



## بررسی تاثیر رویکرد گروه همسالان بر آگاهی و عملکرد دختران نوجوان پیرامون سلامت روان

نویسندگان: محمدحسین تقدیسی\* ملیحه نوری سیستانی\*\* عفت السادات مرقاتی خوئی\*\*\* فاطمه حسینی\*\*\*\* علی اصغر نژاد فرید\*\*\*\*\*

\* دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت  
\*\* نویسنده مسئول: مربی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، تلفن: ۰۹۳۵۹۸۹۹۲۶۷ E-Mail: m200\_noori@yahoo.com

\*\*\* دکتری ارتقاء سلامت جنسی، استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\*\* مربی، کارشناس ارشد آمار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\*\*\* دکتری روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی، انستیتو روانپزشکی دانشگاه تهران

### چکیده

**سابقه و اهداف:** بلوغ از مهم ترین دوره های زندگی است که از نظر فیزیولوژیکی، فیزیکی، و روانی تحولات بسیار عمیقی در فرد ایجاد می شود و باعث بهم خوردن نظم جسمانی و روانی نوجوان می گردد. از نظر بهداشت روانی، شناخت این تحولات به خصوص در آن قسمت ها که تغییرات چشمگیر در رفتار و کردار نوجوانان آشکار می گردد پراهمیت است. از عوامل مهم در شکل گیری رفتارها، افکار، نگرش ها، احساسات، آرزوها و به طور کلی شخصیت نوجوانان، ارتباط با دوستان و همسالان است. آموزش همسالان به منظور افزایش دانش، تغییر نگرش، باورها و رفتارها در سطح فردی، گروهی یا سطوح اجتماعی به کار گرفته می شود. می توان با برنامه های متناسب با نیازهای نوجوانان و با شیوه های نوین آموزشی مانند رویکرد گروه همسالان از بسیاری از مشکلات دوران بلوغ پیشگیری کرد. در این مطالعه به بررسی تاثیر آموزش با رویکرد گروه همسالان بر سلامت روان دختران در دوران بلوغ پرداخته شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه نیمه تجربی ۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران در دو گروه ۵۰ تایی آزمایش و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی بود. مداخله با استفاده از رویکرد گروه همسالان انجام گرفت. بعد از گذشت یک ماه و نیم میزان آگاهی و عملکرد از طریق پس آزمون سنجیده و با پیش آزمون در دو گروه مقایسه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای آماری کای اسکوئر، تی مستقل و تی زوج استفاده شد.

**یافته ها:** میانگین نمرات آگاهی و عملکرد دختران مبتنی بر رویکرد گروه همسالان به ترتیب از  $۲۷/۳۳ \pm ۳/۴۴$  به  $۶۳/۶ \pm ۲/۷۲$  و  $۴۷/۷۳ \pm ۴/۲۹$  به  $۸۸/۵۳ \pm ۲/۶۳$  افزایش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری دیده نشد.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعه مشارکت فعال آموزش گیرندگان و افراد درگیر در موضوع باعث افزایش اثر بخشی آموزشها با محتوای سلامت بلوغ افراد می شود. بنابراین طراحی برنامه های آموزشی منظم با شیوه های مشارکتی و مبتنی بر جامعه هدف مانند رویکرد گروه همسالان به خصوص در مدارس جهت ارتقای سلامت روانی لازم است.

**واژه های کلیدی:** سلامت روان، آموزش همسالان، بلوغ، دختر.

## طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی  
دانشکده بهداشت یزد  
سال دهم  
شماره: سوم و چهارم  
پاییز و زمستان ۱۳۹۰  
شماره مسلسل: ۳۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۳۰



## مقدمه

برنامه آموزش بهداشت بر پایه رویکرد آموزش همسالان یک برنامه منسجم جهت ایجاد یک شبکه همسال موثر برای تشویق و حمایت از نوجوانان جهت ارتقای سلامت آنان می‌باشد. در این روش بی‌نظیرترین فرصت‌ها برای یادگیری مفاهیم بهداشتی برای گروه‌های همسال ایجاد می‌گردد تا با تعامل درون گروهی و برون گروهی مفاهیم را آموخته و به آن استحکام بخشند. هدف از بهره‌گیری از این رویکرد، توانمند ساختن نوجوانان و ارائه فرصت‌هایی به آنان جهت مشارکت در فعالیت‌های موثر که جهت دستیابی به اطلاعات و خدماتی است می‌باشد که این گروه جهت ارتقای سطح سلامت به آن نیاز دارد. از دستاوردهای این رویکرد توسعه یک رفتار مناسب و تغییر رفتارهای ناسالم در گروه‌های هدف خواهد بود (۱).

در مطالعات انجام شده با استفاده از رویکرد آموزشی گروه همسالان مشخص شد این رویکرد یک استراتژی موثر در پیشگیری از بیماری ایدز بوده (۲،۳) و باعث افزایش اعتماد به نفس افراد می‌شود و به طور کلی جنبه‌های روانی و اجتماعی افراد رشد پیدا می‌کند (۴).

یکی از دوره‌های مهم زندگی انسان، دوره نوجوانی است و از بحرانی‌ترین پدیده‌های این دوران، بلوغ می‌باشد، اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر موفقیت آمیز به دوران بزرگسالی می‌گردد (۵). با ورود کودک به سن بلوغ، تغییرات اساسی و مهمی در وضعیت ظاهری، رفتارهای اجتماعی، جنسی و وضعیت روانی وی ایجاد می‌شود و فرد وارد مرحله تازه‌ای از زندگی شده و نگرشی متفاوتی در مقایسه با زمان کودکی نسبت

به خود و محیط پیدا می‌کند (۶) نیروها و توانمندی‌های دوران بلوغ بیش از هر دوران دیگری است، به صورتی که هم می‌تواند شخص و جامعه را به اوج و ترقی و کمال رساند و هم به قعر ذلت، از طرفی بسیاری از عادات و رفتارهای بهداشتی نیز در این مرحله از زندگی شکل می‌گیرد و تا بزرگسالی نیز ادامه خواهد داشت (۷).

