

ارتقاء توانمندی نوجوانان و مادران آنان در مقابله با بحران بلوغ در دختران مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی ارومیه

سهیلا آهنگرزاده رضایی^{۱*}، حمیده خلیل زاده^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۵/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۷/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: نوجوانی و دوران بلوغ یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است که موجب می‌شود شخص به‌گونه‌ای متفاوت احساس و رفتار کند. بدون تردید سیر تحولات دوران بلوغ تأثیر مستقیمی بر نیازهای جسمی نوجوان از جمله تغذیه، فعالیت‌های جسمی و نیازهای روحی دارد. لذا این مطالعه با هدف ارتقاء توانمندی نوجوانان و مادران آنان در مقابله با بحران بلوغ انجام گرفته است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. نمونه‌های پژوهش شامل ۸۰ مادر و دختر واجد شرایط تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی ارومیه می‌باشند. ابزار گردآوری داده‌های پرسش‌نامه استاندارد، تست مقابله با بحران «اندلر و پارکر» بود که مشتمل بر دو بخش می‌باشد که بخش اول مشخصات دموگرافیک، بخش دوم در ارتباط با اهداف طرح تحقیق می‌باشد که در طی پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی - استنباطی (فراوانی، آزمون تی و آزمون ویل کاکسون) استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان داد آموزش در ارتقاء توانمندی دختران در ارتباط با مسائل جسمی در درمانگاه شماره ۲ و ۳ به‌ترتیب با سطح معنی‌داری $P=0/01$ ، $P=0/04$ مؤثر بوده است. ضمناً یافته‌ها نشان داد که آموزش در ارتقاء توانمندی مادران در ارتباط با مسائل تغذیه دوران بلوغ دختران در درمانگاه شماره ۲ و در ارتباط با مسائل جسمی در درمانگاه شماره ۱ و ۲ به‌ترتیب با $P=0/01$ ، $P=0/04$ ، $P=0/022$ مؤثر بوده است. ولی آموزش در ارتباط با مسائل روانی - اجتماعی در هر دو گروه مادران و نوجوانان تأثیر نداشته است.

بحث و نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد آموزش می‌تواند با توجه به تغییرات شکر بلوغ در نوجوانان و والدین آن‌ها، سهم به‌سزایی در کاهش بحران دوران بلوغ ایفا نماید. از آنجا که سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده است. لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولین محترم، آموزش‌های مستمری را در مدارس راهنمایی و دبیرستانی برای نوجوانان و والدین آن‌ها در ارتباط با تغییرات دوران بلوغ و نحوه مقابله صحیح با این تغییرات برنامه‌ریزی نمایند.

کلید واژه‌ها: نوجوانی، بحران بلوغ، مقابله

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره ششم، پی در پی ۳۵، بهمن و اسفند ۱۳۹۰، صص ۴۲۳-۴۱۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۰۵۷۶۵
Email: sorezayee@yahoo.com

مقدمه

آن‌ها برای پدیده بلوغ قائل‌اند. برخی بلوغ را ولادت دوم می‌خوانند و استانی‌ها معتقد است نوجوانی دوره طوفان، فشار و یک جهش ناگهانی است (۱). گویی نوجوان در آستانه ورود به دوره بلوغ با جهانی نو آشنا می‌شود و دیگر باره متولد می‌گردد (۲).

یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد، دوره بلوغ است بلوغ مرحله‌ای از رشد است که همه نوجوانان اعم از پسر و دختر، آن را تجربه می‌نمایند. تعبیر مختلف دین پژوهان و روان‌شناسان از این دوره، حاکی از اهمیت و حساسیتی است که

^۱ کارشناس ارشد آموزش روان پرستاری، هیئت علمی گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، هیئت علمی گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

فعالیت بدنی، استراحت و تفریح سالم و رعایت بهداشت فردی دارد (۱).

