مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره یازدهم، شمارهٔ ۶، بهمن – اسفند ۱۳۸۸، صفحه ۳۹-۳۳

ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در بهداشت جسمی بلوغ با آموزش مبتنی بر گروه همسالان دختران

ملیحه نوری سیستانی (MS)*[۱]، عفت السادات مرقاتی خوئی (PhD)[۲]، محمدحسین تقدیسی (PhD)[۳]

۱- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت گناباد
۲- گروه بهداشت خانواده دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳- گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دریافت: ۸۷/۱۱/۱ ، اصلاح: ۸۸/۴/۲۴، پذیرش: ۸۸/۷/۸

خلاصه

سابقه و هدف: ارتقاء سلامت نوجوانان همواره با چالش روبرو می باشد. آموزش بهداشت بر پایه همسالان در واقع نوعی آموزش است که در آن گروههای همسال علاوه بر دریافت اطلاعات و مفاهیم مختلف بهداشتی، مهارت‌های آموزشی فعال جهت ارائه مطالب را فرا می‌گیرند. با توجه به نقش مهم مادران در ارتقاء سلامت دختران، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر گروه همسالان دختران بر ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران پیرامون سلامت جسمی بلوغ انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه تجربی بر روی ۱۰۰ نفر از مادران دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی تهران در دو گروه ۵۰ تایی که با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. آموزش‌ها در یک گروه با سخنرانی و گروه دیگر از طریق گروه همسالان به دختران داده شد و آنها به مادرانشان منتقل کردند. بعد از گذشت یک ماه و نیم میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از طریق پرسشنامه اولیه سنجیده و با آزمون ثانویه مقایسه گردید. مبنای تقسیم بندی نمرات آگاهی و عملکرد ۱۰۰ بود. نمرات زیر ۵۰ درصد آگاهی یا عملکرد ضعیف، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و بالای ۷۵ درصد آگاهی یا عملکرد خوب در نظر گرفته شد. در معیار نمره بندی نگرش اختلاف ماکزیمم و مینیمم نمره‌ها بر تعداد طبقات (نگرش منفی، خنثی و مثبت) تقسیم گردید. سپس دو گروه با هم مقایسه شدند.

یافته ها: میانگین نمره نگرش بعد از آموزش در گروه همسالان ۸۶/۲۵±۰/۴۹ و در گروه سخنرانی ۴۸/۲۵±۰/۷۸ بود (p=۰/۰۰۷). میانگین نمره آگاهی در گروه همسالان ۸۹/۳۳±۲/۱۵ در گروه سخنرانی ۴۳/۷۳±۵/۶۷ شد (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمره عملکرد نیز در گروه همسالان ۸۰/۸±۲۱/۳۶ و در گروه سخنرانی ۵۶±۳۸/۸۶ شد (p<۰/۰۰۱). در گروه سخنرانی از نظر آگاهی، نگرش و عمکلرد به ترتیب ۱۶، ۶۶ و ۴۲ نفر و در گروه همسالان به ترتیب ۷۸ و ۹۶ و ۷۴ نفر در سطح خوب قرار داشتند (p<۰/۰۰۲).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد 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 آموزشهای مربوط به سلامت بلوغ با استفاده از شیوه های فعال آموزشی و گروههای درگیر با موضوع صورت گیرد.

واژه های کلیدی: ***بهداشت بلوغ، آموزش همسالان، آگاهی، نگرش و عملکرد.***

مقدمه

طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت به عنوان ارزش فردی و اجتماعی محسوب می‌شود و از مهمترین و بدیهی‌ترین حقوق و نیازهای بشری تلقی می شود (۱). دختران نوجوان نقش کلیدی را در وضعیت سلامت خود و جامعه دارند زیرا دختران نوجوان امروز، زنان و مادران فردا هستند (۲). در ایران طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۲۵/۱ درصد کل جمعیت را گروه سنی ۱۴-۱۱ سال تشکیل می‌دهند که ۵۰درصد این تعداد دختران هستند (۳). دوران بلوغ یک مرحله بحرانی است که در زیربنای زندگی بزرگسالی فرد مؤثر شناخته شده است (۴). بسیاری از مشکلات عدیده جسمی، جنسی، روحی و اجتماعی