بهداشت روانی عبارت است از نگاه داشتن سلامت روانی، ریشه کن ساختن عوامل بیماری‌زا و پیشگیری از ابتلا به بیماریهای روحی و ایجاد زمینه مناسب برای ایجاد و شکفتن شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت ممکن انسان. بهداشت روانی نوجوانان اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد زیرا وضعیت و سلامت روانی آنان در این دوره، اثرات زیادی بر الگوهای سازگاری رفتاری در بزرگسالی خواهد داشت (۸). در ایران و طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۲۵/۱ درصد کل جمعیت را گروه سنی ۱۴-۱۱ سال تشکیل می‌دهد که ۵۰ درصد این تعداد دختران هستند (۹).

داشتن شناخت و آگاهی در مورد سلامت بلوغ و خطرات تهدید کننده سلامتی در این دوران و آگاهی از دلایل و علل بروز تغییرات خاص این دوران می‌تواند سبب پیشگیری از بسیاری از مشکلات نوجوانان شده و در کاستن از ناراحتی‌های این نسل موثر باشد (۱۰) از طرفی دیگر سرمایه‌گذاری اندک در زمینه آموزش دختران و زنان، دستاورد مضاعفی را در تمامی ابعاد توسعه اجتماعی به دنبال خواهد داشت (۱۱) و توجه به بهداشت روانی دوران بلوغ در کنار تغییرات جسمی آن از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است (۱۲).



اجتماعی شدن و هویت بابی است البته می تواند آسیب زا نیز باشد (۱۸).

بنابراین با توجه به افزایش روزافزون جمعیت نوجوان کشور و نیز اختصاص میزان بالایی از آن به دختران، نقش گروه همسالان، اهمیت دوران بلوغ به خصوص سلامت روانی و عدم آگاهی کافی دختران در مورد سلامت بلوغ و رسالت آموزش بهداشت در این زمینه، نیاز به انجام چنین مطالعه‌ای احساس شد. مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی تاثیر شیوه های آموزشی مبتنی بر رویکرد گروه همسالان بر آگاهی و عملکرد روانی دختران پیرامون سلامت بلوغ طراحی و اجرا شد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه تجربی از نوع قبل و بعد است. روش نمونه گیری به صورت تصادفی بود بدین صورت که در ابتدا از میان مناطق ۱۸ گانه شهر تهران، منطقه ۶ به صورت تصادفی انتخاب و از بین مدارس دخترانه مقطع راهنمایی منطقه ۶ تهران دو مدرسه به طور تصادفی به عنوان گروه آزمون و گروه شاهد تعیین شدند و تعداد ۱۰۰ نفر از دانش آموزان در دو گروه ۵۰ تایی آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. همسان سازی در این دو گروه در مورد متغیرهای سن، تعداد افراد خانواده، رتبه تولد، شغل و تحصیلات پدر و مادر و سن اولین عادت ماهیانه در ابتدای مطالعه انجام پذیرفت که بدین منظور با استفاده از آزمون کای اسکوئر اختلاف آماری معنی داری میان این متغیرها در دو گروه مشاهده نشد. از تمامی افراد شرکت کننده رضایت نامه جهت تمایل به شرکت در این تحقیق گرفته شد. قبل از

آموزش بهداشت در دوران بلوغ به دلیل شرایط خاص و بحرانهای روحی این دوران ضروری به نظر می رسد زیرا سبب افزایش آمادگی نوجوانان در قبال این تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری آنها و کسب اطلاعات صحیح از منابع موثق می شود (۱۳). روشهای آموزشی به کار گرفته شده در اکثر مطالعات به صورت سنتی و معلم مآبانه بوده است و از مشارکت فعال افراد در آموزشها استفاده نشده است (۱۴، ۱۵).

در مورد آموزش مسایل مرتبط با بلوغ، مدارس از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار بوده و بهترین محل جهت ایفای این نقش می باشد. برای این منظور، لازم است مسؤولان مدارس با روشهای مختلف آموزشی آشنا شده و روشی را که در ارتقای آگاهی دانش آموزان نقش موثرتری دارد به مدد اعضای تیم بهداشتی به کار گیرند (۱۶). بهره گیری درست از روشهای مختلف موجب افزایش کارایی و اثربخشی آموزش خواهد شد که در نهایت رضایت مندی فراگیران را برای مشارکت بیشتر در بحث ها فراهم می کند (۱۷). نوجوانان در طول دوره نوجوانی، تغییرات جسمی و تکاملی زیادی را تجربه می کنند. تمایل به استقلال از خانواده و پیوستن به گروه همسالان و افزایش ارتباطات دوستان، از تغییرات تکامل در این دوره است. همچنین بخشی از هویت نوجوانان، در مجموعه گروه همسالان شکل می گیرد. نوجوانان دوست دارند در مرکزیت نگاه ها باشند و نظرات تاییدی دوستانشان را در مورد خود بدانند تاثیر گروه همسالان از هنجارهای تکامل و متعالی نوجوانی، پیش شرط



مداخلات، نیازسنجی در مورد نگرانی‌ها و دغدغه‌های ذهنی، مسائل و مشکلات دوران بلوغ و علائق دختران، عوامل و فاکتورهای موثر بر سلامت بلوغ انجام شد.

