

بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر ارتقای آگاهی بهداشت باروری در دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی

فهمیه عزتی آراسته^۱، فاطمه شبیری^{۲*}، پریسا پارسا^۳، یونس محمدی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۵/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بهداشت باروری نوجوانان، یکی از اولویت‌های بهداشتی جهان می‌باشد. در جوامعی مانند ایران که نوجوانان بخش بزرگی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، این موضوع اهمیت خاصی دارد. آگاه شدن صحیح از مسائل بلوغ و بهداشت باروری و جنسی، مانع بروز بسیاری مشکلات مخاطره‌آمیز می‌شود. هدف از انجام این مطالعه، تأثیر مشاوره گروهی بر آگاهی بهداشت باروری دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی می‌باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی (تک گروهی) است که در سال ۱۳۹۵ بر روی دختران نوجوان ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهر همدان انجام شد و کلیه افراد واجد شرایط (۳۰ نفر) به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. مداخله به‌صورت مشاوره گروهی صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که سه بار (قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله) مورد استفاده قرار گرفتند. روایی پرسشنامه‌ها از طریق اعتبار محتوایی و صوری و پایایی آن‌ها با ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل گردید. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که آگاهی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در طول زمان نسبت به قبل مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی به روش مشاوره گروهی بر آگاهی ابعاد مختلف بهداشت باروری دختران نوجوان ساکن مراکز شبانه‌روزی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: بهداشت باروری، مشاوره، دانش، نوجوان، مراکز شبانه‌روزی بهزیستی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۹۶، مهر ۱۳۹۶، ص ۵۴۳-۵۴۴

آدرس مکاتبه: همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، تلفن: ۰۹۳۶۵۹۳۹۵۷۶

Email: fshobeiri@yahoo.com

مقدمه

دوازده میلیون و دویست هزار نفر یعنی ۱۷ درصد از جمعیت جامعه‌ی ما را نوجوانان ده تا نوزده سال تشکیل می‌دهند (۳). کشور ما با داشتن سرمایه عظیمی از نوجوانان، نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق و توجه به نیازهای سلامت این گروه می‌باشد در این بین سلامت دختران نوجوان به دلایل فرهنگی و اجتماعی دارای اهمیت

دوره نوجوانی تأثیر قطعی و حیاتی بر بقیه سال‌های زندگی دارد و انسان‌های موفق و سالم اجتماع، معمولاً انسان‌هایی هستند که این مرحله از زندگی خود را در سلامت، آرامش و واقع‌بینی گذرانده‌اند (۱). نوجوانان بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، افراد بین ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شوند (۲). بر اساس آمار سال ۱۳۹۰

^۱ دانشجوی کارشناس ارشد دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ استاد دانشگاه علوم پزشکی همدان، استاد گروه مامایی، مرکز مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان، استادیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

ویژه‌ای می‌باشد. بعلاوه این‌که سلامت دختران نوجوان، تأثیرات مستقیم بر برنامه‌های طولانی‌مدت توسعه در هر کشوری دارد (۴). بهداشت باروری به رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با سیستم باروری و عمل و فرایند آن اطلاق می‌شود و صرفاً به عدم وجود بیماری، ضعف و سستی محدود نمی‌شود. گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن در سطح ملی و بین‌المللی یکی از گام‌های اساسی در تأمین سلامت جامعه و خانواده (با محوریت سلامت زنان) است (۵). امروزه به دلیل اهمیت ویژه دوره نوجوانی، اولویت بهداشت باروری جهان، بهداشت باروری نوجوانان است (۶).

بنابر توصیه سازمان جهانی بهداشت موارد زیر عناصر اصلی شروع راهکارهای ملی برای آموزش بهداشت نوجوانان برشمرده می‌شوند: آگاهی دادن به نوجوانان درباره بهداشت باروری، آموزش نوجوانان در مدارس به‌منظور گذراندن نوجوانی در سلامت و بهداشت و کسب اطلاعات بیشتر در مورد نوجوانی در منطقه شمال شرق مدیترانه (از جمله ایران) که هیچ‌گونه اطلاعاتی درباره بهداشت باروری آن‌ها در دست نیست (۷).

در جامعه ما به دلایل فرهنگی، اکثر دختران نوجوان از اطلاعات صحیح در مورد بهداشت باروری محروم هستند و چه‌بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیر موثق در زندگی خود دچار مشکلات جسمی و روانی می‌شوند (۸). پژوهش‌های انجام‌یافته پیرامون نیازهای آموزشی دختران ایرانی نشان می‌دهند که آگاهی دختران در مورد مفاهیم مرتبط با بهداشت باروری و بهداشت دوران بلوغ، کافی نمی‌باشد و عملکرد آنان در بعضی از موارد بسیار نگران‌کننده می‌باشد (۸، ۹). در مطالعه شکور بیشتر نوجوانان برای مشکلات خود نیاز به آموزش در مورد بهداشت باروری را ابراز کرده و خواسته آن‌ها آموزش دیدن در این زمینه بود (۷). با چنین شرایطی لزوم آموزش‌های همه‌جانبه در زمینه بهداشت باروری برای افراد جامعه به‌ویژه قشر دختران نوجوان احساس می‌شود. دختران نوجوان نیازمند آموزش‌هایی در زمینه مفاهیم مرتبط با بهداشت باروری، ارتقاء سلامت فردی و آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر، نحوه انتقال بیماری‌های مقاربتی و ایدز، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، رفتارهای بهداشتی در دوران عادات ماهیانه، تغذیه مناسب و ... می‌باشند (۹، ۱۰).