نتیجه تحقیقی که توسط محققان تحت عنوان عوامل موثر بر یادگیری از نظر نوجوانان انجام شد نشان داده که ۸۵ درصد واحدهای مورد پژوهش با تغذیه مناسب، ۵۴ درصد داشتن اتاق جداگانه، ۳۱ درصد گوش کردن به موسیقی در حین مطالعه و ۸۲ درصد استراحت کافی و ورزش در افزایش میزان یادگیری موافق بودند و ۷۴ درصد از آنان به تاثیر منفی مشکلات مالی و خانوادگی در میزان یادگیری معتقد بودند (۱۲).

تغذیه در دوران نوجوانی از اهمیت بالایی برخوردار است. زیرا نوجوانی یکی از مهم ترین دوره های رشد سریع پس از تولد بوده و همراه با رشد سریع بافت ها، تغییرات بلوغ و افزایش نیازهای تغذیه ای از جمله افزایش نیاز به انرژی، پروتئین و املاح ... همراه است (۸،۹).

رشد و سلامت کودکان و نوجوانان با تغذیه سالم ارتباط مستقیم دارد. تغذیه نه تنها بر رشد جسمی و ظاهری بلکه بر نحوه احساس و برداشت از محیط و جهان و خلق و خو و رفتار نیز تأثیر دارد (۱۰،۱۱).

نتایج پژوهشی نشان داد که ۱۰۰ درصد واحدهای مورد پژوهش معتقدند که تغذیه مناسب بر یادگیری تأثیر فراوان دارد، همه نوجوانان معتقد بودند که غذاها باید سبک و پر انرژی باشند و در ارتباط با تنوع غذایی ۴۰ درصد آنان با تنوع غذایی در منازلشان مخالف بودند (۷).

پر خوری زیاد یکی از مشکلات این دوران محسوب می شود که سبب چاقی و رژیم گرفتن جهت حفظ تناسب می شود این امر می تواند موجب ابتلاء نوجوان به مشکلات جسمی و روحی گردد. فعالیت بدنی برای تندرستی و شادابی جسمی و روانی نوجوان بسیار مؤثر و ضروری است. نداشتن تحرک جسمی موجب سستی، تنبلی، عدم کارکرد صحیح سیستم های بدن، کاهش روابط

بلوغ دورانی است که در طی آن کودک شاهد انواع تغییرات در وجود خود می شود که این تغییرات متضمن تبدیل وی به فرد بالغ و بزرگسال است (۳). بلوغ پدیده ای است تکوینی و حقیقت آن پوشیده است که با پیدایش علایم از آن پرده برداشته می شود از این رو در تمام ادیان و مذاهب و قوانین، برای بلوغ، سن تقریبی و متوسطی مطرح شده است (۴). در دنیای امروزی سلامت نوجوانان به عنوان امری مهم تلقی شده است. این امر مخصوصاً بعد از کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه - قاهره ۱۹۹۴ به بعد مورد تأکید ویژه ای قرار گرفته است.

سازمان جهانی بهداشت سنین ۱۹-۱۰ سالگی را نوجوانی اطلاق می کند که در حال حاضر یک پنجم جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می دهند. بر طبق آخرین آمار سرشماری، ۲۵ درصد از جمعیت کشور ایران (حدود ۱۶ میلیون نفر) در سنین نوجوانی می باشند (۵،۶).

نوجوانی و دوران بلوغ یکی از حساس ترین دوره های زندگی انسان است و موجب می شود شخص به گونه ای متفاوت احساس و رفتار کند (۶،۷). برای شکل گیری شخصیت هر فرد و دستیابی به سلامت روانی بزرگسالی، انسان از بدو تولد مراحل مختلفی را سپری می کند که هر مرحله دارای بحران هایی است و عدم مقابله فرد با این بحران ها منجر به بروز مشکل در مراحل بعدی زندگی می شود. دوران نوجوانی نیز دارای بحران هایی از جمله تغییرات شگرف درونی و بیرونی، باز شدن دریچه به آینده و استقلال طلبی است.