شرایط ورود، پیرو شدن دختران و داشتن مادر و همچنین علاقه مندی افراد جهت شرکت در این مطالعه بود. بنابراین دانش آموزان پایه اول و دوم راهنمایی به دلیل تعداد کم دخترانی که به سن منارک رسیده بودند کنار گذاشته شدند و این پژوهش بر روی دانش آموزان سال سوم به تعداد ۵۷ نفر انجام شد که از این تعداد ۷ نفر از آنها به دلیل نداشتن شرایط لازم کنار گذاشته شدند، البته این افراد در تمامی فعالیتها شرکت و پرسشنامه‌های مربوطه را نیز تکمیل می‌کردند اما در تجزیه و تحلیل آماری این پرسشنامه‌ها محاسبه نمی‌شدند. در گروه آزمون، آموزشها با رویکرد گروه همسالان صورت پذیرفت؛ بدین ترتیب که از دو کلاس پایه سوم ۱۳ نفر داوطلب و علاقه مند بعنوان گروه همسالان انتخاب شدند. مداخلات آموزشی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه- ای به طول انجامید. روشهای آموزشی به کار گرفته شده شامل کنفرانس توسط گروه همسالان، برگزاری مسابقات، نمایش اسلاید، تهیه پمفلت و کار عملی مهارت تصمیم گیری بود، البته قابل ذکر است فضا سازی در مدرسه و کار بر روی ارزشها و هنجارهای دانش آموزان نیز تاثیر زیادی بر روی سلامت روان دختران گذاشت.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی با اطلاعات دموگرافیک، آگاهی (۳۳ سوال) و عملکرد (۱۴ سوال) پیرامون سلامت روانی دوران بلوغ بود. اعتبار علمی محتوی با استفاده از کتب، مجلات، مقالات علمی و همچنین الگوگیری از پرسشنامه

تحقیقات انجام شده در خارج و داخل ایران و با نظرخواهی از اساتید دانشگاه بررسی و پس از اصلاحات لازم مورد تایید قرار گرفت و اعتماد علمی پرسشنامه توسط روش آزمون مجدد تعیین شد، بدین ترتیب که ده نفر از دانش آموزان به فاصله یک هفته با پرسشنامه آزمون شدند که نتایج حاصل از آن تعیین و اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. ضریب همبستگی پرسشنامه  $r=0/89$  به دست آمد. آزمون ثانویه به فاصله یک ماه و نیم بعد از مداخلات آموزشی انجام شد. مبنای تقسیم بندی نمرات ۱۰۰ بود؛ زیر ۵۰ درصد آگاهی یا عملکرد ضعیف، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد آگاهی یا عملکرد متوسط و بالای ۷۵ درصد آگاهی یا عملکرد خوب محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری کای دو، مک نمار، آزمون تی مستقل و آزمون تی زوج‌ها صورت گرفت.

#### یافته‌ها

در این پژوهش ۷۱ درصد دانش آموزان بین سنین ۱۴ تا ۱۵ سال و ۵۷ درصد فرزند دوم به بعد خانواده بودند و ۶۵ درصد در خانواده‌های کمتر از ۴ نفر زندگی می‌کردند، ۶۰ درصد مادران خانه‌دار و ۵۷ درصد پدران شغل آزاد داشتند و ۵۸ درصد مادران و ۶۳ درصد پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

در ابتدای مطالعه نمرات آگاهی و عملکرد دو گروه آزمایش و شاهد مشابه یکدیگر بودند و آزمونهای آماری اختلاف آماری معنی داری را نشان ندادند. نتایج مطالعه نشان داد قبل از آموزش ۸۰ درصد دختران گروه همسال دارای آگاهی پائینی بودند در حالیکه بعد از مداخلات آموزشی ۸۶ درصد آگاهی بالایی کسب کردند این میزان در دختران گروه شاهد ۱۰ درصد بود.



(جدول ۱). بین میانگین تغییرات آگاهی دختران پیرامون سلامت روانی دوران بلوغ در دو گروه بعد از مداخلات آموزشی اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). به طوریکه بعد از مداخلات آموزشی میانگین تغییرات نمرات آگاهی در گروه همسالان  $89/33 \pm 1/50$  و در گروه شاهد  $0/70 \pm 0/24$  بود (جدول ۲).

در مقایسه میانگین نمرات آگاهی دختران آموزش دیده با رویکرد گروه همسالان در مورد تغییرات روانی دوران بلوغ، قبل و بعد از مداخلات آموزشی آزمون آماری تی زوج اختلاف آماری معنی داری را نشان داد ( $p < 0/001$ ) به طوریکه میانگین نمرات آگاهی دختران گروه همسال از  $1/27 \pm 0/73$  به  $90/60 \pm 1/24$  رسید در حالیکه میانگین نمرات آگاهی دختران گروه شاهد اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد ( $p = 0/09$ )

جدول ۱: مقایسه میانگین آگاهی و عملکرد دختران درباره سلامت روان بلوغ قبل و بعد مداخلات آموزشی در دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات	گروه آزمون		گروه شاهد		نتیجه آزمون زوج t
	قبل مداخله	بعد مداخله	قبل مداخله	بعد مداخله	
آگاهی	$1/27 \pm 0/73$	$90/60 \pm 1/24$	$1/41 \pm 0/21$	$2/11 \pm 0/23$	$t = 1/43$ $P = 0/09$
عملکرد	$27/76 \pm 3/11$	$73/17 \pm 2/55$	$23/63 \pm 4/62$	$32/38 \pm 3/54$	$t = 9/24$ $P = 0/36$

