بررسی میزان تاثیر بکارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده‌ی بهداشت دوران بلوغ در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان اردکان

نویسندگان:سید سعید مظلومی محمود آباد[۱]سعیده نوروزی[۲]علی نوروزی[۳] اقدس حاجی زاده[۴] اعظم زارع[۵]

۱.استاد مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲.نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد Email: norouzi62@yahoo.com تلفن تماس:۰۹۱۲۵۴۲۷۶۹۱

۳.کارشناس ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴.دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۵.کارشناس بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

طلوع بهداشت

فصلنامهٔ علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: اول

بهار ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۳۸

تاریخ وصول: ۹۰/۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲۲

چکیده

مقدمه: بلوغ فرایند رشدی مهم و مرحله ای از زندگی می باشد. دختران نیازهای مراقبتی بهداشتی متعددی دارند و باید در مورد موضوعات خاص خودشان مورد توجه قرار گیرند. بهداشت بلوغ منجر به حفظ و ارتقاء سلامت روانی، جسمی و عاطفی فرد می شود. این مطالعه با هدف بررسی بکارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده ی بهداشت بلوغ در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان اردکان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی تصادفی از نوع مداخله ای و غیر مداخله ای انجام پذیرفت. جامعه مورد بررسی، دانش آموزان مقطع اول متوسطه شهرستان اردکان و نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای بود. تعداد نمونه با توجه به نتایج مطالعات مشابه ۱۲۰ نفر تخمین زده شد. داده ها به وسیله پرسشنامه پیش ساخته جمع آوری گردید برای اندازه گیری اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و پایایی از طریق آزمون مجدد استفاده شد و داده ها توسط نرم افزارSPSS و با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی، تی زوجی، تی مستقل، کای اسکوئر، ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: بعد از مداخله، میانگین نمره آگاهی، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار در گروه مداخله و غیر مداخله تفاوت معنی دار آماری داشت، ولی در میانگین نمره راهنمای عمل، اختلاف معنی دار مشاهده نشد. بین میانگین نمره آگاهی، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه شاهد اختلاف معنی دار آماری وجود داشت(p=۰/۰۰)، اما بین میانگین نمره حساسیت درک شده، راهنمایی برای عمل، اختلاف معنی دار مشاهده نشد. همچنین بین میانگین نمره آگاهی، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد اختلاف معنی دار آماری مشاهده شد(p=۰/۰۰).

بحث و نتیجه گیری: یافته های این بررسی تاثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده در دختران سنین بلوغ، درباره بهداشت این دوران راتایید می کند.

واژه های کلیدی: بهداشت دوران بلوغ، الگوی اعتقاد بهداشتی، اردکان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

بلوغ یکی از ابعاد مهم دوران نوجوانی است که اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر موفق فرد به دوران بزرگسالی و باروری می گردد. بسیاری از عادات و رفتار های بهداشتی نیز در این مرحله از زندگی شکل می گیرد و تاثیر مهمی بر رفتارهای بهداشتی در بزرگسالی خواهد داشت(۱). بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت هایی است که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت روانی، جسمی و عاطفی فرد در این دوران و دوران های دیگر می شود(۲). سلامت دختران در این دوران در مقایسه با پسران از اهمیت ویژه ای برخوردار است ویژگی های بلوغ دختران و شرایط خاص جسمی و روانی این دوران و نیازهای مربوطه و از همه مهم تر نقش اساسی دختران در باروری و تولیدمثل بر تمامی دوران زندگی آنان تاثیر بسزایی دارد(۳). مهم ترین تغییر و تحول این دوران که از اهمیت خاصی برخوردار است و به عنوان نقطه عطف زندگی نوجوان از آن یاد می گردد بلوغ نامیده می شود(۴). در جامعه ما نیز به دلیل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی اکثر نوجوانان به خصوص دختران از اطلاعات صحیح و مناسب در ارتباط با تغییرات جسمی و روانی دوران بلوغ محروم می باشند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع نا آگاه و غیر موثق در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جسمی و روانی می شوند(۵). براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ نوجوانان حدود ۱۷ میلیون نفر از جمعیت کشورمان را تشکیل می دهند، افزایش روز افزون جمعیت جوان کشور و نیز اختصاص میزان بالایی از آن به دختران بیانگر اهمیت توجه به آنان در برنامه های بهداشتی است که البته می بایست توجه داشت که در عمل این برنامه بیشتر زنان در سنین باروری و تولید مثل را تحت پوشش قرار داده و به نیاز های دختران اهمیت چندانی داده نمی شود(۶). دختران نوجوان مانند حلقه فراموش شده ای در سیستم خدمات بهداشتی کشور روبه فراموشی سپرده شده اند(۴). از این رو سرمایه گذاری در امور مربوط به دختران را باید نوعی سرمایه گذاری در توسعه ملی به شمار آورد. اهمیت توجه به دوران بلوغ دختران از آن جهت است که اگر دقت و نظارت لازم صورت نگیرد ممکن است این دختران در آینده مادرانی شوند که از سلامت، آگاهی و اعتماد به نفس به حد کافی برخوردار نباشند و خود فرزندانی نا آگاه تحویل جامعه دهند(۷). بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت نوجوانی بین ده تا نوزده سال را شامل می شود(۶). بلوغ دوره گذر و انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است(۸). سن متوسط بلوغ در دختران ۱۸-۸ سال است(۶). عواملی نظیر وضعیت تغذیه ای، سلامت عمومی، محل جغرافیایی زندگی، وضعیت روحی و روانی و بعضی از بیماری ها در زمان شروع بلوغ تاثیر دارد(۸). نسبت به چند دهه قبل سن بلوغ قدری کاهش یافته است که تصور می شود به دلیل بهبود وضعیت تغذیه و شرایط زندگی سالم تر باشد(۶). آموزش بهداشت دوران بلوغ به دلیل شرایط خاص و بحران های روحی دوران بلوغ، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال این تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری آنها، همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی صلاحیت در مورد بهداشت باروری در این مقطع سنی ضروری به نظر می رسد(۹). یکی ازمدل های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی است این مدل بر این تاکید دارد که چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