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۴۰۷ پ و حاصل پایان نامه ملیحه نوری دانشجو دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد.
* مسئول مقاله: آدرس: خراسان رضوی، گناباد، حاشیه جاده آسیایی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت، ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵
e-mail: m200_noori@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

ریشه در این دوران دارد (۵). عوارض و مشکلات دوران بلوغ به راحتی قابل پیشگیری هستند و آموزش بهداشت از راهکارهای بنیادی و موفق ارتقای سلامت است که با روشهای گوناگون جهت اصلاح آگاهی، شکل گیری عقاید و گرایش‌ها، کسب رفتار و شیوه‌های زندگی بهداشتی عمل می‌کند (۶). مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که سطح آگاهی دختران درباره بلوغ و نحوه نگرش مثبت و رفتارهای صحیح بهداشتی آنان نسبت به این پدیده، بسیار پائین‌تر از حد انتظار است که این امر می‌تواند به علت عدم انتقال اطلاعات صحیح از والدین به دختران باشد و این خود ناشی از ضعف آگاهی، پائین بودن سطح تحصیلات و همچنین عدم وجود ارتباط صحیح و نزدیک بین والدین و نوجوانان است(۷). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد هر چه آشنایی و شناخت والدین با مراحل رشد جنسی کودکان و چگونگی برخورد مناسب و سازنده با نیازها و ویژگی‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی آنان بیشتر باشد به همان اندازه می‌توان به سلامت جنسی و هویت جنسی مطلوب کودکان در خانواده امیدوارتر بود (۸). مطالعات زیادی جهت بهداشت بلوغ نوجوانان انجام شد، اما پویایی لازم در شیوههای آموزشی به چشم نمی‌خورد و از مشارکت فعال دانش آموزان استفاده نشده است (۱۱–۹). بهره‌گیری درست از روش‌های مختلف آموزشی موجب افزایش کارایی و اثربخشی آن خواهد شد که در نهایت رضایت مندی فراگیران را برای مشارکت بیشتر در بحث ها فراهم می‌کند (۱۲). رویکرد آموزشی گروه همسالان از استراتژی های موثر تغییر رفتار است که در فعالیتهای انجام شده از تمامی حواس پنجگانه استفاده می‌شود، قدرت تفکر و خلاقیت افراد افزایش می‌یابد و مشارکت همه جانبه آنها در مراحل برنامه ریزی، اجرا و حتی ارزشیابی شیوه های آموزشی مشاهده می‌شود (۱۳).