جدول ۲: مقایسه اختلاف میانگین نمرات آگاهی و عملکرد دختران درباره سلامت روان بلوغ بعد از مداخلات آموزشی در دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات	آزمون		شاهد		نتیجه آزمون مستقل t
	میانگین تغییرات $\pm$ انحراف معیار	میانگین تغییرات $\pm$ انحراف معیار	میانگین تغییرات $\pm$ انحراف معیار	میانگین تغییرات $\pm$ انحراف معیار	
آگاهی	$89/33 \pm 1/50$	$0/70 \pm 0/24$	$0/70 \pm 0/24$	$0/70 \pm 0/24$	$t = 2/32$ $p < 0/001$
عملکرد	$45/41 \pm 2/89$	$8/75 \pm 3/17$	$8/75 \pm 3/17$	$8/75 \pm 3/17$	$t = 7/89$ $p < 0/001$



در مقایسه میانگین نمرات عملکرد دختران قبل و بعد از مداخلات آموزشی در گروه همسال عملکرد دختران نسبت به سلامت روانی دوران بلوغ از  $3/11 \pm 27/76$  به  $2/55 \pm 73/17$  افزایش یافت. آزمون آماری تی زوج اختلاف آماری معنی داری را نشان داد ( $p < 0/001$ ) در حالیکه میانگین نمرات عملکرد دختران گروه شاهد اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد ( $p = 0/36$ ) (جدول ۱). بین درصد تغییرات نمرات عملکرد دختران در مورد سلامت روانی بلوغ در دو گروه بعد از مداخلات آموزشی اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد به طوریکه بعد از مداخلات آموزشی میانگین تغییرات نمرات عملکرد در گروه همسال  $45/41 \pm 2/89$  و در گروه شاهد  $8/75 \pm 3/17$  بود ( $p < 0/001$ ) (جدول ۲).

نتایج نشان داد آگاهی دختران در مورد اضطراب و نگرانیهای دوران بلوغ مانند (ارتباط با جنس مخالف، آرایش کردن، مکالمات تلفنی با دوستان و یا جنس مخالف، تحصیل، ازدواج، اهمیت دادن به مد و نوع لباس پوشیدن، توجه به زیبایی ظاهری از لحاظ اندام، تولید مثل، روابط جنسی و بی احترامی والدین به دختران)، علائق نوجوانان (مثل سپری کردن اوقات با همسالان تا خانواده، جلب توجه دیگران به خصوص جنس مخالف، انتخاب شغل مناسب، تقلید کردن از پسران، شرکت در فعالیتهای دسته جمعی و به عهده گرفتن مسئولیتهای، استقلال مالی، افزایش مکالمات تلفنی، گردش و تفریح، سینما رفتن، میل به بحث و جدل)، مسائل و مشکلات دوران بلوغ (شامل افسردگی، وسواس، گوشه گیری، مخفی کاری، بی قراری، تحریک پذیری و گریه های مداوم، خیره سری و خودرایی، عدم اطمینان

به والدین و اعضای خانواده، افکار خودکشی، اختلال در خواب، با خود صحبت کردن، نداشتن احساس امنیت و اعتماد به نفس، تبلی و سستی، اضطراب و آشفتگی در زمان امتحانات و جهت جلب توجه دیگران خود را به بیماری زدن) افزایش یافت، آزمونهای آماری نیز اختلاف معنی داری را بین دو گروه آزمون و شاهد نشان داد. بدین ترتیب که بعد از مداخلات آموزشی در گروه آزمون آگاهی دختران در مورد اضطراب و نگرانیهای دوران بلوغ از  $57$  درصد به  $96$  درصد، در مورد علائق نوجوانان در سنین بلوغ از  $66$  درصد به  $92$  درصد و آگاهی دختران در مورد مسائل و مشکلات دوران بلوغ از  $63$  درصد به  $96$  درصد افزایش یافت (جدول ۲).

نتایج مطالعه نشان داد قبل از آموزش  $70$  درصد دانش آموزان دارای عملکرد پائینی بودند در حالیکه بعد از مداخلات آموزشی به  $14$  درصد رسید.

در ابتدای مطالعه نمرات عملکرد دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی داری با هم نداشت اما بعد از مداخلات آموزشی میانگین نمرات عملکرد روانی دختران گروه همسال نوجوان افزایش یافت، آزمونهای آماری نیز اختلاف آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد به طوریکه  $62$  درصد گروه همسالان عملکرد روانی خوبی نسبت به تغییرات دوران بلوغ کسب کردند که این میزان در گروه شاهد  $6$  درصد بود.

نتایج نشان داد عملکرد روانی دختران در مورد کاهش عوامل اضطراب زا (فشارهای اضافی درس و مدرسه، ندانستن مسائل جنسی، ترس از شکست در زندگی و عدم هماهنگی تغییرات بلوغ با شرایط زندگی موجود)، واکنش والدین هنگام سرپیچی



می‌کنند در حالی که بعد از مداخلات آموزشی این رقم به ۸۸ درصد افزایش پیدا کرد. در ابتدای مطالعه، مادران هنگام تخلف دختران از تهدید کردن و کتک زدن استفاده می‌کردند که بعد از آموزش‌ها میزان تهدید کردن و کتک زدن دختران کاهش یافت. در ضمن محرومیت نوجوان از برخی چیزها و قهر کردن با آنها تقریباً ثابت باقی ماند.