سال های بلوغ، سال های سختی و مرارت والدین است، زندگی مسالمت آمیز والدین با نوجوان ها در سایه ارتباط صحیح، احترام متقابل و برخورد خردمندانه شکل گرفته و نوجوان را قادر خواهد ساخت تا در سایه محبت و احترام به والدین راهش را پیدا کند. بدون تردید سیر تحولات دوران بلوغ که فعالیت غدد جنسی نیز از آن جمله است تأثیر مستقیمی بر نیازهای نوجوان از جمله تغذیه،

اجتماعی و احساس عدم لیاقت و توانایی آنان می‌شود. افزایش فعالیت غدد پوستی و عادت ماهیانه موجب بدبو شدن ترشحات بدن و بروز جوش‌های صورت می‌گردد که در صورت عدم رعایت بهداشت فردی موجب عفونت و بر جای ماندن اسکار در صورت می‌شود (۶،۷).

تحولات سریع و عمیق در سیستم مغزی و بدنی باعث تغییرات در عواطف، هیجانات، روان و رفتار نوجوان می‌شود. این علایم در دختران و پسران قدری متفاوت می‌باشد، ولی به‌طور کلی عبارت از: میل به گوشه‌گیری، انزوا طلبی، پاسخ نامناسب نسبت به محرک‌ها، خندیدن یا گریستن بیش از حد، تمایل به آراستن ظاهر و آرایش، به شدت ذوق کردن، بی‌تفاوتی، شرم و حیا و خجالت، مخالفت با خانواده و خودنمایی، فرورفتن در رویا و تفکرات رویایی درباره آینده، خودرایی می‌باشد (۱۲).

اگر نوجوانان خوب هدایت شوند به خوبی می‌توانند خود را در مقابل تغییرات حفظ کنند و از اختلالات مختلف مصون بمانند از این رو به والدین توصیه می‌شود که شوق و علاقه فرزند خود را نسبت به بلوغ درک کنند و با حس همدردی و روشن بینی به سخنانشان گوش داده و صادقانه به سوالات آنان پاسخ دهند چرا که بسیاری از والدین از آگاه کردن نوجوانان نسبت به مسائل بلوغ سرباز می‌زنند و گاهی خود آن‌ها از این دوران اطلاع کافی ندارند نوجوانان برای بر طرف کردن مشکلات خود نیاز به استفاده از روش‌های حمایتی و مقابله‌ای دارند (۱). مقابله یا کنار آمدن با مسائل، رفتار آموخته شده و دو جانبه ایست که شامل تعامل بین نوجوان و محیط بوده و بایستی بر حسب سن و بلوغ روانی اجتماعی پیشرفته‌تر گردد (۶). بنابراین شناخت بلوغ و ویژگی‌های آن باعث ارائه راه‌حلی برای مقابله با این‌گونه اختلالات و پیشگیری از ناسازگاری‌های نوجوان با محیط می‌شود و والدین را در امر تربیت فرزندان یاری می‌کند زیرا والدین می‌توانند با ارتباط

صحیح و منطقی با نوجوانان به آن‌ها کمک کنند تا این دوره را بدون فشار و تنش سپری کنند (۱۳).

از آنجایی که نوجوانان کنونی، جامعه و دنیای آینده را اداره خواهند کرد لذا شناخت ابعاد گوناگون بلوغ و برنامه‌ریزی برای آموزش نوجوانان و والدین آن‌ها که در آستانه این دوره قرار دارند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا مجموعه اطلاعاتی که دختران درباره جنسیت و بلوغ دریافت می‌نمایند القای زنانگی می‌باشد. تجارب نشان می‌دهد که ندانستن این القبا سلامت جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی فرد را دچار مخاطره می‌سازد. لذا با توجه به اهمیت سلامت این گروه سنی که آینده سازان کشور می‌باشند محققان بر آن شدند تا تحقیقی در این زمینه به‌عمل آورند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی است. نمونه‌های این تحقیق ۸۰ نفر از دانش‌آموزان کلاس‌های دوم و سوم راهنمایی در پایگاه تحقیقات جمعیتی جلیلی و مادران آنان انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد تست مقابله با بحران اندلر و پارکر بود که در طی پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد و شامل دو بخش بود، بخش اول مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (سن، سطح سواد پدر و مادر، شغل و...)، بخش دوم حاوی ۴۰ بیانیه در ارتباط با اهداف طرح بود که بر اساس مقیاس لیکرت سه گزینه‌ای (همیشه نمره ۳، گاهی نمره ۲ و اصلاً نمره ۱) امتیاز بندی شدند.