در سال‌های اخیر، مطالعات موجود در زمینه ارتقای سلامت بر اهمیت انتخاب گروه‌های هدف پرخطر، به‌جای گزینش جمعیت کلی

نوجوانان تأکید کرده‌اند. با این رویکرد، تأکید اساسی بر گروه‌هایی از کودکان و نوجوانان صورت می‌گیرد که بیشتر مستعد آسیب و در معرض مشکلات بهداشتی هستند دولت سالانه هزینه‌های زیادی را برای نگهداری و مراقبت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست در ایران می‌پردازد (۱۱، ۱۲). امروزه بیش از هشت میلیون کودک در سراسر جهان در این مؤسسات زندگی می‌کنند. محیط خانواده که محیط طبیعی و به‌هنگار زندگی است، مناسب‌ترین محل برای شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای بهداشتی می‌باشد و این در حالی است که دختران مقیم مراکز شبانه‌روزی از داشتن این شرایط بی‌بهره‌اند. آن‌ها در این سن بحرانی دچار مشکلات بسیاری می‌شوند و اغلب برای سؤالات بی‌شمار خود جوابی نمی‌یابند. سرمایه‌گذاری در تأمین سلامت این گروه سنی، به سبب نقش دوگانه دختران در سلامت جامعه و سلامت نسل‌های آینده، یکی از اصلی‌ترین مسیرها برای تحقق اهداف توسعه هزاره است (۱۳).

مشاوره از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اثربخشی موفقیت برنامه‌ی بهداشت باروری و ارتقا سلامت است (۱۴). یکی از راه‌های مشاوره بهداشت باروری مشاوره بر اساس گام‌های G¹A²TH³E⁴R⁵ می‌باشد که این گام‌ها نحوه آموزش و انتقال اطلاعات به مددجو را بیان می‌کند و جهت انجام یک گفتگوی باز به مشاور کمک می‌کند (۵).

با توجه به این‌که بخش اعظم جمعیت ایران عزیز ما را نوجوانان که آینده‌سازان این مرزوبوم هستند تشکیل داده‌اند و به علت این‌که تحقیقات کمی در زمینه بهداشت باروری نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی در دست می‌باشد و به علت اهمیت سلامت و آگاهی آنان از بهداشت باروری که معمولاً نادیده گرفته می‌شود و نقش مشاوره در افزایش آگاهی در زمینه‌های بهداشتی بر آن شدیم به بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر ارتقای آگاهی بهداشت باروری در دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی پردازیم.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی (یک گروهی) می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. جامعه پژوهش دختران نوجوان ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهر همدان بودند. به دلیل محدود بودن جامعه، به‌صورت سرشماری کلیه افراد واجد شرایط ساکن در این مراکز (دو مرکز، مرکز شماره یک ۱۵ نفر و مرکز شماره دو نیز ۱۵ نفر) جمعاً ۳۰ نفر شرکت داده شدند. به دلیل محدود

⁴ Help

⁵ Explain

⁶ Return

¹ Greet

² ASK

³ TELL

بودن تعداد افراد واجد شرایط امکان انتخاب گروه کنترل وجود نداشت و مطالعه به صورت تک گروهی (قبل و بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله) انجام شد. شرایط ورود به مطالعه: سن ۱۹-۱۲ سال، عدم معلولیت جسمی یا ذهنی، رضایت افراد جهت شرکت در مطالعه، عدم سابقه بیماری سایکولوژیک و عدم مصرف داروهای سایکولوژیک. شرایط خروج از مطالعه: عدم تمایل فرد به ادامه همکاری، غیبت فرد بیش از یک جلسه، ایجاد تغییرات روانی و عاطفی مهم. مراحل انجام مطالعه بدین صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق و معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی همدان و کسب تأییدیه از مسئولین سازمان بهزیستی شهر همدان و پس از تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه توسط شرکت کنندگان در مطالعه و اطمینان از این که کلیه اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و پرسشنامه فاقد نام و نام خانوادگی می باشد و آگاهی آنان از هدف مطالعه و محتوای آموزشی و تعداد جلسات، مداخله صورت گرفت.