می کند و سبب ایجاد رفتار در او می شود. به طور کلی این مدل روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می شود(۱۱, ۱۰). مطالعه ای در زمینه نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنانی پیرامون بهداشت بلوغ انجام شده، نتایج حاکی از این می باشد که اطلاعات دختران در مورد بهداشت بلوغ ناچیز و با باورها و تصورات نادرست همراه است(۱۲). مطالعه ای که در مصر انجام شد نشان داد که نیمی از زنان بر این باور بودند حمام کردن در دوران عادت ماهیانه باعث ناخوشی هایی از قبیل افزایش طول مدت عادت ماهیانه، قطع خونریزی و وارفتگی پوست می شود(۱۴, ۱۳). در مطالعه دیگری که در زمینه دانش، نگرش و پیامدهای بهداشت عادت ماهیانه انجام شد نشان داد که تصورات منفی در مورد عادت ماهیانه با انجام ندادن فعالیتها ارتباط معنی داری داشت همچنین با میزان بالای غیبت از مدرسه ارتباط داشت(۱۵). بررسی مروری مطالعات انجام شده روی نوجوانان نشان داد که نوجوانان و مادران آنها اعتقاد دارند در این دوران باید از خوردن غذاهای خیلی داغ و خیلی سرد اجتناب کرد و این در حالی است که بیشتر این غذاها غنی از آهن هستند(۱۷, ۱۶). مطالعات زیادی جهت بهداشت بلوغ انجام شده است اما همه به روش سنتی عمل کرده اند و پویایی در شیوه های آموزشی به چشم نمی خورد، و تقریبا هیچ مطالعه ای کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده ی بهداشت بلوغ در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه، بررسی نکرده اند. همچنین تاکنون چنین مطالعه ای در شهرستان اردکان استان یزد، انجام نشده است، بنابراین ما بر آن شدیم که این مطالعه را با هدف بررسی بکارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده ی بهداشت بلوغ در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان اردکان انجام دهیم. انجام این مطالعه فقط در دانش آموزان اول دبیرستان از محدودیت های این مطالعه می باشد. و بهتر است که در دانش آموزان مقطع راهنمایی هم انجام گیرد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه مورد بررسی، دانش آموزان مقطع اول متوسطه شهرستان اردکان بودند. نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای بود، که از بین ۱۲ مدرسه مقطع متوسطه شهرستان اردکان، ۲ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس با ارائه معرفی نامه و رعایت تمامی ملاحظات به مدارس مراجعه شد، در یکی از این مدارس ۶۰ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب و در گروه مداخله قرار گرفت، و در مدرسه ی دیگر ۶۰ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب و در گروه غیر مداخله قرار گرفت، شرایط ورود به مطالعه رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. تعداد نمونه با توجه به نتایج مطالعات مشابه ۱۲۰ نفر تخمین زده شد.