جهت بررسی اعتبار علمی پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد و همبستگی نتایج حاصل از دو مرحله بیش از ۹۵ درصد بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و استنباطی (فراوانی، آزمون تی، ویلکسون) استفاده شد.

یافته‌ها

۳۶/۶ درصد مادران در سه سال گذشته تجربه حوادث ناگوار در زندگی را گزارش کردند که از این میان بالاترین درصد آن مربوط به مرگ و میر یکی از عزیزان (۲۸/۷۵ درصد) بود و ۳۰ درصد از مادران دچار اختلاف نظر با دختران خود بودند.

یافته‌ها در ارتباط با مسائل تغذیه دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش در دختران نوجوان نشان داد مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۱ قبل از آموزش $9/32 \pm 1/97$ ($P = 0/076 > 0/05$)، در درمانگاه شماره ۲ میانگین قبل از آموزش $(1/58 \pm 1/1)$ و در بعد از آموزش $(12/13 \pm 1/48)$ و $(0/27 > 0/05)$ و در درمانگاه شماره ۳ میانگین قبل از آموزش $(8/60 \pm 0/86)$ و بعد از آموزش $(9 \pm 1/16)$ و $(0/35 > 0/05)$ می باشد که نشانگر معنی دار نبودن اختلاف و عدم تأثیر آموزش در ارتقاء توانمندی نوجوانان در ارتباط با مسائل تغذیه دوران بلوغ می باشد. (جدول ۱)

یافته‌های پژوهش در ارتباط با مشخصات دموگرافیک دختران نشان داد که ۲۳/۵ درصد دختران سابقه مردودی در سال‌های گذشته را داشتند. ۳۰ درصد از آنان تجربه وقایع ناگوار در سه سال گذشته را بیان کردند. ۲۳/۷۵ درصد از نمونه‌ها از جنسیت خود راضی نبودند و ۱۷/۵ درصد آنان اختلاف نظر خود را با والدین اعلام نمودند که مهم‌ترین آن‌ها به ترتیب در ارتباط با درس خواندن و ادامه تحصیل، اختلاف سلیقه، عدم درک و توجه به گفتار همدیگر بوده است. یافته‌های پژوهش در ارتباط با مشخصات دموگرافیک مادران نشان داد که ۲۰ درصد مادران دانش آموزان بی‌سواد، ۶۰ درصد دارای تحصیلات ابتدائی - متوسطه و ۲۰ درصد آنان دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند. ۱۱/۲ درصد پدران دانش آموزان بی‌سواد، ۵۲/۵ درصد تحصیلات ابتدایی - متوسطه و ۳۶/۳ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر را داشتند.

جدول شماره (۱): بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات دختران نوجوان در ارتباط با مسائل تغذیه

دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش (درمانگاه‌های شماره ۱، ۲، ۳)

| شماره واحد | آموزش | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | مقدار P |
|------------------|--------------|---------|--------------|---------|---------|
| درمانگاه شماره ۱ | قبل از آموزش | ۸/۳۲ | ۱/۷۰ | ۱/۸۵ | ۰/۰۷۶ |
| | بعد از آموزش | ۹/۳۲ | ۱/۹۷ | | |
| درمانگاه شماره ۲ | قبل از آموزش | ۸/۳۷ | ۱/۵۷ | ۱/۱۰ | ۰/۲۷ |
| | بعد از آموزش | ۸/۹۶ | ۲/۳۰ | | |
| درمانگاه شماره ۳ | قبل از آموزش | ۸/۶۰ | ۰/۸۶ | ۰/۹۵ | ۰/۳۵ |
| | بعد از آموزش | ۹ | ۱/۱۶ | | |