در مرحله پیش آزمون، گردآوری اطلاعات شامل مشخصات دموگرافیک، آگاهی بهداشت باروری در دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه روزی از طریق پرسشنامه انجام شد. در این پژوهش در هر جلسه، مداخله به صورت مشاوره در قالب مراحل مشاوره ای GATHER طی شش جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه ای به شرح جدول شماره ۱ در گروه های ۱۵ نفره انجام شد. در هر جلسه پس از انجام مشاوره طبق اصول GATHER، پمفلت آموزشی مربوط به آن

جلسه در اختیار دختران نوجوان قرار گرفت. پس از مداخله آموزشی به روش مشاوره پرسشنامه بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله تکمیل گشت.

خلاصه ای از اصول گام های مشاوره ای GATHER طی یک جلسه: مرحله اول: سلام و احوال پرسی و ایجاد رابطه حسنه با دختران نوجوان و خوشامدگویی (Greet(G)، مرحله دوم: برقراری رابطه کلامی با نوجوان و طرح سؤال باز جهت کمک به آن ها برای تفکر و تأمل درباره موضوع مطالعه، کمک به آنان برای بیان خواسته ها و نیازها و کمک به آن ها برای بیان احساسات و باورهایشان و ایجاد این باور که هدف از مشاوره ارائه خدمات مؤثرتر و کسب آگاهی از اطلاعات بهداشت باروری و دوران بلوغ و اثرات آن (Ask(A)، مرحله سوم: گوش دادن فعال به پاسخ های نوجوانان، پاسخ به سؤالات و نگرانی های نوجوان و رفع ابهامات آن ها و اصلاح باورهای نادرست نوجوانان در رابطه با بهداشت باروری و بلوغ (Tell(T)، مرحله چهارم: کمک به نوجوانان جهت افزایش اطلاعات در مورد بهداشت باروری و بلوغ (Help(H)، مرحله پنجم: ارائه توضیحات بیشتر در خصوص بهداشت باروری و ارائه پمفلت و استفاده از تابلو وایت برد در صورت نیاز (Explain(E)، مرحله ششم: توضیح در مورد زمان های پیگیری و تماس هفتگی و توضیح اینکه هرگاه که سؤالی برای وی مطرح شد، می تواند از پژوهشگر کمک بخواهد (Return(R).

جدول (۱): جلسات و اهداف جلسات مشاوره گروهی بهداشت باروری در دختران نوجوان

جلسات	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
اهداف	معارفه و ایجاد فضای صمیمی و توضیح (تکمیل پرسشنامه دموگرافیک و انجام پیش آزمون، اهداف پژوهش، تعداد جلسات و مباحث هر جلسه، پاسخ به سؤالات و ابهامات افراد)	آناتومی و فیزیولوژی دستگاه باروری (نشان دادن محل واژن و رحم و تخمدان ها و لوله هل فالوپ و پرده بکارت در پمفلت آموزشی و توضیح عملکرد و فیزیولوژی هر قسمت) مشکلات و تغییرات جسمی و روانی بلوغ (بلوغ و ابعاد آن، مراحل بلوغ و تغییرات جسمی مرتبط با بلوغ)	بهداشت قاعدگی (بهداشت فردی قاعدگی، دیسمنوره و درمان های مختصر دارویی و غیر دارویی، سندرم پیش از قاعدگی، احکام شرعی مرتبط با آن ها، فعالیت فیزیکی در دوران قاعدگی، یائسگی، عوامل مؤثر بر سن قاعدگی)	تغذیه (مصرف کالری روزانه، ویتامین ها، BMI، مصرف آهن، نحوه تغذیه مناسب در دوران بلوغ و هرم غذایی و واحدهای غذایی و...)	ایدز و بیماری های مقاربتی (روش های پیشگیری، راه های انتقال، درمان، علائم عفونت های واژن و عوارض ناشی از عدم درمان و عفونت ادراری)	سرطان های شایع در خانم ها (توضیح شایع ترین سرطان ها، سن شیوع، علائم، علل ایجاد، روش ها تشخیص و پیشگیری و غربالگری)