از آنجا که نوجوانان دوست دارند برای کارها خودشان تصمیم بگیرند بنابراین مشارکت آنها در تصمیم‌گیری‌ها ضروری به نظر می‌رسد. بعد از مداخلات آموزشی دختران گزارش کردند تصمیم‌گیری والدین بدون در نظر گرفتن خواسته‌های آنها از ۲۶ درصد به ۲۰ درصد کاهش یافت، در صورتیکه مشورت کردن مادران با آنها و جویا شدن نظر آنها در تصمیم‌گیری‌ها از ۷۸ درصد به ۸۲ درصد افزایش یافت. و اینکه والدین برای دختران تصمیم بگیرند و آنها طبق دلخواه خود عمل کنند از ۳۲ درصد به ۲۴ درصد کاهش یافت.

طبق گزارشات دختران از نحوه برخورد والدین بعد از بلوغ با آنها مشخص شد؛ مشاوره و راهنمایی کردن دختران از ۲۴ درصد به ۵۲ درصد افزایش یافت البته توجه زیاد نیز از ۳۰ درصد به ۳۸ درصد افزایش نشان داد در صورتیکه تندخویی (۸ درصد به ۲ درصد) و ملامت، بی‌توجهی و امر و نهی (۳۶ درصد به ۸ درصد) کاهش یافت. بعد از آموزش‌ها عکس‌العمل دختران نسبت به برخورد والدین در قبول نظرات آنها به ۸۴ درصد افزایش یافت و رد نظرات آنها به ۶ درصد کاهش یافت. قهر کردن به ۶ درصد و فکر فرار از منزل به صفر رسید (جدول ۴).

دختران از دستورات آنها (قهر کردن با نوجوان، محرومیت نوجوان از برخی چیزها، تهدید، کتک، نصیحت کردن نوجوان)، نحوه تصمیم‌گیری والدین (والدین بدون در نظر گرفتن خواسته‌های شما تصمیم‌گیری می‌کنند، والدین با شما مشورت می‌کنند و نظر شما را هم جویا می‌شوند، والدین برای شما تصمیم می‌گیرند و شما طبق دلخواه خود عمل می‌کنید)، برخورد والدین بعد بلوغ (توجه زیاد، مشاوره و راهنمایی، تند خوئی، ملامت، بی‌توجهی، امر و نهی، تغییری نکرده است) و عکس‌العمل دختران به برخورد والدین (قبول نظرات والدین، رد نظرات والدین، قهر کردن، فکر فرار از منزل)، افزایش یافت، آزمونهای آماری اختلاف معنی داری را در برخورد مناسب والدین بعد بلوغ و عکس‌العمل مثبت دختران به برخورد والدین بین دو گروه آزمون و شاهد نشان داد (جدول ۴). قابل ذکر است آزمون آماری تی زوج‌ها اختلاف آماری معنی داری را بین نمرات آگاهی گروه آزمون در قبل و بعد از آزمون و همچنین نمرات عملکرد نشان داد.

بدین ترتیب که بعد از مداخلات آموزشی، عواملی که باعث اضطراب دختران می‌شد، کاهش یافت؛ به طوریکه فشارهای اضافی درس و مدرسه از ۲۶ درصد به ۸ درصد، اضطراب ناشی از ندانستن در مورد مسائل جنسی از ۷۸ درصد به ۵۰ درصد، ترس از شکست در زندگی از ۵۲ درصد به ۱۸ درصد و عدم هماهنگی تغییرات بلوغ با شرایط زندگی موجود از ۶۴ درصد به ۲۰ درصد کاهش یافتند.

قبل از آموزش، دختران گزارش دادند هنگام سرپیچی از دستورات والدین فقط ۲۲ درصد مادران، آنها را نصیحت



جدول ۳: توزیع فراوانی آگاهی دختران در مورد سلامت روانی بلوغ بعد از مداخلات آموزشی در دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات	گروه آزمون		گروه شاهد		نتیجه آزمون
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
اضطراب و نگرانیهای دوران بلوغ	۴۸	۹۶	۳۱	۶۲	$X^2=17/42$ $P<0/001$
علائق نوجوانان در دوران بلوغ	۴۶	۹۲	۳۴	۶۸	$X^2=9/00$ $P=0/03$
مسائل و مشکلات دوران بلوغ	۴۸	۹۶	۳۳	۶۶	$X^2=14/62$ $P<0/001$
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	$X^2=62/2$ $P<0/001$

جدول ۴: توزیع فراوانی عملکرد دختران در مورد بلوغ روانی نوجوانان بعد از مداخلات آموزشی در دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات	گروه آزمون		گروه شاهد		نتیجه آزمون
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
کاهش عوامل اضطراب زا	۳۸	۷۶	۳۰	۶۰	$X^2=2/94$ $P=0/06$
واکنش مثبت والدین هنگام سرپیچی دختران از دستوراتشان	۳۵	۷۰	۳۲	۶۴	$X^2=0/4$ $P=0/33$
شرکت دختران در تصمیم گیری	۴۱	۸۲	۳۶	۷۲	$X^2=1/41$ $P=0/17$
برخورد مناسب والدین بعد بلوغ	۱۷	۳۴	۴	۸	$X^2=10/18$ $P=0/01$
عکس العمل مناسب دختران به برخورد والدین	۴۲	۸۴	۲۳	۴۶	$X^2=15/86$ $P<0/001$
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	$X^2=40/1$ $P<0/001$

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از نیازسنجی انجام شده در ابتدای این پژوهش حاکی از آن است که عواملی مانند ترس از لاغری یا چاقی، ترس از تنها شدن و از دست دادن دوستان، ارتباط با جنس مخالف، آرایش کردن، مکالمات تلفنی با دوستان و یا جنس مخالف، ازدواج، مد و لباس، ندانستن مسایل جنسی، بی احترامی والدین به آنها و حجب و حیا و شرم که با پیدایش علائم جسمی بلوغ ظاهر می شوند سبب نگرانیهای دختران شده است. مهمترین ویژگیهای روانی سالهای اولیه نوجوانی عبارتند از: رشد ذهنی فکری و تحصیلی، رشد هیجانی و عاطفی، خشم، ناسازگاری، پرخاشگری و استقلال طلبی می باشد. از مهمترین

