی بر ضرورت آموزش جنسی تاکید کرده اند در صورت ساده انگاری این نیازهای آموزشی و عدم اصلاح و تعدیل زمینه های پاسخ به نیازهایی از این دست در آینده با مشکلات جدی بهداشتی روبرو

بخشهای فرهنگ، بهداشت، صنعت و اقتصاد در این زمینه لازم است. ضمن آن که مشارکت‌های والدین، مدرسه، گروه همسالان و سایر مراکز درگیر در امور نوجوانان مفید خواهد بود. همچنین تقویت همکاری‌های بین بخشی به ویژه بین صدا و سیما، اقتصاد، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان، جلب مشارکت نوجوانان و اولیاء در طراحی راهبردهای ویژه ارتقای سلامت و نیز افزایش توانمندی‌ها و صلاحیت امور اعم از والدین و معلمان و مربیان پرورشی لازم است.

نتیجه‌گیری

بنابراین با توجه به پیچیدگی موضوع ارتقاء سلامت بلوغ دختران و درگیری فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی و سیاسی پیشنهاد می‌شود برای مداخلات بهداشتی مبتنی بر مدل‌های ارتقاء سلامت که هدف غایی تغییر رفتار است؛ نیازسنجی، به عنوان یک ابزار اولیه برای طراحی برنامه عملیاتی - تحقیقاتی در مطالعات مداخلاتی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ایران به ویژه دانشکده بهداشت، آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر تهران، مدارس مورد پژوهش و مادران که بدون یاری آنها اجرای این تحقیق مقدور نمی‌بود قدردانی می‌شود.

خواهیم شد. با در نظر گرفتن این موضوع که والدین معمولاً عوامل خطر دوره نوجوانی را نمی‌شناسند و دانش و مهارت لازم برای پیشگیری از مشکلات نوجوانی را ندارند (Senderowitz 1995)، تبیین مجدد مرزهای بین والدین و نوجوانان در خانواده‌هایی که فرزند نوجوان دارند ضروری است. مرزها باید بارزتر شوند، بدون این که کاملاً از بین بروند (Parvizy 2005). کارکنان آموزش بهداشت باید خانواده‌ها را در زمینه‌ی ارتباطات موثر با نوجوانان آموزش دهند. برنامه‌هایی با عنوان های شنیدن موثر و استفاده از مهارت‌های ارتباطی به والدین آموزش داده شده و موثر بوده است (Bomar 1996).

با در نظر گرفتن مطالب بیان شده می‌توان اظهار نمود شناخت نیازهای گروه آموزش گیرنده و همراه گروه‌های درگیر با استفاده از پژوهش‌های کیفی برای درک دوران نوجوانی ضروریست. همچنین تربیت و آموزش کادر بهداشتی، خانواده‌ها و نوجوانان به گونه‌ای که در تامین سلامت خود مشارکت فعالانه داشته باشند و نیز برآورد و تامین نیازهای آموزشی این دوره گذار، اولویت مهم مراقبتهای بهداشتی این دوره است. اهمیت شناخت عوامل فرهنگی، آثار جهانی شدن و تغییرات اجتماعی عصر ما برای درک عمیق و سپس تسلط بر شرایط موجود برای حفظ و ارتقای سلامت خانواده‌ها و نوجوانان غیرقابل انکار است. تلاش بین رشته‌ای و ارتباط هماهنگ

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کننده‌ها

متغیر	فراوانی
دانش آموزان	۱۲ نفر، سنین ۱۴-۱۴ سال، پایه دوم راهنمایی
مادران	۱۲ نفر، ۳۵-۴۵ ساله، دیپلم تالیسانس
معلمان	۷ نفر، ۳۸-۵۰ ساله
رشته تحصیلی	دو نفر علوم تجربی، علوم تربیتی، ریاضی، زبان انگلیسی، ادبیات، حرفه و فن

جدول ۲- موضوع‌های اصلی و فرعی عنوان شده از سوی دانش آموزان مورد بررسی درباره ارتقاء سلامت بلوغ دختران