ابزار گردآوری اطلاعات، شامل دو قسمت بود: بخش اول اطلاعات در رابطه با خصوصیات دموگرافیک شامل سن، مقطع تحصیلی، سن ورود به مراکز شبانه‌روزی بهزیستی، طول مدت اقامت در مرکز افراد ملاقات‌کننده دختران نوجوان، افرادی که واحدهای موردپژوهش در طول مرخصی نزد آن‌ها می‌روند، فواصل مرخصی، سن منارک، نحوه کسب اطلاعات در مورد بهداشت باروری و ... بود. بخش دوم شامل پرسشنامه‌ای برگرفته از پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت (۸) در مورد بهداشت باروری بود که نسخه کامل این پرسشنامه شامل ۱۰۰ سؤال که روایی و پایایی آن توسط الفتی و همکاران در سال ۱۳۹۱ مورد تأیید قرار گرفته بود. که با توجه به هدف این مطالعه (بررسی آگاهی) سؤالات مربوط به عملکرد و باور از پرسشنامه اصلی حذف گردید. بدین صورت پرسشنامه شامل ۷۹ سؤال شامل: آناتومی (۶ سؤال)، تغییرات جسمی بلوغ (۱۴ سؤال)، فیزیولوژی باروری و بهداشت قاعدگی (۱۵ سؤال)، تغذیه (۱۴ سؤال)، بیماری ایدز و راه‌های انتقال و پیشگیری از آن (۱۲ سؤال) و سرطان سینه (۱۸ سؤال) بود که با پاسخ‌های بلی، خیر و نمی‌دانم که به هر سؤال صحیح نمره یک و به هر سؤال غلط و نمی‌دانم نمره صفر تعلق گرفت. روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا بر اساس نظرات ۸ نفر عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی همدان تعیین و تغییرات لازم اعمال گشت. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و محاسبه درصدها، از آزمون

کلموگراف اسپیرنوف جهت تأیید نرمال بودن داده‌ها و از آزمون REPEATED MEASURES جهت مقایسه میانگین قبل و بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل گشت ($P\text{-Value} < 0/05$).

یافته‌ها

در این پژوهش جمعاً ۳۰ نفر شرکت داشتند و هیچ‌گونه ریزشی در تعداد افراد ایجاد نشد. طبق جدول شماره دو، میانگین سن افراد $16\pm2/08$ بود که $33/3$ درصد آن‌ها در سن $16-17/9$ قرار داشتند. 16 نفر ($54/44$ درصد) از افراد در سه دوره دوم متوسطه تحصیل می‌نمودند. میانگین سن منارک $12/8\pm0/3$ بود. 25 نفر ($83/3$ درصد) آن‌ها در سن $13-10$ سالگی منارک را تجربه کرده بودند. 13 نفر ($43/3$ درصد) احساس ترس و نگرانی در اولین منارک خود داشتند. 12 نفر (40 درصد) آن‌ها در سن $5-0$ سالگی وارد مرکز شده بودند که 13 نفر ($43/3$ درصد) $5-10$ سال در این مراکز اقامت داشتند. 9 نفر (30 درصد) توسط اقوام درجه یک و دو ملاقات می‌شدند که 4 نفر ($4/9$ درصد) از آن‌ها اطلاعاتی در مورد بهداشت باروری را از این طریق دریافت نموده بودند. طبق جدول شماره سه 24 نفر (80 درصد) قبلاً اطلاعاتی در رابطه با بهداشت باروری دریافت نموده بودند. بیشتر افراد (80 درصد) منبع اطلاعات آن‌ها در مورد بهداشت باروری را از طریق دوستان و همکلاسیان دریافت کرده بودند. و کم‌ترین افراد ($3/7$ درصد) اطلاعات را از کارکنان بهداشتی و پزشک دریافت نموده بودند.

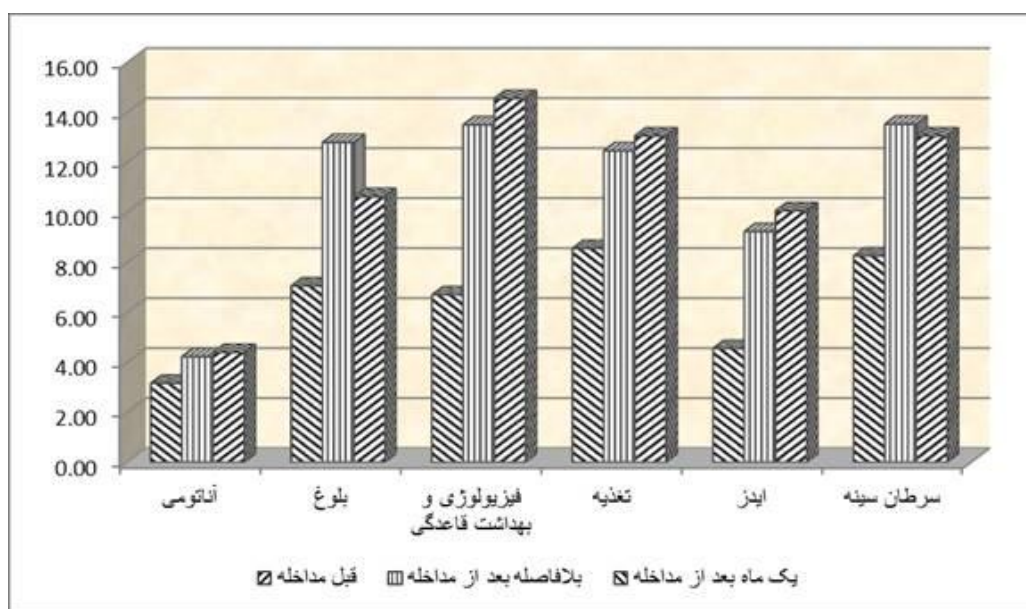
جدول (۲): توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرهای دموگرافیک		تعداد (درصد)
سن (سال)	۱۲-۱۳/۹	۴(۱۳/۴)
	۱۴-۱۵/۹	۹(۳۰)
	۱۶-۱۷/۹	۱۰(۳۳/۳)
	≥ 18	۷(۲۳/۳)
	۷-۱۰	۰ (۰)
سن منارک	۱۰-۱۳	۲۵ (۸۳/۳)
	۱۴-۱۶	۵ (۱۶/۷)
	۱۷-۱۹	۰ (۰)
پایه تحصیلی	سه دوره اول دبیرستان	۱۴(۴۶/۶۶)
	سه دوره دوم دبیرستان	۱۶(۵۴/۴۴)
رشته	تجربی	۲(۶/۷)
	کارودانش	۶(۲۰)
	فنی حرفه‌ای	۵(۱۶/۷)
	انتخاب رشته نکردند	۱۷(۵۶/۷)