داده ها به وسیله پرسشنامه از پیش طراحی شده که از قسمت های زیر تشکیل شده بود، جمع آوری شد؛ ۱- اطلاعات دموگرافیک (تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر) ۲- سوالات آگاهی(۱۳سوال)، در صورت پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می گرفت، ۳- سوالات مربوط به حساسیت درک شده (۱۰سوال) که با معیار موافقم، نظری ندارم و مخالفم سنجیده می شد و اگر سوال مثبت بود، در صورت پاسخ موافقم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۱ و مخالفم نمره

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

صفر می گرفت، شدت درک شده(۱۰ سوال)، منافع درک شده (۱۰سوال)، موانع درک شده (۱۰سوال)، خودکار آمدی(۹سوال)، راهنمای عمل(۷سوال) با توجه به اینکه نمره گذاری این سازه ها مانند حساسیت درک شده بود.

۴- سوالات رفتار(۱۰سوال) با معیار همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز سنجیده می شد، و در صورت انتخاب پاسخ همیشه نمره ۴، اکثر اوقات نمره ۳، گاهی اوقات نمره ۲، بندرت نمره ۱ و هرگز نمره صفر می گرفت. برای اندازه گیری اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و پایایی از طریق آزمون مجدد استفاده شد. به این صورت که، پرسشنامه ۲ بار با فاصله ۱۰ روز در اختیار دانش آموزانی غیر از گروه مورد و شاهد، قرار گرفت، آلفای کرونباخ محاسبه شد که بالای ۸۵٪ بود. اعتبار محتوی هم به این صورت سنجیده شد که پرسشنامه در اختیار ۶ متخصص آموزش بهداشت قرار گرفت، سپس نظرات آنها جمع آوری گردید و اصلاحات لازم در پرسشنامه انجام شد وجهت انجام پژوهش آماده شد.

قبل از مداخله آموزشی پرسشنامه در اختیار گروه مداخله و غیر مداخله قرار گرفت، بعد از تکمیل جمع آوری گردید و در محیط SPSS تجزیه و تحلیل شد سپس برای گروه مورد، ۵ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای کلاس های آموزشی بر گزار شد که در این کلاس ها از روش سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ استفاده شد، و در گروه شاهد هیچ مداخله ای انجام نگرفت و بعد از ۱ ماه دوباره همان پرسشنامه ها در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و بعد از تکمیل و جمع آوری، داده ها وارد محیط SPSS شد و تجزیه و تحلیل های آماری با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی، ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس، تی مستقل، تی زوج و آزمون کای دو انجام شد و با نتایج مرحله اول مقایسه شد.

یافته ها

طبق یافته های این پژوهش، تحصیلات پدر ۳۷/۵٪ از دانش آموزان، دیپلم و بالاتر و ۲/۵٪ بیسواد بودند. تحصیلات مادر ۳۴/۲٪ از دانش آموزان، ابتدائی و ۳/۳٪ بیسواد بودند.۹۰٪ از مادران، خانه دار و ۰/۸٪ کارگر بودند. ۶۱/۷٪ از پدران، شغل آزاد و ۰/۸٪ بیکار بودند. جدول یک میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و آگاهی را در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله نشان می دهد. جدول دو میانگین نمرات آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار را در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله مقایسه می کند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار، قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و مورد

	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی درک شده	راهنما برای عمل	رفتار
قبل از مداخله گروه شاهد	۵/۷۸±۲/۵۸	۱۲/۶۱±۳/۲۸	۱۳/۴۵±۲/۹۳	۱۴/۸۵±۳/۴۷	۱۳/۶۳±۳/۸۵	۱۱/۰۰±۳/۴۴	۶/۰۳±۳/۴۵	۲۵/۶۵±۶/۰۴
بعد از مداخله گروه شاهد	۵/۴۰±۲/۵۵	۱۲/۳۶±۳/۱۹	۱۲/۹۶±۲/۷۵	۱۴/۲۵±۳/۵۹	۱۲/۸۴±۳/۶۳	۱۰/۵۳±۲/۹۳	۶/۰۱±۳/۴۷	۲۴/۲۱±۵/۵۲
قبل از مداخله گروه مورد	۵/۹۵±۲/۳۳	۱۳/۹۸±۲/۳۱	۱۳/۹۰±۲/۱۹	۱۵/۵۸±۲/۶۹	۱۳/۱۰±۵/۰۱	۱۰/۹۰±۳/۲۷	۴/۹۳±۳/۷۷	۲۷/۰۳±۵/۴۰
بعد از مداخله گروه مورد	۱۲/۱۵±۱/۴۷	۱۸/۸۰±۱/۴۳	۱۸/۶۰±۱/۵۵	۱۸/۹۶±۱/۵۶	۱۵/۲۳±۳/۱۷	۱۶/۸۶±۱/۴۰	۶/۵۳±۳/۰۲	۳۶/۴۵±۲/۴۸