با تحلیل یافته‌ها در این مطالعه کارآیی رویکرد گروه همسالان در سلامت بلوغ دختران کاملاً آشکار شد. موثر بودن رویکرد آموزشی گروه همسالان بر آن تئوری استوار است که اطلاعات حساس، راحت‌ترین افراد همسن و سال مطرح می‌شود. شناخت خوب همسالان از محیط اجتماعی- فرهنگی گروه هدف، بهبود هنجارهای اجتماعی و ارزشهای حمایت کننده نگرش‌های مثبت و رفتارهای بهداشتی، و درگیر شدن نوجوانان در طراحی طرح‌های مربوط به خودشان از مزایای رویکرد گروه همسالان شمرده شده است (۱۹).





در باورهای بهداشتی زنان بوجود آمده و آگاهی آنها در مورد خودآزمایی پستان بالا رفته است. ۲۰/۴ درصد از زنان ماموگرافی را انجام دادند و ۸ درصد در آنها سرطان پستان تشخیص داده شد (۲۳). همچنین نتایج مداخلات آموزشی جهت پیشگیری از ایدز بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستانی در یک کشور عربی (۲۰۰۹) حاکی از آن است که آگاهی افراد از ۶۵ درصد به ۸۲ درصد افزایش یافته و نگرش آنها از ۵۱ درصد به ۶۴ درصد بهبود یافته است (۲۴).

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد عوامل اضطراب‌زای دختران نوجوان مانند فشارهای اضافی درس و مدرسه، اضطراب ناشی از ندانستن در مورد مسائل جنسی، ترس از شکست در زندگی و عدم هماهنگی تغییرات بلوغ با شرایط زندگی موجود کاهش یافت. همچنین ارتباط میان دختران و مادران بهبود یافت به طوری که دختران گزارش کردند بعد از مداخلات آموزشی ۸۸ درصد مادران هنگام سرپیچی دختران از دستوراتشان، آنها را نصیحت می‌کنند و میزان تهدید و کتک زدن دختران کاهش یافت.

براساس نتایج مطالعه میانگین امتیازات عملکرد روانی دختران بعد از اجرای برنامه مداخلات آموزشی مبتنی بر رویکرد گروه همسالان افزایش پیدا کرد که بیانگر تاثیر مثبت برنامه آموزشی بر ارتقای سطح عملکرد می‌باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی مشابه همخوانی دارد، به عنوان مثال در تحقیقی جهت مشخص شدن این که آیا آموزش گروه همسالان بهترین رویکرد برای پیشگیری از بیماری ایدز است؟ نتایج نشان داد بعد از آموزشها برای دو گروه بهبودی قابل توجهی در آگاهی و

دلایلی که ممکن است باعث نگرانی، ترس و وحشت دختران نوجوان شوند اضطراب و نگرانی نسبت به پیدایش علائم بلوغ، ترس از شکست در امر تحصیل، ترس از بروز بیماریهای مختلف، ترس از لاغری یا چاقی، ترس از تنها شدن و از دست دادن دوستان می‌باشد (۲۰).

رشد جسمی و پیشرفت تحصیلی نوجوانان وقتی ثمر بخش خواهد بود که به مسائل روحی و روانی آنان نیز توجه کافی مبذول گردد (۲۱). در مطالعه‌ای مشخص شد ۶۶ درصد دانش آموزان معتقد بودند مشکلات خانوادگی و فشارهای روانی در بروز بیماریهای اعصاب و روان نقش دارند (۲۲).

در این پژوهش مشخص شد قبل از آموزش ۸۰ درصد دانش آموزان دارای آگاهی پائینی بودند در حالیکه بعد مداخلات آموزشی فقط ۲ درصد دارای آگاهی پائین بودند. نتایج مطالعه- دیگری نیز نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۳.۶٪) نسبت به حالات روانی دوران نوجوانی از آگاهی متوسطی برخوردار بودند (۳۳) در مطالعه حاضر ۸۶ درصد گروه همسال آگاهی بالایی کسب کردند در حالیکه ۱۰ درصد دختران گروه شاهد دارای آگاهی خوبی بودند. همچنین قبل از آموزش ۷۰ درصد دانش آموزان دارای عملکرد پائینی بودند در حالیکه بعد مداخلات آموزشی ۱۴ درصد دارای عملکرد پائین بودند. ۶۲ درصد گروهی که با رویکرد همسالان آموزش دیدند عملکرد روانی خوبی نسبت به تغییرات دوران بلوغ کسب کردند این میزان در گروه شاهد ۶ درصد بود. نتایج مطالعه دیگری جهت بررسی تاثیر گروه همسالان بر غربالگری سرطان پستان و اعتقادات بهداشتی در ترکیه (۲۰۱۰) نشان داد که تغییرات مثبتی



ارتقاء معنی داری در مهارت خود بسندگی در دانش آموزان گردیده است (۲۷). در چند مطالعه دیگر نیز این دو روش تفاوت معنادار با هم نداشتند (۲۸، ۲۹). البته می توان گفت شیوه های آموزشی و انتخاب صحیح گروه های همسال بر افزایش میانگین نمرات موثر خواهد بود.