با توجه به اهمیت دوران بلوغ دختران و نقش کلیدی مادران و ضرورت توجه به شیوه های آموزشی موثر و فعال، در این مطالعه، گروه همسالان دختران به همراه مادران، جهت برنامه های آموزشی انتخاب و دو روش آموزشی برای تعیین بهترین خط مشی اجرا و مقایسه شدند تا با نتایج حاصله، اطلاعات مفید و راهکارهای مناسبی را بتوان در اختیار برنامه ریزان بهداشتی کشور قرار داد. بنابراین این تحقیق با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در بهداشت جسمی بلوغ با آموزش مبتنی بر گروه همسالان دختران در مدارس مقطع راهنمایی منطقه ۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۸۷–۱۳۸۶ انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می باشد که از میان مناطق ۱۸گانه شهر تهران، منطقه ۶ بصورت تصادفی انتخاب شد و از بین مدارس دخترانه مقطع راهنمایی منطقه ۶ تهران، دو مدرسه به طور تصادفی تعیین گردید. قابل ذکر است نیازسنجی جامعی در دو فاز کمی و کیفی در مورد اولویت‌های آموزش سلامت بلوغ انجام شد. در صورت پریود شدن دختران و داشتن مادر و همچنین علاقه مندی افراد، در مطالعه وارد شدند. دانش آموزان پایه اول و دوم راهنمایی به دلیل تعداد کم دخترانی که به سن منارک رسیده بودند کنار گذاشته شدند. بنابراین دانش آموزان سال سوم انتخاب شدند. تعداد کل دانش آموزان سال سوم ۵۷ نفر بودند که از این تعداد ۷ نفر از آنها به دلیل نداشتن شرایط لازم کنار گذاشته شدند، بنابراین مادران این دانش آموزان به تعداد ۵۰ نفر به عنوان گروه هدف در نظر گرفته شدند. به همین تعداد نیز در مدرسه دیگر بعنوان گروه شاهد مدنظر قرار گرفتند. والدین از نظر تحصیلات به بیسواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم و دانشگاهی تقسیم بندی شدند. آموزشها در یک گروه با سخنرانی و در گروه دیگر با رویکرد گروه همسالان صورت گرفت، به این ترتیب که از دو کلاس پایه سوم ۱۳ نفر داوطلب و علاقه مند بعنوان گروه همسالان انتخاب شدند و آموزشهای لازم طی۲جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به آنها داده شد. گروه همسالان این مطالب را به دیگر دانش آموزان آموزش دادند و سپس دختران به مادرانشان منتقل کردند. روشهای آموزشی به کار گرفته شده شامل کنفرانس توسط گروه همسالان، نمایش اسلاید، تهیه پمفلت و پوستر و برگزاری مسابقات بود. در مدرسه دیگر آموزشها به روش سخنرانی در ۲ جلسه برگزار شد. محتوای آموزش در دو روش یکسان بود.

داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای شامل ۴ قسمت خصوصیات دموگرافیک، سوالات مربوط به آگاهی (۱۵سوال)، نگرش (۱۶سوال) و عملکرد (۱۸سوال) مربوط به سلامت جسمی بلوغ نوجوانان جمع آوری گردید. اعتبار پرسشنامه‌ها بصورت محتوایی و اعتماد علمی با روش آزمون مجدد تعیین شد. به این ترتیب که ده نفر از مادران به فاصله یک هفته با پرسشنامه آزمون شدند که نتایج حاصل از آن تعیین و با توجه به نظر اساتید، تغییرات و اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. ضریب همبستگی پرسشنامه r=۰/۸۲ به دست آمد. سپس آزمون به فاصله یک ماه و نیم بعد از مداخلات آموزشی انجام شد. مبنای تقسیم بندی نمرات در سوالات آگاهی و عملکرد ۱۰۰ بود یعنی تعداد سوالات بر عدد ۱۰۰ تقسیم می‌شد. نمرات زیر ۵۰ درصد آگاهی یا عملکرد ضعیف، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و بالای ۷۵ درصد آگاهی یا عملکرد خوب در نظر گرفته شدند. در معیار نمره بندی نگرش نیز بدین صورت عمل شد که اختلاف ماکزیمم و مینیمم نمره‌ها بر تعداد طبقات (نگرش منفی، خنثی و مثبت) تقسیم گردید. برای هر جواب درست سوالات آگاهی، نگرش و عملکرد یک نمره مثبت و برای هر سوال غلط یک نمره منفی در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، من ویتنی، آزمون تی مستقل و آزمون تی زوجها تجزیه و تحلیل و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰٪ مادران خانه‌دار و ۵۷٪ پدران شغل آزاد داشتند و ۵۸٪ مادران و ۶۳٪ پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.۷۱٪ دانش‌آموزان بین سنین ۱۴ تا ۱۵ سال و ۵۷٪ فرزند دوم به بعد خانواده بودند و ۶۵٪ در خانواده‌های کمتر از ۴ نفر زندگی می‌کردند. در ابتدای مطالعه نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد دو گروه تفاوت معنی داری با هم نداشتند. بعد از آموزش میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد جسمی مادران در دو گروه سخنرانی و همسالان افزایش یافت اما در گروه همسالان افزایش قابل توجهی به چشم می‌خورد. در مقایسه میانگین نمرات آگاهی مادران قبل و بعد از مداخلات آموزشی در گروه سخنرانی اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد در حالیکه در میانگین نمرات آگاهی مادران گروه همسالان اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($p< ۰/۰۰۱$) (جدول۱). بعد از مداخلات آموزشی میانگین نمرات آگاهی در گروه همسالان ۲/۱۵±۸۹/۳۳ و میانگین نمرات آگاهی در گروه سخنرانی ۵/۶۷±۴۳/۷۳ بود ($p<۰/۰۰۱$) (جدول۲). بعد از مداخلات آموزشی ۷۸درصد مادرانی که دخترانشان با رویکرد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