۱۰(۳۳/۳)	۵-۰	مدت اقامت در مرکز (سال)
۱۳(۴۳/۳)	۵-۱۰	
۵(۱۶/۷)	۱۰-۱۵	
۲(۶/۷)	۱۵-۲۰	
۱۳(۴۳/۳)	ترس و نگرانی	احساس در اولین قاعدگی
۴(۱۳/۳)	احساس خاصی نداشتم	
۱۱(۳۶/۷)	خجالت	
۲(۶/۷)	خوشحالی و بزرگی	

جدول (۳): توزیع فراوانی دریافت اطلاعات سابق و منابع اطلاعاتی واحدهای موردپژوهش در خصوص بهداشت باروری

(درصد) تعداد		
۲۴(۸۰)	بلی	آیا اطلاعاتی در مورد بهداشت باروری دریافت نمود اید
۶(۲۰)	خیر	
۲۴(۸۰)	دوستان و همکلاسیان	منابع اطلاعاتی در مورد بهداشت باروری
۱۴(۱۷/۲۷)	کتاب و جزوات آموزشی و پمفلت ها	
۲۱(۷۰)	مربی بهداشت مدارس و معلمین	
۱۲(۱۴/۸۱)	مربیان مراکز شبانه روزی	
۱۷(۲۰/۹)	رادیو و تلویزیون	
۳(۳/۷)	کارکنان بهداشتی و پزشک	



نمودار (۱): مقایسه ی آگاهی بهداشت باروری قبل و بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله به صورت مشاوره گروهی

تغذیه، ایدز، سرطان سینه قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد مداخله از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.001$).

با توجه به نتایج آزمون آماری REPEATED MEASURES در نمودار شماره یک مداخله به صورت مشاوره در طول زمان مؤثر بوده است و آگاهی آناتومی، بلوغ، فیزیولوژی و بهداشت قاعدگی،

بحث و نتیجه‌گیری

فقدان آگاهی و اطلاعات صحیح در طی دوران بلوغ می‌تواند بهداشت باروری نوجوانان را تهدید نماید. نوجوانان، سرمایه‌های علمی و انسانی، آینده‌سازان و پدران و مادران آینده محسوب می‌شوند و سلامت آنان نقش مهمی در سلامت جوامع ایفا می‌کند. در مطالعه حاضر مداخله به‌صورت مشاوره بر آگاهی دختران نوجوان ساکن مراکز شبانه‌روزی مؤثر بود. نتایج پژوهش نشان داد دختران نوجوان، نیازمند دریافت مهارت‌ها و آگاهی‌های ویژه در حوزه‌های مختلف بهداشت باروری می‌باشند. در این پژوهش از روش مشاوره گروهی جهت تسهیل امر یادگیری مباحث بهداشت باروری برای فراگیران استفاده شد که بسیار مؤثر و کارآمد بود.

در این مطالعه میانگین سن افراد $16 \pm 2/08$ بود که با مطالعه شیرزادی $1/9 \pm 16/08$ هماهنگ بود (۱۵). ولی با مطالعه اسلامی مهر $13/8 \pm 10/8$ ناهمسو بود که می‌توان علت آن را جامعه نمونه پژوهش دانست (۱۶).

اهمیت نقش آگاهی در زمینه بهداشت باروری منجر به انجام پژوهش‌های متعددی در این زمینه در سطح جهان شده است در این زمینه می‌توان به پژوهش‌هایی که در کانادا (۱۷)، نروژ (۱۸)، یونان (۱۹)، ترکیه (۲۰)، انجام شده است اشاره نمود.