مقایسه میانگین امتیازات رفتارهای دختران گروه همسال قبل و بعد از مداخله نشان می دهد این رفتارها به میزان ۴۵/۴۱ درصد افزایش پیدا کرده است. همچنین در مطالعاتی با هدف مقایسه دو رویکرد آموزشی گروه همسالان و معلم محور نتایج نشان دهنده آن بود برنامه های گروه همسالان مقبولیت بیشتری برای دانش آموزان دارد. دانش آموزان دختر بارداری های کمتری داشتند و موارد سقط و یا بارداری ها را به مراکز ارائه خدمات بهداشت جنسی گزارش می کردند (۳۰-۳۱). در مطالعات دیگر نیز موثر بودن آموزش با رویکرد گروه همسالان را بر بهبود رفتارهای بهداشتی به خصوص بهداشت جنسی تایید شده است (۳۲-۳۳).

بنابراین می توان گفت با استفاده از شیوه های آموزشی فعال در آموزش مسائل مربوط به بلوغ میانگین نمرات عملکرد دختران افزایش یافت، عوامل اضطراب زای دوران بلوغ به نحوی کاهش یافتند و ارتباط میان دختران و مادران بهبود یابد. به عبارتی مشارکت فعال افراد درگیر موجب افزایش سلامت روانی نوجوانان خواهد شد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه با عنوان "ارزشیابی تاثیر شیوه های آموزشی مبتنی بر مدل آلبانیایی ارتقاء سلامت بر بهداشت بلوغ دختران مقطع راهنمایی منطقه ۶ شهر تهران" با شماره ۱۴۸ پ

نگرش و مهارت های افراد در پیشگیری از ایدز مشاهده شده است. اما در گروه همسالان ۶/۷ درصد بهبودی بیشتر در آگاهی افراد در مقایسه با گروه دیگر مشاهده شد (۲۵) و یا یافته های مطالعه ای جهت مقایسه تاثیر دو روش آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد دختران دبیرستانی شهر بندرعباس در زمینه بهداشت قاعدگی (۱۳۸۷) حاکی از افزایش معنی دار میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان مورد مطالعه در هر دو گروه بود. تاثیر آموزش از طریق همسالان از روش دیگر بیشتر بود که باعث افزایش سطح آگاهی و نگرش دانش آموزان شد اما در هر دو روش علیرغم افزایش معنی دار میانگین نمرات عملکرد، تغییری در سطح عملکرد مشاهده نشد و آموزش از طریق جزوه فقط در افزایش سطح آگاهی دانش آموزان مؤثر بود (۲۶).

در مطالعه ای جهت مقایسه تاثیر گروه همسالان و گروه بزرگسالان پیرامون پیشگیری از ایدز بر آگاهی، نگرش و خود بسندگی دانش آموزان دختر، نتایج بیانگر آن بود که نمره آگاهی در هر دو گروه بعد از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافته است ولی هیچ اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله همسالان و بزرگسالان دیده نشد. به نظر می رسد گروه همسالان بیشتر بر اساس نیازهای اطلاعاتی همسالان مثل نحوه انتقال اطلاعات را منتقل کرده بودند، در حالیکه گروه بزرگسالان، اطلاعات دیگری مانند نحوه درمان و واکسیناسیون را بیشتر منتقل کرده بودند. نگرش دانش آموزان نسبت به طرد بیماران مبتلا به ایدز در هر دو گروه به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل بهبود یافته بود. همچنین تنها گروه بزرگسالان باعث



می باشد. که از همکاری مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ایران به مدارس مورد پژوهش و مادرانی که بدون یاری آنها اجرای این ویژه دانشکده بهداشت، آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر تهران، تحقیق مقذور نبود، قدردانی می نمایم.

## References

- 1- Alford S, Feijoo A. Guide to Implementing TAP (Teens for AIDS Prevention): A Peer Education Program to Prevent HIV and STI. 2<sup>nd</sup> ed. Washington DC: Advocates for Youth 2002: 7-17.
- 2- Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, et all. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: A systematic review and meta-analysis. AIDS Educ Prev 2009; 21(3): 181-206.
- 3- Cai Y, Hong H, Shi R, et al. Long-term follow-up study on peer-led school-based HIV/AIDS prevention among youths in Shanghai: Int J STD AIDS 2008; 19 (12): 848-50.
- 4- Moore L. Peer helpers helping themselves: A study of some of the most significant benefits of being a peer helper. Diss Abst Int 1994; 912: 55-04
- 5- McKenzie J, Pinger R, Kotecki J. An introduction to community health. Boston Jones and Bartlett 2005:215.
- 6- Thies K, Travers J. Handbook of human development for health care professionals. Boston: Boston Jones and Bartlett 2005:part2, 19-32.
- 7- Mahale R. Changing trends in obstetrics and gynecology. New Dehly Jaypee 2004: 1-10.
- 8- SahebZamani N. disorganized spirit .2nd ed. Tehran; Atai. 1942:120.200.
- 9- Management-organization-and-planning-of-Iran. Dargah Melli Amar: general numbration of population and house. Available from :www.cdc.gov/mmwr.
- 10- Saibaba A, MohanRam M, RamanaRao G. Nutritional status of adolescent girls of urban slums and the impact of ICE on their nutritional knowledge and practices. Indian journal of community Medicine 2002; 27 (4):151-6.
11. Ghahremani L. Impact of pubertal education on healthy behaviors of girls, Middle-school Chababar. [MA Thesis]. Tehran Tarbiat Modarres university of Medicine Science. 2004.
- 12- Hoseini M, Ranai K, Hoseizadeh S. Health family nursing .Tehran:Boshra. 2007.
- 13- Irinoye OO, Ogungbemi A, Ojo AO. Menstruation: Knowledge, attitude and practice of students in Nigeria. Niger Journal Med 2003; 12 (1): 5.