یافته‌ها در ارتباط با مسائل جسمی دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش دختران نوجوان نشان داد مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۱ قبل از آموزش $(10/8 \pm 2/50)$ و بعد از آموزش $(11/3 \pm 1/60)$ و $(0/50 > 0/05)$ می باشد که نشانگر معنی دار نبودن اختلاف و عدم تأثیر آموزش است. در درمانگاه شماره ۲ مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۲ قبل از آموزش $(11/1 \pm 1/58)$ و در بعد از آموزش $(12/14 \pm 1/48)$ با $(0/01 > 0/05)$ می باشد که نشانگر معنی دار بودن اختلاف و تأثیر آموزش است. در درمانگاه شماره ۳

یافته‌ها در ارتباط با مسائل جسمی دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش دختران نوجوان نشان داد مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۱ قبل از آموزش $(10/8 \pm 2/50)$ و بعد از آموزش $(11/3 \pm 1/60)$ و $(0/50 > 0/05)$ می باشد که نشانگر معنی دار نبودن اختلاف و عدم تأثیر آموزش است. در درمانگاه شماره ۲ مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۲ قبل از آموزش $(11/1 \pm 1/58)$ و در بعد از آموزش $(12/14 \pm 1/48)$ با $(0/01 > 0/05)$ می باشد که نشانگر معنی دار بودن اختلاف و تأثیر آموزش است. در درمانگاه شماره ۳

مقدار میانگین قبل از آموزش ($9/71 \pm 1/14$) و بعد از آموزش (اختلاف و تأثیر آموزش است (جدول ۲).
 ($11/1 \pm 1/91$) با ($P = 0/04$) می‌باشد که نشانگر معنی‌دار بودن

جدول شماره (۲): بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات دختران نوجوان در ارتباط با مسائل جسمی

دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش (درمانگاه‌های شماره ۱، ۲، ۳)

| شماره واحد | آموزش | میانگین | انحراف معیار | مقدار t (۲) | مقدار P |
|------------------|--------------|---------|--------------|-------------|---------|
| درمانگاه شماره ۱ | قبل از آموزش | ۱۰/۸ | ۲/۵۰ | ۰/۶۸ | ۰/۵۰ |
| | بعد از آموزش | ۱۱/۳ | ۱/۶۰ | | |
| درمانگاه شماره ۲ | قبل از آموزش | ۱۱/۱ | ۱/۵۸ | ۲/۴۸ | ۰/۰۱ |
| | بعد از آموزش | ۱۲/۱۴ | ۱/۴۸ | | |
| درمانگاه شماره ۳ | قبل از آموزش | ۹/۷۱ | ۱/۱۴ | ۲/۲۶ | ۰/۰۴ |
| | بعد از آموزش | ۱۱/۱ | ۱/۹۱ | | |

یافته‌های پژوهش در ارتباط با تأثیر آموزش در دختران در رابطه با مسائل عاطفی و اجتماعی اختلاف معنی‌داری را نشان داد. همچنین یافته‌های پژوهش در مادران نشان داد: یافته‌ها در ارتباط با بررسی میانگین نمرات مادران در ارتباط با مسائل جسمی دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش نشان داد که مقدار میانگین در درمانگاه شماره ۱ قبل از آموزش ($23/54 \pm 3/62$) و بعد از آموزش ($24/25 \pm 2/83$) و ($P = 0/42$)، ($t = 0/81$) می‌باشد که نشانگر معنی‌دار نبودن اختلاف و عدم تأثیر آموزش می‌باشد. در درمانگاه شماره ۲ مقدار میانگین قبل از آموزش ($24/52 \pm 3/59$) و بعد از آموزش ($24/86 \pm 3/91$) با ($P = 0/79$)، ($t = 0/26$) و در درمانگاه شماره ۳ مقدار میانگین قبل از آموزش ($22/75 \pm 3/19$) و بعد از آموزش ($25 \pm 2/61$) و ($P = 0/16$) نشانگر معنی‌دار نبودن اختلاف و عدم تأثیر آموزش در ارتقاء توانمندی دختران نوجوان در ارتباط با مسائل عاطفی دوران بلوغ می‌باشد (جدول ۳).