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

	μ ±SD نمره آگاهی	μ± SD نمره حساسیت درک شده	μ ±SD نمره شدت درک شده	μ ±SD نمره منافع درک شده	μ ±SD نمره موانع درک شده	μ ±SD نمره خودکارآمدی درک شده	μ ± SD نمره راهنما برای عمل	μ ± SD نمره رفتار
شاهد قبل از مداخله	۵/۷۸±۲/۵۸	۱۲/۶۱±۳/۲۸	۱۳/۴۵±۲/۹۳	۱۴/۸۵±۳/۴۷	۱۳/۶۳±۳/۸۵	۱۱/۰۰±۳/۴۴	۶/۰۳±۳/۴۵	۲۵/۶۵±۶/۰۴
مورد قبل از مداخله	۵/۹۵±۲/۳۳	۱۳/۹۸±۲/۳۱	۱۳/۹۰±۲/۱۹	۱۵/۵۸±۲/۶۹	۱۳/۱۰±۵/۰۱	۱۰/۹۰±۳/۲۷	۴/۹۳±۳/۷۷	۲۷/۰۳±۵/۴۰
P	۰/۷۱	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۱	۰/۵۱	۰/۷۸	۰/۰۹	۰/۱۸
Tمستقل قبل از مداخله								
شاهد بعد از مداخله	۵/۴۰ ± ۲/۵۵	۱۲/۳۶±۳/۱۹	۲/۷۵±۱۲/۹۶	۱۴/۲۵±۳/۵۹	۱۲/۸۴±۳/۶۳	۱۰/۵۳±۲/۹۳	۶/۰۱±۳/۴۷	۲۴/۲۱±۵/۵۲
مورد بعد از مداخله	۱۲/۱۵±۱/۴۷	۱۸/۸۰±۱/۴۳	۱۸/۶۰±۱/۵۵	۱۸/۹۶±۱/۵۶	۱۵/۲۳±۳/۱۷	۱۶/۸۶±۱/۴۰	۶/۵۳±۳/۰۲	۳۶/۴۵±۲/۴۸
P	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
Tمستقل بعد از مدخله								

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد

قبل و بعد از مداخله در گروه مورد	μ ± SD نمره آگاهی	μ ± SD نمره حساسیت درک شده	μ ± SD نمره شدت درک شده	μ± SD نمره منافع درک شده	μ ± SD نمره موانع درک شده	μ ± SD نمره خودکارآمدی درک شده	μ ± SD نمره راهنما برای عمل	μ ± SD نمره رفتار
قبل از مداخله	۵/۹۵±۲/۳	۱۳/۹۸±۲/۳۱	۱۳/۹۰±۲/۱۹	۱۵/۵۸±۲/۶۹	۱۳/۱۰±۵/۰۱	۱۰/۹۰±۳/۲۷	۴/۹۳±۳/۷۷	۲۷/۰۳±۵/۴۰
بعد از مداخله	۱۲/۱۵±۱/۴۷	۱۸/۸۰±۱/۴۳	۱۸/۶۰±۱/۵۵	۱۸/۹۶±۱/۵۶	۱۵/۱۶±۳/۱۶	۱۶/۸۶±۱/۴۰	۶/۵۳±۳/۰۲	۳۶/۴۵±۲/۴۸
P-VALUE	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
T زوجی								

آزمون تی زوجی نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی(p۰=/۰۱)، شدت درک شده(p=۰/۰۲)، منافع درک شده(p=۰/۰۱)، موانع درک شده(p=۰/۰۰)، خودکارآمدی درک شده (p=۰/۰۴) و رفتار(p=۰/۰۰) قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه شاهد اختلاف معنی دار آماری وجود داشت(p=۰/۰۰)، اما بین میانگین نمره حساسیت درک شده(p=۰/۲۴)، راهنما برای عمل(p=۰/۹۱)، اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. جدول شماره پنج میانگین نمرات آگاهی و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار را قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مقایسه می کند.