این مطالعه نشان داد که همچون سایر مطالعه‌ها، آگاهی بهداشت باروری نوجوانان ضعیف و با عقاید نادرستی همراه بود که می‌تواند زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی و عوارض بلند و کوتاه‌مدت از قبیل نازایی، کم‌خونی و سوءتغذیه را به دنبال داشته باشد (۲۱). بر اساس اطلاعات کسب‌شده در این پژوهش همسو با نتایج سایر تحقیق‌ها، دختران در مورد تغییرات جسمی بلوغ اطلاعات بسیار کمی داشتند (۱۲). ولی مطالعه نجفی نشان داد که اکثر واحدهای موردپژوهش آگاهی خوب در خصوص بهداشت دوران بلوغ داشتند که این تفاوت می‌تواند به علت متفاوت بودن جامعه پژوهش نجفی و همکاران با مطالعه حاضر باشد (۲۲).

طبق نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور، آموزش سبب افزایش اطلاعات و بهبود نگرش دختران در مواجهه با مشکلات جسمی بلوغ، نگرش مثبت نسبت به پدیده بلوغ و قبول تغییرات این دوران به‌عنوان تغییرات فیزیولوژیک، رفع نگرانی‌ها و در نتیجه تقویت حس اعتمادبه‌نفس و احترام به خویشتن می‌شود (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که آموزش تأثیر مثبت در افزایش و بهبود آگاهی بهداشت جسمی بلوغ و بهداشت باروری در نوجوانان داشته است (۲۳). همانند مطالعه‌ی ما مطالعه جان در آمریکا آموزش بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز (۲۴) و مطالعه علویچه و همکاران در پیشگیری از تغذیه نامناسب تأثیر مثبت داشته است (۲۵). در مطالعه حاضر همانند مطالعه شیرزادی و

همکاران دیگر نشان داده شد که اغلب دختران نوجوان در اولین قاعدگی احساس نگرانی، ترس، ناراحتی و بیم از غیرعادی بودن این پدیده دارند (۱۵). لذا کسب اطلاعات لازم در زمینه بهداشت باروری، در کاهش تنش نوجوانان در مواجهه با علائم بلوغ نقش مهمی دارد (۲۶).

لذا طبق نتایج این مطالعه و سایر مطالعه‌ها، باید مسائلی از قبیل تغذیه و نحوه انتقال بیماری ایدز و پیشگیری از آن، سرطان پستان و تغییرات جسمی دوران نوجوانی موردنیاز را در برنامه‌های آموزشی نوجوانان گنجانند، تا از وارد شدن آسیب‌های جسمی و روانی پیشگیری شود (۱۲).

در مورد مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشت باروری توسط نوجوانان، مطالعه‌های انجام شده در کشورهای درحال توسعه به این حقیقت تأکید می‌کند که اطلاعات در خصوص بهداشت باروری بندرت توسط معلمین یا متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و والدین نیز در بیشتر مطالعه‌ها اولین منبع کسب اطلاعات نیستند؛ بلکه مهم‌ترین منبع اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند (۲۷). این امر عواقب خطرناکی به دنبال خواهد داشت چراکه کسب اطلاعات نامعتبر از دوستان می‌تواند زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر در نوجوانان باشد (۱). در مطالعات انجام شده در کشورهای فیلیپین، ناپروبی، ویتنام و اندونزی، گروه همسالان به‌عنوان مهم‌ترین منبع کسب اطلاع در مورد مسائل بهداشت باروری بوده است (۲۸). در مطالعه جلالی و همکاران حاکی از آن است که اکثر نوجوانان بیان نمودند که به علت شرم و حیا و عدم احساس راحتی با والدین خود، اطلاعات را از همسالان خود دریافت می‌نمودند (۲۹). که با مطالعه ما همسو می‌باشد. ولی در مطالعه شیرزادی و همکاران که بر روی دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی انجام شده بود بیشترین منبع اطلاعات را از مربی بهداشت کسب نموده بودند (۱۹). تاکره و همکاران در تحقیقی در سال ۲۰۱۱ بر روی دانش آموزان دختر ناگپور هند انجام دادند که در مطالعه آن‌ها نیز منبع اصلی اطلاعات در مورد بهداشت باروری را از مادران خود کسب کرده بودند که این در حالی است که دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی از نعمت خانواده برخوردار نیستند (۳۰). محیط خانه، محیط یادگیری و یاددهی از راه‌های مختلف به‌ویژه تقلید است و فرزندان که قسمت عمده‌ای از عمر خود را در این محیط می‌گذرانند از اعضای خانواده بخصوص والدین خود الگو می‌گیرند این در حالی است که دختران ساکن در مراکز شبانه‌روزی از چنین نعمتی بی‌بهره‌اند (۳۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان این‌گونه مطرح کرد که ۱- موضوع بهداشت باروری در جامعه ما از نظر فرهنگی و اجتماعی دارای حساسیت خاصی است و این موضوع موجب عدم بیان بعضی