جدول شماره (۳): بررسی میانگین نمرات مادران در ارتباط با مسائل جسمی دوران بلوغ قبل و بعد

از آموزش (درمانگاه‌های شماره ۱، ۲، ۳)

| شماره واحد | آموزش | رتبه میانگین | مقدار آماره آزمون Wilcoxon | مقدار P |
|------------------|--------------|--------------|----------------------------|---------|
| درمانگاه شماره ۱ | قبل از آموزش | ۳/۷۵ | ۲/۸۶ | ۰/۰۰۴ |
| | بعد از آموزش | ۸/۱۳ | | |
| درمانگاه شماره ۲ | قبل از آموزش | ۱۱/۵ | ۲/۲۸ | ۰/۰۲۲ |
| | بعد از آموزش | ۱۵/۹۲ | | |
| درمانگاه شماره ۳ | قبل از آموزش | ۱۳ | ۰/۲۳ | ۰/۸۱۸ |
| | بعد از آموزش | ۱۱/۱۹ | | |

جسمی در درمانگاه‌های شماره ۱ و ۲ به ترتیب ($P=0/04$) و $P=0/022$) ارتباط معنی داری وجود داشت. در این راستا والدین بایستی آموزش‌های لازم در ارتباط با بحران دوران بلوغ را در طی دوران نوجوانی دختران خود دریافت دارند که این آموزش‌ها بایستی در ارتباط با رشد و تکامل، مسائل و مشکلات دوران بلوغ باشد مشارکت والدین در جلسات گروهی نه تنها موجب ارتقاء توانمندی آن‌ها بلکه موجب توانمندی نوجوان در سازگاری با مسائل بلوغ خواهد شد (۱۶). نتایج پژوهشی که انجام شده نشان داد: اکثریت واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه در زمینه مسائل تغذیه‌ای، فعالیتی و بهداشتی دارای مشکل بودند و درصد مشکلات دختران در زمینه فعالیتی و بهداشتی بیشتر از پسران بود (۴).

در ارتباط با مسائل عاطفی و اجتماعی علی‌رغم تفاوت فاحش میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش، ارتباط معنی داری در رابطه با تأثیر آموزش در ارتقاء توانمندی مادران و دختران مشاهده نشد که این امر می‌تواند به دلیل عدم مشارکت مجدد تعدادی از واحدهای مورد پژوهش و کاهش حجم نمونه در درمانگاه‌های مربوطه باشد. در تحقیقی که کاپرون و همکاران او تحت عنوان اثر بلوغ و ساختار خانواده بر علایم افسردگی و مشکلات عاطفی - رفتاری بر روی ۱۴۰۰ دختر نوجوان انجام دادند نشان داد که تغییرات بلوغ خصوصاً قاعدگی یکی از فاکتورهای مؤثر در عدم مواجهه صحیح دختران نوجوان است والدین خصوصاً مادران در حمایت آنان در این دوره نقش مؤثرتری دارند (۱۶).

لذا با توجه به نتایج تحقیقات، نوجوانان بایستی آموزش‌های لازم را در رابطه با کسب شایستگی زندگی دروان بزرگسالی دریافت کنند زیرا آموزش علاوه بر ارتقاء سلامت جسمی نوجوانان، آنان را برای کسب تجربیات بیشتر در زمینه بحران بلوغ و فعالیت‌های دوران بزرگسالی آماده می‌سازد (۱۵).

یافته‌های پژوهش در ارتباط با تأثیر آموزش در دختران نوجوان و مادران در رابطه با مسائل عاطفی و اجتماعی اختلاف معنی داری را نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مشخص شد در ارتباط با سؤال جنسیت مقبول، در هر سه درمانگاه ۱ و ۲ و ۳ دختران به ترتیب (۲۳، ۲۳، ۲۱) نفر از جنسیت خود راضی بودند و به ترتیب (۷، ۷، ۵) نفر جنس خود را مقبول نمی‌دانستند.

یافته‌های تحقیق نشان داد آموزش در ارتقاء توانمندی دختران در ارتباط با مسائل تغذیه در دوران بلوغ در درمانگاه‌های شماره ۱ و ۲ مؤثر نبوده است اما در ارتباط با مسائل جسمی در درمانگاه‌های شماره ۲ و ۳ به ترتیب با سطح معنی دار ($P=0/01$) و ($P=0/04$) آموزش مؤثر بوده است.

با توجه به تحقیق کاتیل و همکاران که در سال تحت عنوان بلوغ زودرس همراه با مشکلات بهداشت روان در دوره نوجوانی در روی ۱۱۴۴۰ دختر و ۱۱۷۴۱ پسر نوجوان انجام دادند مشخص گردید ۵۹/۶ درصد از دختران هیچ‌گونه مشکلی از نظر سلامت روان نداشتند. ۱۰/۷ درصد مشکلات از قبیل (افسردگی، اضطراب، مشکلات جسمی در ارتباط با تغذیه و خواب و...) را گزارش کردند، این تحقیق نشان داد که مشکلات سلامتی دختران در مراحل اولیه بلوغ بیشتر از پسران بوده است (۱۳). همچنین نتایج پژوهشی تحت عنوان تفاوت‌های سنی و جنسی در عادات بهداشتی نوجوانان توسط هوکن و همکارانش انجام گرفت نشان داد که در حیطه کنترل وزن در همه گروه‌های سنی، دختران احساس افزایش وزن را بیشتر از پسران گزارش کردند (۱۵).

یافته‌ها نشان داد که آموزش در ارتقاء توانمندی مادران در ارتباط با مسائل تغذیه دوران بلوغ دختران در درمانگاه شماره ۲ ($P=0/013$) ارتباط معنی داری داشته است. در ارتباط با مسائل

تقدیر و تشکر

جمعیتی ارومیه که در انجام این کار پژوهشی شرکت داشتند

کمال تشکر را بنمایند.

محققین بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین پایگاه‌های

References

1. Hashemy Rakanandy M. Education and human personality. Ghom: Islamic Publishing House; 1996. P.199. (Persian)
2. Niksirat A. Trends of contemporary philosophy in Iran. Tehran: The 13th Molasadra Conference; 2008. (Persian)
3. Mahmoud AAF. Schistosomiasis. In: JC Bennett, F Plum, Editors. Cecil textbook of medicine. 20th Ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. P. 25-7.
4. Entekhabian O. Maturity issues in religious and law (Dissertation). Mashad: Theology Faculty; 1995-1996. (Persian)
5. Sadock BJ, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. (Persian)
6. Family Planning Association of Iran. Men's role in reproduction health. Tehran: Andishmand; 2002. (Persian)
7. Ahmed F. Nutrition in adolescence. Am J Clin Nutr 2003; 5(2): 1268-75.
8. Anura VK. Clinical nutrition. Oxford: Blackwell Publishing; 2001. P. 35.
9. Niayesh B. Food habits in family. Behvarz J 2003;14: 38-40.(Persian)
10. Barasi EM. Human nutrition and health perspective. London: Arnold Publishers; 131.
11. Ohady B. Normal and abnormal sexual behaviors tendency in human. 1st Ed. Tehran: Atropat Publication; 2000. P.135-7.(Persian)
12. Afroz G. Psychology and education in adolescent and children. Tehran: Parents and Teacher Association Pub; 2001. P.60. (Persian)
13. Kaltiala- Heino M, Stice P. Early puberty is associated with mental health problem in middle adolescence. Soc Sci Med 2003; 57: 1055-64.
14. Mary FP, Elizabeth AY, Paul MC, Michelle KM. Update on folate and Human Health. Nutr Today 2009; 44(4): 144.
15. Hockenberry Mg, Wilson D, Winkelstein ML, Kline NE. Nursing Care of Infants and Childre. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier; 2003.
16. Capron CH, Therond C, Duyme M. Effect of menarcheal status family structure on depressive symptoms and emotional/ behavioral problem in young adolescent girls. J Adolesc 2007; 30(1): 175-9.