بر اساس جدول ضریب همبستگی اسپیرمن بین سطح تحصیلات پدر و مادر و میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، راهنمایی برای عمل و رفتار در گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از مداخله آموزشی، همبستگی معنی دار آماری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ وجود داشت. بر اساس آزمون آنالیز واریانس، بین شغل پدر و مادر و میانگین نمرات سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار، اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. آزمون کای-اسکوئر نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد در میانگین نمره آگاهی، شدت درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، راهنما برای عمل و رفتار اختلاف معنی دار آماری وجود ندارد ولی در میانگین نمره حساسیت درک شده و منافع درک شده اختلاف معنی دار آماری وجود داشت(۰/۰۰ و ۰/۰۴). همچنین همین آزمون نشان داد که بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد در میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، راهنما برای عمل و رفتار اختلاف معنی دار آماری در سطح ۰/۰۰ وجود داشت. ۹۰/۸ ٪ از دانش آموزان، موضوع عادت ماهیانه خود را اولین بار با مادر خود مطرح کردند. به نظر

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

۳۲/۵ ٪ از دانش آموزان، بهترین زمانی که لازم است اطلاعات نسبتا جامعی از بلوغ داشته باشند، اول راهنمایی و۲/۵ ٪ بعد از بلوغ بود. ۵۱/۷ ٪ از دانش آموزان مادر، ۲/۵ ٪ خواهر، ۲۲/۵ ٪ همکلاسی و دوستان، ۳۰/۸ ٪ معلم، ۳۲/۵ ٪کتاب درسی،۱۰/۸ ٪ فیلم های آموزشی، رادیو و تلویزیون، ۵/۸ ٪ مرکز بهداشتی را بعنوان منبع کسب اطلاعات مربوط به بلوغ انتخاب کرده بودند.۴۸/۳ ٪ از دانش آموزان اظهار داشتند که قبل از بلوغ از مسائل مربوط به بلوغ خاص دختران از جمله عادت ماهیانه آگاهی و شناخت داشتند،۰/۱۵ ٪ از دانش آموزان، اظهار داشتند که هیچ آگاهی نداشتند. ۰/۳۰ ٪ از دانش آموزان، این آگاهی و شناخت را از مادر،۵/۸ ٪ از خواهر بزرگتر، ۴۹/۲ ٪ از همکلاسی و دوستان، ۱۱/۷ ٪ از معلم،۴/۲ ٪ از کتب درسی، ۵/۸ ٪ از کتب متفرقه در زمینه بهداشت و ۰٪ از رسانه ها کسب کرده بودند.

بحث و نتیجه گیری

از نظر ارتقای سلامت خودمراقبتی زنان باید تقویت شود(۱۸). آموزش در مورد قاعدگی باید قبل از اولین عادت ماهیانه شروع شود تا دختران از لحاظ جسمی و روانی آماده شوند(۱۹). با توجه به کاربرد موثر الگوی اعتقاد بهداشتی در مطالعات گوناگون در این پژوهش برای اولین بار از الگوی اعتقاد بهداشتی جهت ارتقای بهداشت بلوغ جسمی دختران استفاده شد، که نتایج آزمون آماری موید تاثیر آن بر ارتقای بهداشت بلوغ جسمی آنها می باشد (جدول۵). مودی و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۸۵ نشان دادند که ارائه برنامه های آموزشی در دوران بلوغ در افزایش سطح آگاهی دختران جوان نقش ارزنده ای دارد و از آنجا که معمولا دختران جوان در این سن مشکلات دوران بلوغ خود را با والدین و اطرافیان در میان نمی گذارند، کلاس های آموزشی در مدارس، ضمن بالا بردن سطح آگاهی آنها، زمینه ارائه سوالات و حل مشکلات دوران بلوغ را در آنها نیز فراهم می آورد(۴, ۱۴). مالکی و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۸۹ نشان دادند که آموزش از طریق پرستار بهداشت، از آموزش از طریق مادران و معلمان موثرتر است و منجر به بهبود و ارتقای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان می شود(۳). نتایج عبداللهی و همکاران حاکی از آن بود که علی رغم تمایل اکثریت دختران نسبت به بلوغ، آگاهی و عملکرد آنان در مورد بلوغ و رعایت نکات بهداشتی، ضعیف بوده است و موثرترین و مطمئن ترین کانال انتقال اطلاعات در این زمینه مادران می باشند و نکته مهم دیگر آن که دانسته ها نباید محدود به مکانیسم های بلوغ و قاعدگی باشد بلکه باید به فهم عمیق تر نوجوانان از تغییر فیزیکی و روانی بلوغ و ارتباط آن با مسائل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج با توجه به تفاوت های فرهنگی-اجتماعی کمک کند(۵). نوری سیستانی و همکاران در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش با گروه همسالان دختر موجب افزایش میانگین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به موضوع بهداشت بلوغ خواهد شد، بنابراین توصیه می شود، آموزش های مربوط به سلامت بلوغ با استفاده از شیوه های فعال آموزشی و گروه های درگیر با موضوع صورت گیرد(۱۰)، با توجه به یافته ها، میانگین نمرات آگاهی، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار در گروه مورد بعد از مداخله آموزشی افزایش داشت. این نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرددختران درمورد بهداشت دوران بلوغ می باشد، و مطالعات دیگر نیز به نتایج یکسانی در این زمینه رسیده اند. در

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مطالعه ای که بر اساس تاثیر الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش رابطان بهداشت درباره آزمایش پاپ اسمیر در مراکز شهری شهرستان قزوین انجام شد(۲۰). همچنین مداخلات دیگری که در زمینه های، تبعیت از رژیم غذای دیابتی(۲۱) و پیشگیری از استئوپروز در زنان یائسه(۲۲) انجام گرفت، نتایج مشابهی بدست آمد. قهرمانی و همکاران در پژوهش خود در سال ۱۳۸۷ به این نتیجه رسیدند که آموزش بهداشت در افزایش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دختران نسبت به بهداشت بلوغ تاثیر چشمگیری دارد، از این رو آموزش بلوغ، جهت اصلاح رفتارهای بهداشتی دختران در دوران بلوغ، می بایست مورد تاکید قرار گیرد(۲). خاکبازان و همکاران در سال ۱۳۸۷ به این نتیجه رسیدند که هر دو روش آموزش(سخنرانی و بسته آموزشی) در ارتقای سطح آگاهی دانش آموزان موثر بوده اند، اما مقایسه میانگین تفاضل نمرات در دو گروه، حاکی از موثرتر بودن روش بسته آموزشی نسبت به سخنرانی بوده است(۱). آزمون تی مستقل نشان داد که بین گروه مورد و شاهد بعد از مداخله آموزشی در میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و رفتار تفاوت معنی داری مشاهده شد. آزمون تی زوج و کای اسکوئر نیز این نتایج را تایید کرد، یافته های این بررسی، تاثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده در دختران سنین بلوغ، درباره بهداشت دوران بلوغ، تایید می کنند. مطالعه ای با هدف تعیین تاثیر آموزش پیشگیری پوکی استخوان بر دریافت کلسیم انجام شد، آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری عمل منطقی صورت گرفت پس از مداخله آموزشی حساسیت درک شده پوکی استخوان، منافع درک شده مصرف کلسیم و خودکارآمدی در ارتباط با مصرف کلسیم افزایش یافت که از لحاظ آماری معنی دار بود اما در ارتباط با شدت درک شده پوکی استخوان و موانع دریافت کلسیم تغییر معنی داری مشاهده نشد(۲۳). مطالعه ای که توسط ذبیحی و همکاران انجام شد به این نتیجه رسیدند که آموزش بر روی میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان در رابطه با بهداشت بلوغ تاثیر مثبت داشته است از نظر آماری بین میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان در خصوص بهداشت بلوغ و متغیر های سن، محل سکونت، تحصیلات و شغل والدینشان ارتباط معنی دار وجود ندارد و فقط بین میزان آگاهی و رشته تحصیلی آنان ارتباط معنی داری وجود دارد همچنین آموزش مطالب بهداشتی دوران بلوغ تاثیر محسوسی در میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان داشته بنابر این اطلاعات صحیح در مورد بهداشت بلوغ باید از طریق منابع اطلاع رسانی مناسب به ویژه از طریق مادران آنها، مسئولین بهداشت مدارس و پرسنل مراکز بهداشتی_ درمانی به آنان منتقل شود(۷). مطالعه ای که توسط اخوان کرباسی و همکاران انجام شد نشان داد که آموزش چهره به چهره به همراه پمفلت بر نیازهای آموزشی و آگاهی جامعه مورد بررسی در رابطه با مشخصات دوران بلوغ، تغییرات رفتاری این دوره، مشاوره با پزشک در صورت نیاز، رژیم غذایی و پرهیز غذایی و ورزش، تاثیر مثبت داشته و از نظر آماری معنی دار بوده است در ضمن عملکرد آنها در بعضی موارد به صورت زیر بوده است: ۲۸/۲٪ دختران در دوره قاعدگی استحمام نکرده و ۱۱/۶٪ طهارت (شستشوی بعد از ادرار کردن) نمی گیرند. بررسی فوق نشان می دهد که آگاهی دانش آموزان دختر در مورد بلوغ