سلامت بلوغ	بهداشت جنسی، بهداشت روانی، بهداشت اجتماعی، بهداشت جسمی
ارتقاء سلامت بلوغ	پدر و مادر، معلم، فیلم‌های سینمایی، از راه بهداشت و درمان، خانه و خانواده، نظافت، استراحت، غذای سالم، آگاهی از طریق مدرسه و خانواده، آگاهی از طریق مادر و مربی بهداشت
نقش مدرسه و معلمین	آموزش معلمین در مورد بلوغ و در اختیار گذاردن اطلاعات به دانش آموزان، درک کردن بیشتر دانش آموزان از طرف مسئولین مدرسه از لحاظ جسمی و روحی، آموزش‌ها، آشنا کردن دانش آموزان با بلوغ و دادن اطلاعات لازم به آنها
دغدغه‌های ذهنی، نگرانی‌ها و علائق	دوستی با جنس مخالف، مسائل جنسی، ازدواج، رفتارهای پرخطر جنسی، بی‌احترامی والدین به آنها، تحصیل، روابط جنسی، روابط با پسران، شرایط بد جامعه برای دختران، کارهای پرخطر جنسی، ارتباط برقرار کردن با جنس مخالف، کنجکاوی در مورد مسائل جنسی، علاقه به خواندن کتابهای رمان، داستانهای هیجانی و سینمایی، علاقه به خواندن کتابهایی در مورد خدا و سخنان افراد مشهور، سرگرمی با دوستان مانند بیرون رفتن با آنها، میهمانی رفتن با دوستان، روابط متقابل با دیگران، پوشیدن لباسهای مد، ورزش‌هایی مانند بسکتبال، فوتبال

جدول ۳- موضوع‌های اصلی و فرعی عنوان شده از سوی مادران مورد بررسی درباره ارتقاء سلامت بلوغ دختران

سلامت بلوغ	بهداشت روانی، بهداشت اجتماعی، بهداشت جسمی، بهداشت جنسی
ارتقاء سلامت بلوغ	مدرسه و معلمین، تربیت صحیح توسط مادران، تاثیر جامعه، قوانین خاصی را رعایت کنند، آگاهی دادن والدین و محیط زندگی و خانوادگی، رفتار و کردار آنها در مقابل هم‌نوع خود، آموزش از طریق مدرسه و معلمین، آموزش در تمام زمینه‌های بلوغ بدون پرده پوشی و با رویی باز، رفتاری کاملاً طبیعی و آرام، آموزش از طریق رسانه‌های گروهی و جمعی، نحوه رفتار صحیح با نوجوان، تغییرات روحی و روانی، شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث، بهداشت دوران بلوغ از لحاظ جسمی مانند عادت ماهیانه، بهداشت فردی و طهارت، تغییرات روحی روانی بلوغ، شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث
نقش مدرسه و معلمین	آموزش‌های بلوغ و دادن آموزش‌های صحیح در این مورد به دانش آموزان و مادران، همکاری و حمایت از اولیاء، روابط دوستانه برقرار کردن با والدین و دانش آموزان، همگام با خانواده، نکات ضروری را به دختران آموزش دهند
دغدغه‌های ذهنی، نگرانی‌ها و علائق	رابطه با جنس مخالف، جلب توجه جنس مخالف، زیبایی ظاهری از لحاظ لباس و اندام، تلفن، تحصیل، فرار از درس خواندن، فرار از مسئولیتهای محوله، بی‌توجهی نسبت به خانواده، تحصیل

جدول ۴- موضوع‌های اصلی و فرعی عنوان شده از سوی معلمان مورد بررسی درباره ارتقاء سلامت بلوغ دختران

سلامت بلوغ	بهداشت جنسی، بهداشت روانی، بهداشت اجتماعی، بهداشت جسمی
ارتقاء سلامت بلوغ	اطلاع رسانی صحیح و آگاهی دادن، شناخت صحیح نوجوان توسط خودش، نحوه برخورد صحیح با نوجوان، ارتقای مسائل مذهبی، نحوه رفتار صحیح با نوجوان، شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث، تغییرات روحی و روانی، شناخت ساختمان دستگاه تناسلی مونث، تغییرات روحی روانی بلوغ، بهداشت دوران بلوغ از لحاظ جسمی مانند عادت ماهیانه، بهداشت فردی و طهارت، در کنار دختران بودن مخصوصاً والدین با دختران، آموزش دختران، بحث‌های گروهی و انفرادی، کارگاه آموزشی، از راه عملی و عینی، از راه گفتگو کردن، مطالعه کتابهای لازم و مورد نظر در مورد آموزش سلامت بلوغ دختران، استفاده از اساتید مجرب، همکاری مدرسه و اولیاء، استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی مانند بحث‌های گروهی و انفرادی و کارگاه آموزشی

منابع

- اکبری، ق.، ۱۳۸۱. مشکلات نوجوانی و جوانی، تهران، موسسه نشر ساوالان، صفحه ۳.
- باقرصاد، ف.، غفرانی پور، ف. و بابایی، غ.، ۱۳۸۲. بررسی نیازهای آموزشی بهداشت بلوغ جسمی دختران و منابع آموزشی آنها مجله علمی- تخصصی آموزش بهداشت فصلنامه پژوهشی، ۱، ۲۳-۲۷.
- پودینه مقدم، ش.، ۱۳۷۷. بررسی نیازهای آموزش بهداشت دوران بلوغ در دختران سوم راهنمایی شهرستان زاهدان. پایان نامه دکتری، تهران، دانشگاه علوم پزشکی، صص ۴-۲.
- جعفری، ف. و یوسفی، ع.، ۱۳۸۲. نظارت مدیران و کارشناسان آموزش مداوم کشور در خصوص ویژگیهای الگوی کارآمد نیازسنجی پزشکان، داروسازان و دندانپزشکان. مجله آموزشی در علوم پزشکی، ۴ (۱۲)، ۴۰-۴۴.
- جهاندیده، آ.، ۱۳۸۰. بررسی تاثیر آموزش بهداشت دوران بلوغ بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دختران ۱۴-۱۰ ساله و آگاهی و نگرش مادران آنها در شهر کربند غرب در سال. دومین کنگره بهداشت عمومی و طب پیشگیری کرمانشاه.
- ذبیحی، ع.، ۱۳۸۱. بررسی تاثیر آموزش بر میزان آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر با بهداشت بلوغ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۴ (۳)، ۶۲-۵۸.
- شریفی، خ.، ۱۳۷۱. بررسی میزان ارضاء نیازهای جسمی روانی اجتماعی نوجوانان دختر دبیرستان های تهران توسط والدین آن ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانپرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- فیروزان، آ.، ۱۳۸۰. بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان در عادت ماهیانه، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- قهرمانی، ل.، حیدرنیا، ع.، بابایی، غ. و نظری، م.، ۱۳۸۴. بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بلوغ جسمی بر رفتارهای بهداشتی دختران مدارس راهنمایی شهر چابهار، دومین همایش سراسری آموزش و ارتقای سلامت. زاهدان، صفحه ۶.

- Hawe, P., Deirdre, D., Jane, H. and Alison, B., 1996. Evaluating health promotion: A Health worker's guide, Sydney, MacLennan Petty.
- Hendry, L. and Smith, J.S., 1998. Health Issues and Adolescents, London, Rutledge.
- Lewis, M., 2002. Child and Adolescent Psychiatry, Philadelphia, Lippincott Pub.
- Nies, M. and Mcewen, M., 2001. Community Health Nursing Philadelphia, Sanders Co.
- Parvizy, S., 2005. A Grounded based theory on adolescent's health perspectives. Tehran, Medical of Tarbyat Modarres.
- Reiff, M., 2001. Health compromising behaviors : Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, **22**, pp.148-149.
- Rich, M. and Ginsburg, K., 1999. The Reason and Rhyme of qualitative research :Why ,When, and how to Use Qualitative Methods in the Study of adolescent Health. *Adolescents Health*, pp. 371- 738.
- Ryan, S.A., Millstein, S.G. and Irwin, C.E., 1996. Puberty question asked by early adolescents: What do they want to known?. *Adolescent Health*, **19**, pp. 145-152.
- Schuster, M., Eastman, K., Fielding, J. and Al, E., 2001. Promoting Adolescent Health: Worksite-Based Interventions with parents of Adolescents. *Public Health Management Practice*, **7**, pp. 41-52.
- Senderowitz, J., 1995. Adolescent Health, Washington, World Bank Pub.
- Steinberg, L., 1999. Adolescence V.S.A, Mc Grow Hill Company.
- Wood, G., Hobber, J. and St, L., 2002. Nursing Research, Mosby Co.
- گلچین, م., ۱۳۸۱. تمایل به پرخاش گری درنوجوانان و نقش خانواده مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین, ۳۵, ۲۱-۴۰.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور, ۱۳۸۵. مرکز آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن.
- ملک افضل, ح., زارع, م. و جندقی, ع., ۱۳۷۷. تعیین نیازهای آموزشی دختران سمنانی در ارتباط با بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی مناسب برای تامین آن. بهداشت خانواده, ۳ (۹), ۱۰-۳.
- مودی, م., زمانی پور, ن., شریف زاده, غ., ابری بورنگ, م. و صالحی, س., ۱۳۸۵. ارزشیابی برنامه آموزش بلوغ در ارتقای آگاهی دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان دختران شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند, ۱۳ (۴), ۴۱-۳۶.
- یونیسف, ۱۳۷۳. وضعیت کودکان جهان در سال ۱۹۹۱. مجله بهداشت جهان, ۱۶-۱۵.
- Autry, A., Meurer, M., Barnabie, L.N. and Vanessa, M., 2002. A Longitudinal women's health curriculum: A multi-methods, multi perspective needs assessment. *Need Assessment*, pp. 14-24.
- Bomar, P., 1996. Nurses and Family Health Promotion Philadelphia, Saunders Co.
- Bottler, J.T., 2002. Principle of health education and health promotion, Wadsworth.
- Brandon, P.R. and Heck, R.H., 1998. Tease of teacher expertise in decision making during school – conducted need assessments: A multilevel Perspective. *Evaluation and programming planning*, pp. 323-331.