همسالان آموزش دیده بودند آگـاهی بـالایی کـسب کردنـد درحالیکـه ۱۶درصـد مادرانی که با روش سخنرانی آموزش دیدند دارای آگاهی خوبی بودنـد (جـدول۳). مقایسه میانگین نمرات نگرش قبل و بعد از مداخلات آموزشی در گروه همسالان بیانگر افزایش نمرات از ۴/۳۷±۴۵/۷۵ به ۰/۴۹±۸۶/۲۵ است کـه ایـن اخـتلاف معنی داری می باشد (p< ۰/۰۰۱). میانگین نمـرات نگـرش گـروه سـخنرانی از ۴۴/۵۲±۴/۱۶ بـه ۶۸/۲۵±۰/۷۸ رسـید (p=۰/۰۳۸) (جـدول۱). بـین میـانگین نمرات نگرش مادران در دو گروه آموزش دیده با رویکرد گروه همـسالان و شـیوه سخنرانی بعد از مداخلات آموزشی نیز اختلاف آمـاری معنـی داری مـشاهده شـد (p= ۰/۰۰۱). بعـد از مـداخلات آموزشـی میـانگین نمـرات آگـاهی در گـروه همسالان۲۱/۳۶±۸۰/۸ و میانگین نمرات آگاهی در گروه سـخنرانی ۳۸/۸۶±۵۶ بود. به طوریکه ۹۶٪ مادرانی که دخترانشان با رویکـرد همـسالان آمـوزش دیـده بودند نگرش مثبتی نسبت بـه تغییـرات دوران بلـوغ پیـدا کردنـد درحالیکـه ۶۶٪ مادرانی که با روش سخنرانی آموزش دیدند دارای نگرش مثبت بودند. در مقایـسه میانگین نمرات عملکرد مادران قبل و بعد از مداخلات آموزشی در گروه همسالان اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). در حالیکه در میانگین نمرات عملکرد مادران گروه سخنرانی اختلاف آمـاری معنـی داری مـشاهده نـشد. بـین میانگین نمرات عملکرد مادران در دو گروه آموزش دیده با رویکرد گروه همسالان و شیوه سخنرانی بعد از مداخلات آموزشی اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد (p< ۰/۰۰۱). به طوریکه بعد از مداخلات آموزشی میـانگین نمـرات عملکـرد در گروه همـسالان ۲۱/۳۶±۸۰/۸ و میـانگین نمـرات عملکـرد در گـروه سـخنرانی ۳۸/۸۶±۵۶ بود. بین میانگین نمرات عملکرد مادران در دو گروه آموزش دیـده بـا رویکرد گروه همسالان و شیوه سخنرانی بعد از مداخلات آموزشی اختلاف آمـاری معنی داری مشاهده شد (p= ۰/۰۰۱). به طوریکه ۷۴٪ مادرانی که دخترانشان با رویکرد همسالان آموزش دیده بودند عملکرد بالایی نسبت بـه تغییـرات رفتـاری بلوغ کسب کردند، درحالیکه فقط ۴۲٪ مـادرانی کـه بـا روش سـخنرانی آمـوزش دیدند دارای عملکرد خوبی نسبت به رفتارهای بهداشتی بودند.

جدول ۱. مقایسه میانگین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران درباره بهداشت جسمی بلوغ دختران در دو گروه همسالان و سخنرانی قبل و بعد مداخله آموزشی

گروه ها	همسالان			سخنرانی		
متغیر	Mean±SD		Pvalue	Mean±SD		pvalue
	قبل مداخله	بعد مداخله		قبل مداخله	بعد مداخله	
آگاهی	۴۰/۷۴ ±۵۰/۴	۲/۱۵±۸۹/۳	p<۰/۰۰۱	۴۰/۴۲±۴۵/۱۳	۵/۶۷±۴۵/۷۳	p=۰/۹۴
عملکرد	۲۸/۲۴±۵۸/۱	۲۱/۳۶±۸۰/۸	p<۰/۰۰۱	۳۱/۸۹±۵۴/۶۶	۳۸/۸۶±۵۶	p=۰/۷۷
نگرش	۴/۳۷± ۴۵/۷۵	۰/۴۹±۸۶/۲۵	p<۰/۰۰۱	۴/۱۶±۴۴/۵۲	۰/۸ ±۶۸/۲۵	p=۰/۰۳۸

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران درباره بهداشت جسمی بلوغ دختران بعد آموزش در دو گروه همسالان و سخنرانی

گروه ها	همسالان	سخنرانی	pvalue
متغیر	Mean±SD	Mean±SD	
آگاهی	۸۹/۳۳±۲/۱۵	۴۳/۷۳±۵/۶۷	p<۰/۰۰۱
عملکرد	۸۰/۸±۲۱/۳۶	۵۶±۳۸/۸۶	p<۰/۰۰۱
نگرش	۸۶/۲۵±۰/۴۹	۴۸/۲۵±۰/۷۸	p=۰/۰۰۷

جدول ۳. مقایسه تعداد و درصد آگاهی، نگرش و عملکرد مادران پیرامون بهداشت جسمی بلوغ دختران بعد آموزش در دو گروه همسالان و سخنرانی

گروه ها	ضعیف		متوسط		خوب		pvalue
متغیر	همسالان	سخنرانی	همسالان	سخنرانی	همسالان	سخنرانی	
آگاهی	(۶)۳	(۵۲)۲۶	(۱۶)۸	(۳۲)۱۶	(۷۸)۳۹	(۱۶)۸	p<۰/۰۰۱
عملکرد	(۶)۳	(۳۲)۱۶	(۲۰)۱۰	(۲۶)۱۳	(۷۴)۳۷	(۴۲)۲۱	p=/۰۰۱
نگرش	–	(۴)۲	(۴)۲	(۳۰)۱۵	(۹۶)۴۸	(۶۶)۳۳	p=/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش با رویکرد گروه همسالان دختـران باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به بهداشت جسمی بلوغ در مقایسه با شیوه سخنرانی خواهد شد که تاییدی بر اهمیت روابط بین دختران و مادران و نقش مهم ایـن ارتباطـات در بهداشـت و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

سلامت نوجوانان می باشد. تحقیقات مختلف نیز نشان می‌دهند که والدین به خصوص مادران نقش اصلی در تصمیمات بهداشتی فرزندان دارند، موثر بودن گروه همسالان بر این تئوری استوار است که اطلاعات حساس، راحت‌تر بین افراد همسن و سال مطرح می‌شود (۱۶-۱۴). 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 طرح های مربوط به خودشان از مزایای گروه همسالان شمرده می شود (۱۷). نتایج مطالعه‌ای با شیوه آموزشی همسالان به والدین جهت پیشگیری از بارداری نوجوانان، نشان داد که بعد از آموزش بیش از ۹۰٪ والدین به سوالات جنسی فرزندان راحت‌تر پاسخ می‌دادند و ۶۴٪ والدین اظهار داشتند که با فرزندانشان در مورد مسائل جنسی صحبت می کنند (۱۸). بنابراین رویکرد گروه همسالان باعث افزایش مشارکت بین دختران و مادران و همچنین بهبود ارتباطات بین آنها خواهد شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش با رویکرد گروه همسالان دختران باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میانگین نمرات آگاهی و نگرش مادران در مقایسه با شیوه سخنرانی پیرامون موضوع بهداشت جسمی بلوغ خواهد شد. نتایج مطالعه Xiao نیز نشان دهنده افزایش نمرات آگاهی و نگرش در دو گروه بعد از مداخله آموزشی بود(۱۹). مطالعه‌ای که برای ارزیابی تاثیر آموزش گروه همسالان بر روی نوجوانان در خصوص رفتارهای پیشگیری ایدز و بیماریهای مقاربتی در کشور کامرون انجام شد، نشان داد که آموزش توسط همسالان به طور معنی داری با ارتقاء آگاهی در مورد روشهای جدید پیشگیری از بارداری و علائم بیماریهای مقاربتی همراه بوده است (۲۰). یافته‌های تحقیقی جهت مقایسه تاثیر آموزش پیشگیری از ایدز توسط گروه همسالان و گروه بزرگسالان بر دانش آموزان دختر نشان داد که نمره آگاهی در هر دو گروه بعد از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافت ولی هیچ اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله همسالان و بزرگسالان دیده نشد (۲۱). می‌توان این موضوع را به استفاده از شیوه‌های آموزشی فعال استفاده شده در رویکرد گروه همسالان در این تحقیق و عدم استفاده از این روشها در آن مطالعه دانست.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شیوه سخنرانی باعث افزایش معنی داری در میانگین نمرات آگاهی مادران بعد از مداخلات آموزشی نشد درحالیکه نمرات نگرش در هر دو گروه بعد از مداخلات آموزشی افزایش معنی داری یافت البته میانگین نمرات نگرش در گروه همسالان بیشتر از میانگین نمرات نگرش در مقایسه با شیوه سخنرانی بود. نتایج پژوهش دیگری نیز نشان داد، گروهی که با رویکرد گروه همسالان آموزش دیده بودند، میانگین نمرات نگرش بیشتری نسبت به گروه سخنرانی داشتند (۱۹). یافته‌های تحقیقی جهت مقایسه تاثیر آموزش پیشگیری از ایدز توسط گروه همسالان و گروه بزرگسالان بر آگاهی، نگرش و خود بسندگی دانش آموزان نشان داد که گروه همسالان بیشتر براساس نیازهای اطلاعاتی افراد 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 و تنها در گروه بزرگسالان باعث ارتقاء معنی داری در مهارت خود بسندگی در دانش آموزان گردیده بود (۲۱).

یافته‌های مطالعه‌ای که به مقایسه تاثیر شیوه آموزش گروهی و رویکرد گروه همسالان بر آگاهی، عملکرد و باورهای دانشجویان ترکیه نسبت به پیشگیری از سرطان پستان انجام شد، نشان داد که هر دو روش باعث افزایش نمرات آگاهی و نگرش افراد شده است اما در گروه همسالان بهبود بیشتری در میانگین نمرات به چشم می‌خورد. همچنین در هر دو شیوه آموزشی اعتقاد به سودمندی و اعتماد به خودآزمایی پستان افزایش و موانع در خودآزمایی پستان کاهش یافته بود (۲۲). در این مطالعه آموزش با گروه همسالان دختران باعث افزایش میانگین نمرات عملکرد مادران نسبت به بهداشت بلوغ شد نتیجه مطالعه‌ای با هدف مقایسه دو رویکرد آموزشی گروه همسالان و معلم محور نشان داد که برنامه‌های گروه همسالان مقبولیت بیشتری برای دانش آموزان دارد و دانش آموزان دختر بارداری‌های کمتری داشتند و موارد سقط و یا بارداری‌ها را به مراکز ارائه خدمات بهداشت جنسی گزارش می کردند (۲۳). ارزیابی نتایج مداخلات آموزشی گروه همسالان جهت پیشگیری از ایدز در میان دانشجویان دانشگاه کنیا نشان دهنده آن بود که استفاده از رویکرد گروه همسالان باعث افزایش میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شد، آزمونهای آماری نیز اختلاف معنی داری را نشان داد (۲۴).

یافته‌های مطالعه Green نشان داد که در کلاسهای آموزش بهداشت به خصوص موضوعات حساسی مانند روابط جنسی و سوء مصرف مواد، آموزشها با رویکرد گروه همسالان نتایج بهتری را نشان می‌دهد تا اینکه آموزشها توسط معلم انجام شود. همچنین تاثیر این رویکرد در کلاس با نوجوانان بیشتر از تاثیر رویکرد همسالان در جامعه با بزرگسالان است (۲۵).

با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات مختلف، آموزش با گروه همسالان دختران باعث افزایش میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به موضوع بهداشت بلوغ خواهد شد و موثر بودن رویکرد آموزشی گروه همسالان به خوبی آشکار می‌شود. هدف از بهره گیری از این رویکرد، توانمند ساختن نوجوانان و ارائه فرصتهایی به آنان، جهت مشارکت در فعالیتهای موثر که منتهی به دستیابی به اطلاعات و خدماتی می‌باشند که این گروه جهت ارتقا سطح سلامت به آن نیاز دارند. از دستاوردهای این رویکرد توسعه یک رفتار مناسب و تغییر رفتارهای ناسالم در گروههای هدف خواهد بود بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزشهای مربوط به سلامت بلوغ با استفاده از شیوه های فعال آموزشی و گروههای درگیر در موضوع صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ایران به ویژه دانشکده بهداشت، آموزش و پرورش منطقه۶ شهر تهران، مدارس مورد پژوهش و مادران که بدون یاری آنها اجرای این تحقیق مقدور نمی‌بود، قدردانی می‌نماییم.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

Promoting Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of the Mothers in their Girls' Pubertal Health Based on Peer Education Approach

M. Noori Sistani (MS) [1*], E. Merghati Khoi (PhD) [2], M.H. Taghdisi (PhD) [3]

1. Education Health of Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Khorasan, Iran
2. Sexual Promotion Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Health Promotion Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Apr 13th 2009, Revised: Jul 15th 2009, Accepted: Sep 30th 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Communication and educational approaches in health promotion of adolescents has been challenging. Peer education is a well-known approach that not only provides youths with knowledge; they also learn the related skills in communication to convey health messages to target groups. This paper describes the impact of peer education method on KAP of the mothers concerning the middle school girls' pubertal health.

METHODS: This experimental study was carried out on 100 mothers who divided into two groups (n=50). The participants were allocated in each group randomly. Traditional education was conducted by lecturing for one group and peer education was used for the second group. Self made questionnaire was employed for data collection at base and 1.5 month follow up. Scoring was ordered as: knowledge and practice scale; <50 means low, medium with 50-75 score and >75 was described as high. Attitude scaled up with "maximum and minimum" divided on 3 concepts: negative, positive and buffer (no idea) and then compared in two groups.

FINDINGS: Average attitude score after training in peer group was 86.25±0.49 and in lecture group was 48.25±0.78 (p=0.007). Average knowledge score in peer group was 89.33±2.15 and in lecture group was 43.73±5.67 (p<0.001). Also the average practice score was 80.8±21.36 in peer group and it was 56±38.86 in lecture group (p<0.001). Knowledge, attitude and practice in lecture group respectively in 16, 66 and 42 people and in peer group respectively in 78, 96 and 74 people were in good level (p<0.002).

CONCLUSION: The results showed that the girl peer education approach will increase the average of knowledge, attitude and practice of mothers to pubertal health topic. Puberty health education using active learning methods and the groups involved with subject is recommended.

KEY WORDS: *Pubertal health, Peer education, Knowledge, Attitude, Practice.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Social Development and Health Promotion Research Center, Medical University, Pardis, Gonabad, Khorasan Razavi, Iran
Tel: +98 533 7229025
E-mail: m200_noori@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