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

کافی نیست و عملکرد آنها در بعضی موارد بسیار نگران کننده است. آموزش دختران قبل از بلوغ جهت بالابردن آگاهی و کاهش اضطراب و عملکرد بهتر و ارتقا سلامت آنها لازم و مفید است(۱۲). اکثر دانش آموزان موضوع عادت ماهیانه خود را اولین بار با مادر خود مطرح کردند، ولی در مطالعه ای که توسط محمدی و همکاران انجام شد، نشان داد که، بیش از ۲۵٪ دختران تا قبل از وقوع قاعدگی از آن اطلاعاتی نداشتند، نزدیک به ۸۶٪ دختران دیسمنوره داشتند، ۳۶.۶٪ به علت شدت درد قادر به انجام دادن فعالیت های روزانه نبودند، و حدود ۱۰٪ نکات بهداشتی را کاملا رعایت نمی کردند. در خصوص علل، رعایت نکات بهداشتی، نبودن منابع کافی اطلاع رسانی، حجب و حیای دختران را باید عنوان کرد(۱). مهم ترین منبع اطلاعاتی ایشان مادر و پس از آن مطالعه آزاد ذکر گردید. میزان آگاهی و نحوه عملکرد دختران ارتباط معناداری با هم داشت، همچنین نحوه عملکرد دختران ارتباط معناداری با میزان تحصیلات مادر نشان داد، با توجه به نتایج به دست آمده باید از طریق مراکز آموزشی درمانی و سازمانهای ذی ربط اطلاعات کافی در اختیار مادران قرار گیرد تا از طریق ارتقای سطح آگاهی مادران عملکرد دختران تصحیح گردد و همچنین مباحث بهداشتی راجع به قاعدگی در دختران به طور مشروح مطرح گردد(۱۷). در این پژوهش، نظر دانش آموزان این بود که، مقطع اول راهنمایی بهترین زمانی بود که می توانستند اطلاعات جامعی از بلوغ داشته باشند و منبع کسب این اطلاعات را بیشتر مادر خود ذکر کردند. تقریبا نصف دانش آموزان اظهار داشتند که، قبل از بلوغ از مسائل مربوط به بلوغ خاص دختران از جمله عادت ماهیانه آگاهی و شناخت داشتند و ۵۰ درصد این دانش آموزان این آگاهی و شناخت را از همکلاسی و دوستان کسب کرده بودند. و در مطالعه ای که توسط ملکشاهی و همکاران انجام شد نشان داد که مهم ترین منبع اطلاعات (۷۱/۱ ٪) از طریق مادر بوده است، در خصوص راهنمایی برای عمل ذکر اینکه باید اقدامات بیشتر در این زمینه انجام شود. انجام این مطالعه فقط در دانش آموزان اول دبیرستان از محدودیت های این پژوهش می باشد.

یافته های این بررسی تاثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده در دختران سنین بلوغ، درباره بهداشت دوران بلوغ، تایید می کند.

تقدیر و تشکر

بدین صورت از زحمات مدیر و معلمان مدارسی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال تشکر و امتنان را داریم .

References

1-Khakbazan Z, Mehran A. Comparison between efficacy of two educational methods (lecture and educational package) in girle students about maturation health. Journal of Tehran University of Medical Sciences (Hayat) 2009. 14(1): 41-8.[Persian]

2-Ghahremani L HA, Babaii GH. Effect of physical puberty educational health program in healthy behavior among female students in guidance school of chabahar. Journal of booshehr University of Medical Sciences 2009; 11(1): 61-8. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

3-Maleki AD, M. Haji Amini Z. Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls. Journal of Behavioral Sciences 2010; 4(56): 18-26. [Persian]

4-Moodi M ZN, SharifZadeh Gh. Puberty health program effect on knowledge increase among female intermediate and high school students in Birjand. Journal of birjand University of Medical Sciences2007; 13(4): 36-41. [Persian]

5-Abdollahi F sB, Khani S. Educational assessment about girls puberty health in guidance school of mazandaran. Journal of mazandaran University of Medical Sciences. 2005. 14(43): 56-63. [Persian]

6-Haatami H. public health.Tehran: publication arjmand; 2005:3.[Persian]

7-Zabihy A. The Study Of Educational Effets On Knowledge And Practice Of Health Puberty Among Girls Students. Journal of babol university of medical sciences 1999; 3(15): 58-62. [Persian]

8-Dorn LD, Susman EJ, Nottelmann ED,et al. Perceptions of puberty: Adolescent, parent, and health care personnel. Developmental Psychology 1990;26(2):322.

9-Noori Sistani M, Taghdisi MH. Promoting Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of the Mothers in their Girls Pubertal Health Based on Peer Education. Journal of babol University of Medical Sciences 2010: 11(6): 35-42. [Persian]

10-Shojaeezade D. Models of health education. publication Ministry of health and medical education; 2001:1.[Persian]

11-Akhavan Karbasi SSM. Educational assessment about puberty health and efficacy face to face education and platelet in increase theirs aknowledge in the girls student. Iranian Journal of Pediatrics2003; 13: 68-82. [Persian]

12-Malek afzali H, Jandaghi J, Robabalameh M. Study of educational needs of 12-14 years old girls about adolescent and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education. Journal of Family Health 2001; 3(9): 3-20. [Persian]

13-Malekshahi F. Survey aknowledge, attitude, behavior girl high school students about period regle health. Journal of lorestan University of Medical Sciences 2007; 16(3): 72-87. [Persian]

14-Dorn LD, Susman EJ, Nottelmann ED, et al. Perceptions of puberty: Adolescent, parent, and health care personnel. Developmental Psychology 1990;26(2):322.

15-Houston AM, Abraham A, Huang Z, et al. Knowledge, attitudes, and consequences of menstrual health in urban adolescent females. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2006;19(4):271-5.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

16-Markey CN, Markey PM, Tinsley BJ. Personality, puberty, and preadolescent girls' risky behaviors: Examining the predictive value of the five-factor model of personality. Journal of Research in Personality 2003;37(5):405-19.

17-Khan A. Adolescents and Reproductive Health in Pakistan: A Literature Review: Final Report: Population Council; 2000

18-Chan S, Yiu KW, Yuen P, S,et al. Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls. Hong Kong Med J 2009;15(1):18-23.

19-Yakhforowshha A, Solhi M, Ebadi fardazar F. Effect of health education through health belief model on knowledge and attitude of health volunteers about test pap smear in urban centers. Journal of Midwifery and Nursing school, Shahid beheshti 2008; 14: 35-42. [Persian]

20-Mardani V. The effect of education on the health belief model of to adherence diabetic diet. Iranian Journal of Diabetes and lipid 2010; 12(3): 26-34. [Persian]

21-Torshizi L, Anoosheh M, Ghofranipoor F. The effect of education based on health belief model on preventive factors ofosteoporosis among postmenopausal women. Iran Journal of Nursing, 2009. 9(2): 21-9. [Persian]

22-Tussing L, Chapman-Novakofski K. Osteoporosis prevention education: behavior theories and calcium intake. Journal of the American Dietetic Association 2005;105(1):92-7

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

Effect Of Health Belief Model In Adopting Prevention And Control Of Health Behaviors During Puberty High School Students in Ardakan City

Mazloomy Mahmoodabad S. S (PhD)[1] Norouzi S (PhD)[*2] Norouzi A (MSc)[3] Hajizadeh A(MSc)[4] ZareA(B.S)[5]

1. Health Education Department, Shahid Sadoughi University of Yazd Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding Author: PhD Student- Department of Health Education and Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. MS.c in Medical Education, Tehran University of Medical Sciences (TUMS).Tehran.Iran
4. MS.c Student in Health Education Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
5. B.S Public Health Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Background: Puberty as a stage of life is an important developmental process. Teen girls have numerous health care needs and their specific issues should be considered. This study was conducted determine the effect of health belief model in adopting prevention and control of health behaviors during puberty among female high school students in Ardakan city.

Methods: This study is a randomized clinical trial of an intervention and non-intervention type. The parhicipants were the first grade secondary school students in the city of Ardakan. The sample was randomly selected. Sample size was 120 being estimated on the basis of similar studies. Data were collected by means of questionnaires. To measure the reliability of the questionnaire, content validity and test-retest reliability were applied. Data were analyzed by SPSS software using indicators such as central tendency and dispersion, paired T-test, chi-square, Spearman correlation coefficient, and ANOVA analysis.

Results: After the intervention, the mean score, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and behavior of non-intervention in the intervention group had a statistically significant difference, but for the mean action, significant differences were not observed. Knowledge score, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and behavior before and after the intervention in the control group was statistically significant different, however, the mean score for perceived susceptibility, a cue to action, no significant difference was observed. The mean score of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, action and behavior before and after the educational intervention showed statistically significant difference.

Conclusion: The efficacy and efficiency of the health belief model in adopting of preventive behaviors and controls in adolescent girls about puberty health is supported.

Keywords: Adolescent health, Health Belief Model, Ardakan

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]