جهت افزایش میزان آگاهی بهداشت باروری این نوجوانان بهره برد و در نتیجه از بسیاری از مشکلاتی که به علت ناآگاهی و یا آگاهی غلط گریبان گیر نوجوانان می شود پیشگیری نبود و بتوان نسل آینده ایران عزیزمان را در جهت پیشرفت در مسیر درست هدایت نماییم. از طرفی به علت محروم بودن این گروه از نوجوانان عزیز از نعمت خانواده مربیان مراکز شبانه روزی می توانند از مشاوره گروهی جهت افزایش آگاهی نوجوانان بهره برده و موجب رشد و پیشرفت متعالی این نوجوانان گردند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی همدان است که در کمیته اخلاق با کد IR.UMSHA.REC.1395.18 در تاریخ ۹۵/۱/۲۱ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان ثبت شده است و با کد IRCT201707016888N17 با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. بدین وسیله از همکاری دانشگاه علوم پزشکی همدان، سازمان بهزیستی شهر همدان، مسئولین مراکز شبانه روزی بهزیستی و همه شرکت کنندگان در این مداخله تشکر می نمایم.

مشکلات و کناره گیری برخی نمونه ها از مشارکت فعال در روند مشاوره گروهی به دلیل ویژگی های شخصیتی مثلاً احساس خجالت از بیان مشکل بوده است که پژوهشگران تلاش نمودند از طریق به کارگیری مهارت های مشاوره ای و در اختیار قرار دادن شماره تماس خود به دختران نوجوان مورد مطالعه جهت رسیدگی به موارد خاص، این محدودیت را به حداقل برسانند. ۲- محدودیت دیگر این پژوهش میزان حجم نمونه در مراکز شبانه روزی بهزیستی همدان بود که می توان مطالعات وسیع در این زمینه در سراسر کشور صورت گیرد.

همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه مطالعه حاضر، با تعداد جلسات بیشتر و پیگیری طولانی مدت تر، جهت بررسی تداوم آموزش و یادگیری در زمینه بهداشت بلوغ انجام شود. همچنین استفاده از روش های گوناگون در زمینه آموزش جهت بررسی و کشف بهترین روش در افزایش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بلوغ نوجوانان پیشنهاد می شود. پژوهشگران به علاقه مندان در این زمینه پیشنهاد می کنند پژوهش حاضر را از جوانب مختلف در مناطق مختلف در قالب تحقیقات طولی برای دختران و پسران ساکن در مراکز شبانه روزی انجام دهند.

با توجه به مؤثر بودن مشاوره گروهی بر افزایش آگاهی بهداشت باروری در دختران نوجوان مراکز شبانه روزی می توان از این روش

References:

1. Mirzaie Najmabadi K, Babazadeh R, Shariati M, Mousavi A. Iranian teenage girls and reproductive and sexual health information and services; qualitative study. Iran J Obstet Gynecol Infert 2014;17(92):9-18.
2. World Health Organizatio. 2009; Available at: URL: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en. Accessed 16 June 2009.
3. National network statistics. Detailed results of the Population and Housing Statistics 2011. Tehran: National Bureau of Statistics [updated 2011; cited 2016]; Available from: http://nnt.sci.org.ir/sites/nnt/SitePages/report_90/population_report.aspx.
4. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female Adolescents Health-Information Needs: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2011;20(80):82-5.
5. Hatami H, Razavi M, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F. The textbook of public health. 3rd ed. Tehran: Arjomand publition; 2013. P.238-40.
6. Eftekhari ardabili H. Textbook of public health. Tehran: Arjomand; 2003.
7. Shakour M, Yamani N, Ehsanpou S, Alizadeh S. Reproductive Health Needs Assessment of Girl and Boy Teenagers. Armaghane danesh 2016;21(8):816-29.
8. Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in the achieving the target goala in Qazvin. J Qazvin Univ Med Sci 2008;12(2):76-82.
9. Azizi F, Zafarmand M, Biat F. Qualitative analysis of parents, teachers and students' beliefs about education of reproductive health to students using focus group discussion. Iran South Med J 2003;6(1):69-78.