References

1. Hue H. Health promotion in school, Translator: Saiid Nejad M, Kavehzadeh F, Pooreslami M, 1st ed. Tehran, UNICEF 2001; p: 9.[in Persian]
2. Alizadeh M, Razavizadeh M. Adolescent's health. Publication in ministry of health and medical education, Tehran, Deputy of Health and Center of Family Health 1998; pp: 9-54. [in Persian]
3. Management and Planning Organization of Iran. Institution National de Statistical: Population and Housing Census. 2007. www.org.ir/portal/faces/public/sci.
4. Katica L, Dekovic M, Opacic G. Pubertal status, interaction with significant others and self-esteem of adolescent girls. Adolescence 1994; 29(115): 691-5.
5. Likona T. Development psychology, Translator: Gharcheh Daghi M, 8th ed, Tehran, Dayereh Co 2006; pp: 5-17. [in Persian]
6. Poureslami M, Osati Ashtiani F. Attitudes of female Adolescents about dysmerorrhea and menstrual hygiene in Tehran suburbs. Arch Iranian Med J 2002; 5(4): 219-24. [in Persian]
7. Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. J Qazvin Univ Med Sci 2008; 12(2): 80-2.[in Persian]
8. Zare M. Effect intervention pubertal health in girls, Semnan, Thesis of PhD epidemiology in Tehran University Medicine, College Health 2000. [in Persian]
9. Moodi M, Zamanipoor N, Sharifzadeh Gh, Akbari Bourang M, Salehi S. Evaluating Puberty health program effect on knowledge increase among female intermediate and high school students in Birjand. Birgand Univ Med Sci 2007; 13(4): 36-41. [in Persian]
10. Zabihi A. Effect of education on knowledge and practice of female students about puberty health. Babol Univ Med Sci 2002; 4 (15): 58-62. [in Persian]
11. Ghahremani L, Heydarnia A, Nazari G. Impact of pubertal education on healthy behaviors of girls, Middle school Chabahar. Education and Heath Promotion Congress of Zahedan 2006; p: 6. [in Persian]
12. Ghofnoos. Secret Knowledge: Education about Life Skills. Chapter tenth part first. Available from http://www.phoenix.blogfa.com/post-29.aspx] 2005.
13. Mead M. Model 1 peer education. http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/escap_peers_01.pdf .
14. Amidi Mazaheri M. Planning education package about pubertal health in Esfahan primary schools. Thesis of Health Education Master, in Tarbiat Modarres 2004. [in Persian]
15. Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. Adolescent Health J 2001; 28(1): 41-5.
16. Diclemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Cobb BK, Harrington K, Davies SL. Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. Pediatr J 2001; 139(3): 407-12.
17. Rotheram Borus MJ, Miller S, Koopman C, Haignere C, Selfromge C. Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions. HIV Center for Clinical and Behavioural studies. New York science-baed products for researchers and practitioners 2002. http://www.socio.com/passt04.
18. Green HH, Documét PI. Parent peer education: lessons learned from a community-based initiative for teen pregnancy prevention. J Adolesc Health 2005; 37(Suppl 3):100-7.
19. Xiao N, Zhao H. Effects of lectures and peer education on knowledge and attitudes about AIDS among students of college of science and engineering. Health Edu J Chinese 2004; 20(5): 402-5.
20. Speizer IS, Tambashe BO, Tegang SP. An evaluation of the Enter Nous Jeunes peer–educator program for adolescents in Cameroon. Stud Fam Plan J 2001; 32(4): 339-51.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

21. Khalag Abadi Farahani F, Ebadi Fard Azar F. Comparison of AIDS prevention education by peer groups and adults on awareness and attitude Autarky region 4 high school girl students in Tehran education using the model of social cognitive theory. J Reprod Infertility 2003; 5(1):77-91. [Persian]
22. Karayurt ? , Dicle A, Tuna Malak A. Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in Turkey. Turk J Med Sci 2009; 39(1): 59-66.
23. Ross DA. Approaches to sex education: peer-led or teacher-led? PLos Med 2008; 5(11): e229.
24. Miller AN, Mutungi M, Facchini E, Barasa B, Ondieki W, Warria C. An outcome assessment of an ABC-based HIV peer education intervention among Kenyan university students. J Health Commun 2008; 13(4): 345-56.
25. Green J. Peer education. Promot Educ J 2001; 5(2): 65-8.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.5.0]