- 14- Jalili Z, Mohammad Alizadeh S, Atta olahi S. Impact of health education on the knowledge and practice of grade guidance school girls of Shahrbabak in relation to menstruation health in 2003. *Strises in Development of Medical Education, Journal of Medical Education Development Center of Kerman University of Medical Sciences* 2004; 1(1): 41-47. [Persian].
- 15- Abdollahi 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;43(14):56-63.
- 16- Kialashki A. A survey of puberty disorders after menark among girls pubils in Babol. [MA Thesis]. Tehran Iran University of Medical Science and health services. 2000.
- 17- Kosroshahi MS. New educational methods in Europe. Available from: <http://www.linkestan.com/News/ARTICLEview.asp>
- 18- Micucci J. *The Adolescent in Family Therapy*. New York: Guilford Co 1998:56.
- 19- Miller Surtkerland, Hunter J, Rotheram-Borus Jane. *Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions*. New York: HIV Center for Clinical and Behavioural studies 2002:35.
- 20- Fontenel D, Hajizade M, Gheitasi A. *Keys to teenage behavior* 10 ed. Tehran: SaberIn 2006:40-100.
- 21- Jouriles E, Barling J, Leary K. Predicting child behavior problems in martially violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1987; 15(1) 165-173.
- 22- Safa M, Farhadi A, Khordebin B. pupils Attitude about mental disorders in Koramshahr Yafteh: 5 (16): 51-6.
- 23- Gozam S, Karayurt O, Plalin N. Effectiveness of Peer Education for Breast Cancer Screening and Health Beliefs in Eastern Turkey. *Cancer Nursing* 2010; 33 (3): 213-220.
- 24- Barss Peter , Bernsen Roos, Al-Awadhi Fatheyah, et all. Effects of a Rapid Peer-Based HIV/AIDS Educational Intervention on Knowledge and Attitudes of High School Students in a High-Income Arab Country. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 52(1):86-98.
- 25- Piero B, Chiara M, Patrizia S, et all. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Adolescent Health* 2005; 36: 508-16.
- 26- Dabiri Fatemeh, Abidini Sedighe, Shahi Arefe, et all. Comparative effective two educational methods on knowledge, attitude and practice about menstruation health. *Journal of Medical Hormozgan* 2008; 12 (4): 271-279.



- 27 - Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-03. *Medical Journal of Reproduction & Infertility* 2004; 5(1): 77-91. (Persian)
- 28 - Speizer IS, Tambashe BO, Tegang SP. An evaluation of the "Entre Nous Jeunes" peer-educator program for adolescents in Cameroon. *Stud Fam Plann* 2001; 32(4): 339-51.
- 29 - Mellanby AR, Newcombe RG, Rees J, et al. A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Educ Res* 2001; 16(4): 481-92.
- 30- Stephenson JM, Strange V, Forrest S, et al. Pupil-led sex education in England (RIPPLE): Cluster-randomized intervention trial 2004; 364 (9437): 338-346.
- 31- Li S, Huang H, Cai Y, et al. Evaluation of a school-based HIV/ AIDS peer-led prevention program: the first intervention trial for children of migrant workers in China. *Int J STD AIDS* 2010;21(2):82-6.
- 32- Huang H, Ye X, Cai Y, et al. Study on peer-led school-based HIV/ AIDS prevention among youths in a medium-sized city in China. *Int J STD AIDS* 2008; 19 (5): 342-6.
- 33- Luchters S, Chersich MF, Rinyiru A, et al. Impact of five years of peer-mediated interventions on sexual behavior and sexually transmitted infections among female sex workers in Mombasa, Kenya. *BMC Public Health* 2008; 29(8):143.



## Impact Peer Education Approach on Knowledge and Practice about Mental Health of Adolescent Girls

Taghdisi MH\*(Ph.D) Noori Sistani M\*\*(Ms.c) Merghati Khoi E\*\*\* (Ph.D) Hoseini F\*\*\*\* (Ms.c) Asgharnejad Farid \*\*\*\*\*AA(Ph.D)

\*Associate Professor, Department of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*Corresponding Author: Master of Science, Department of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

\*\*\* Assistant Professor, Department of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*\*\*\* Master of Sciences, Department of Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*\*\*\*\* Assistant Professor, Department of Psychiatric Institute, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Background:** Puberty is one of the most important periods of life in which very deep physiological, physical, and psychological changes occur and the mental and physical discipline of adolescents are disturbed. In mental health, recognition of these developments is important especially in the changes of adolescent's behavior. Communication with friends and peers are an important factor in shaping attitudes, ideas, feelings, wishes and general character of teenagers. Peer education approach is applied to increase knowledge, beliefs and behaviors in individual and group levels or other social levels. Programs tailored to the needs of teenagers and new methods like peer education approach can prevent many of the problems. This study has examined the impact of peer education approach on mental health in adolescent girls.

**Methods:** This experimental study was carried out on 100 pupils who were randomly divided into two (n=50) groups. The intervention was carried out using a peer approach. After a month and a half, the subjects' knowledge and performance were compared through pre-test and posttest. A self-prepared questionnaire was employed for data collection. Statistical analyses (paired t-test, Chi-square and independent samples t-test.) were applied for data analysis.

**Results:** knowledge ( $27.33 \pm 3.44$  to  $63.6 \pm 2.72$ ) and practice ( $47.73 \pm 4.29$  to  $88.53 \pm 2.63$ ) mean scores significantly increased in intervention group ( $p < 0.001$ ) but did not change in the control group.

**Conclusion:** Regular training program design is necessary based on community participation such as peer education approach, especially in the schools to promote mental health.

**Keywords:** Mental Health, Peer education, Puberty, Girl.