10. Yamuna S. Online health information needs of unmet young people. *Indian Pediatr* 2009;46:441-2.
11. Solaymanifard S. The comparison of social skills of orphaned teenagers in welfare boarding center with adolescent in family in alternative family and adolescents in family in the Tehran (MSC thesis). Tehran: University of Social Welfare Rehabilitation Sciences; 2009.
12. Mirzaii K, Olfati F. Explaining the educational needs of adolescents about reproductive health from the perspective of teachers. *J Qazvin Univ Med Sci* 2015;73(2):68-76.
13. United Nations Population Fund. Available from: URL: <http://www.unfpa.org/adolescents/girls.htm>. Accessed 20 March 2009.
14. Farajzadegan Z, Ashtary N, Manzari L, Loghmani A. Evaluation of standard consulting from the perspective clients of reproductive health program in Isfahan. *J Isfahan Med College* 2013;30(217):2159-70.
15. Shirzadi S, Davoud A, Taghdisi M, Hosseini A. The effect of education based on health belief model on promotion of physical puberty health among teen girls in welfare boarding centers in Tehran. *J School Public Health Institute Public Health Res* 2012;10(2):59-71.
16. Eslamimehr F, Ramezankhani A, Khodakarim S, Rakhshani F. Assessment of puberty health behaviour and it's affecting factors in female secondary school students in Khamir city during 2015-2016. *J Health Field* 2015;14(2):10-8.
17. Langille DB, Hughes J, Murphy GT, Rigby JA. Contraception Among Young Women Attending High School in Rural Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique* 2002;93(6):461-4.
18. Hansen T, Skjeldestad FE. Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. *J Adolescence* 2003;26(4):481-93.
19. Kallipolitis G, Stefanidis K, Loutradis D, Siskos K, Milingos S, Michalas S. Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24(3):51-145.
20. Gökengin D, Yamazhan T, Özkaya D, Aytuğ S, Ertem E, Arda B, et al. Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *J School Health* 2003;73(7):258-63.
21. Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003;7(4):5-13.
22. Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd Grade Junior School Girl Students' Knowledge and Attitude toward Puberty Age Sanitation. *J Guilan Univ Med Sci* 2013;21(81):22-8.
23. Abedi R, Tol A, Majlessi F, Mahmoodi Majdabadi M. Determining the effect of an educational intervention based on constructs of health belief model on promotion of physical puberty health among student girls. *Razi J Med Sci* 22(137):85-94.
24. Jean N, Richard N, Alferda K. HIV/AIDS Education AmonIncarcerated Youth. *J Criminal Justice* 2000;23(2):145.
25. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. Application of the Health Belief Model for UnhealthyEating Prevention among Primary School Children in Arak / Iran (2004-2005). *Behbood, The Scientific Quarterly* 2008;11(4):352.
26. Laible D, Watson M, Koff E. Continuity of styles in the drawings of adolescent girls. *New Dir Child Adolesc* 2000;90:65-80.
27. Malek-afzali H, Jandaghi J, Zare M. A study on educational needs of teenager girls regarding the adolescent health and determination of proper strategies for adolescent health education. *J Semnan Univ Med Sci* 2000;1(2):39-48.

28. Tork-zahrani S, Lotfipour-Rafsanjani M, Ahmadi M, Alavi-Majd H. Midwives' views regarding educational needs in perimenopausal health and care. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwifery* 2007;17(57):26-31.
29. Jalali A, Nahidi F, Akbari A, Alavi M. Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education. *J Gorgan Univ Med Sci* 2010;12(3):84-90.
30. Thakre S, Reddy M, Rath N, Pathak K, Ughade S. Menstrual hygiene: knowledge and practice among adolescent school girls of Saoner, Nagpur district. *J Clin Diagnostic Res* 2011;5(5):1027-33.
31. Nejat N, Kashaninia Z, Memarian R. [Healthy behaviors of female teenagers living in orphanage centers and living with their families]. *J Hayat* 2008;14(1):49-59.

THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON IMPROVING THE AWARENESS OF REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENT GIRLS LIVING IN WELFARE BOARDING CENTERS

Fahimeh Ezzati arasteh¹, Fatemeh Shobeiri², Parisa Parsa³, Younes Mohammadi⁴

Received: 25 May, 2017; Accepted: 21 Aug, 2017

Abstract

Background & Aims: One of the global reproductive health priorities is adolescent reproductive health. In Iran, as the adolescents form a large part of the population, this issue has a special importance. Getting aware properly from puberty and sexual and reproductive health issues prevents many problems that can be risks. This study aimed to the effects of group counseling on reproductive health knowledge in adolescent girls living in welfare boarding centers.

Materials & Methods: This study a Semi- experimental interventional study (single band) did in 2016 on adolescent girls living on welfare boarding centers of in Hamadan. All eligible persons (n=30) were Therefore were enrolled with census. The intervention was conducted as group counseling. The data collection tool was questionnaire that three times (before, immediately after and one month after treatment) were used. Validity of questionnaires through the content and Ostensible, and Their reliability was confirmed by alpha Chronbach. Data using descriptive and inferential statistical methods using SPSS-20 software was analyzed. P-value was considered significant if it was less than 0.05.

Results: The results showed that knowledge in immediately and a month after the intervention at over time compared to before the intervention significantly increased ($P<0/001$).

Conclusion: The results showed that the intervention of group counseling on knowledge of different aspects of reproductive health of adolescent girls boarding centers effectively.

Key words: Reproductive health, counseling, knowledge, Adolescent, Welfare boarding centers

Address: Hamadan, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: (+98) 9365939576

Email: fshobeiri@yahoo.com

¹ Masters student Hamadan University of Medical Sciences , Graduate Student in midwifery counseling, Students Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Professor Hamadan University of Medical Sciences , Professor of Midwifery, Maternal and Child Care Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor Hamadan University of Medical Sciences, Associate Professor, midwifery, Research Center for chronic disease care at home, Nursing and midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Assistant Professor Hamadan University of Medical Sciences, Assistant Professor of Epidemiology, Faculty of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran