مجله ره آورد سلامت، دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله اصیل

کاربرد نظریه رفتار برنامه ریز ی شده برای پیش بینی رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در دانش آموزان دختر سال اول دبیرستان شهر خمیر در سال تحصیلی ۹۵-۹٤

فرناز اسلامی مهر: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
مهر:farnaz.islamimehr@gmail.com

* **فاطمه رخشانی** : استاد، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران *(مولف مسئول).fatemeh.rakhshani1000@gmail.com

علی رمضانخانی: استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
رمضانخانی:aramezankhani@sbmu.ac.ir

سهیلا خداکریم: استادیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
خداکریم:skhodakarim@sbmu.ac.ir

سمانه مظفریان: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
baharemozafarian@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: انجام تحقیقات گسترده در زمینه میزان آگاهی ، نوع نگرش و رفتار در زمینه سلامت بلوغ و تلاش در جهت ارتقاء سطح آن، در واقع سرمایه گذاری برای رسیدن به سلامت فردی و اجتماعی است. هدف این مطالعه پیش بینی رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهر خمیر بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که در بین ۱۲۰ نفر دانش آموز دختر متوسطه اول انجام گردید. نمونه گیری به روش تصادفی بود. ابزار پژوهش پرسشنامه ای محقق ساخته مشتمل بر سؤالات اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده بود. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص های توصیفی و آزمون های تحلیلی در سطح معنی داری $P<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: سطح آگاهی ۸۵/۸٪ از دانش آموزان در حد متوسط بود. همچنین اکثر دانش آموزان (۸۱/۷٪) عملکرد متوسطی در دوران بلوغ داشتند. تجزیه وتحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد نگرش پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ می باشند. همچنین تجزیه وتحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ و آگاهی، پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی در دوران بلوغ است.

نتیجه گیری: قصد رفتاری و آگاهی، پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی است. لذا در طراحی مداخلات آموزش بلوغ برای افزایش رفتارهای بهداشتی، بهتر است بر متغیر قصدرفتاری و آگاهی بیشتر توجه کرد.

واژگان کلیدی: بلوغ ، دختران دبیرستانی ، رفتار بهداشتی، نظریه

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

مقدمه

مقطع نوجوانی یکی از مهم ترین مقاطع دوران حیات است ، 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 است (۱). بلوغ به روندی گفته می شود که طی آن ، تغییرات فیزیکی موجب تغییرات بدن کودک به شکل فرد بالغ با قابلیت تولید مثل می شود (۲). یکی از مشکلات شایع زنان، قاعدگی دردناک است که در سابق به عنوان معمای علم زنان قلمداد می شد . دیسمنوره یا قاعدگی دردناک اولیه یک واژه یونانی برای توصیف انقباض دردناک عضلات رحمی است که در طی روزهای قاعدگی زنان بروز می کند (۳و ۴). عوامل مربوط به عادت ماهیانه مانند شدت خونریزی و مدت آن در کمبود آهن نقش دارند(۵).بنابراین آگاهی از مسایل دوران بلوغ تاثیر محسوسی در نحوه برخورد صحیح دختران با تغییرات این دوره و تصحیح رفتارهای بهداشتی آنان دارد وعدم رعایت این موضوع می تواند پایه گذار مسایل روانی و مشکلات رفتاری باشد (۶).

نوجوانان در خلال تغییرات دوران بلوغ و سیستم تولید مثل نیاز به آگاهی و حمایت دارند یکی از نیازهای اساسی بهداشت بلوغ و باروری ارتقاء سطح دانش و آگاهی نوجوانان درباره آن و در چارچوب فرهنگ و اعتقادات جامعه است(۷).. در مطالعه ای که در Enugu نیجریه انجام شد، دیسمنوره مسئول بیشترین تعداد غیبت از مدرسه بود. میانگین روزهای غیبت از مدرسه۱/۲± ۱/۸بود(۸).

در ایران طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ ، حدود ۱۲ میلیون نفر از جمعیت کشور را افراد ۱۹-۱۰ ساله تشکیل می دهند که حدود ۵۰درصد این تعداد دختران هستند(۸).بررسی مطالعاتی که در زمینه عملکرد دختران در دوران بلوغ انجام شده است، نشان می دهند اکثر آن ها عملکرد ضعیفی در این دوران داشته اند(۹ و ۱۰). همچنین چندین مطالعه که در زمینه بهداشت بلوغ در کشور انجام شده است حاکی از ناقص بودن آگاهی دختران در این زمینه می باشد (۱۱-۱۵).

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(۱۶). فقدان آگاهی در این باره و نداشتن عملکردهای صحیح بهداشتی در این دوره ممکن است فرد را مستعد ابتلا به عفونت های التهابی لگن و عوارض ناشی از آن مانند ناباروری نماید که خود مسایل و مشکلات عدیده اقتصادی و اجتماعی در پی دارد(۱۷). الگوهای رفتاری که در طول نوجوانی آغاز می شوند تاثیر زیادی بر سلامتی فرد در سال های بعد می گذارند(۱۸). رشد عادات مفید بهداشتی در طی کودکی و شروع نوجوانی بسیار حائز اهمیت است (۱۹). زیرا رفتارهایی که در نوجوانی شروع می شوند تمایل به ادامه در بزرگسالی را نیز دارند (۲۰).

تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از تئوری هایی است که در رابطه با پیش بینی رفتار های سلامت به طور وسیعی مورد توجه قرار گرفته است(۲۱).

با توجه به اهمیت مساله بلوغ و دشواری برقراری ارتباط با نوجوانان، این مطالعه با هدف پیش بینی رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهر خمیر انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که روی دانش آموزان دختر متوسطه اول با میانگین سنی (۰/۶۵) ۱۳/۷۳ سال در مهرماه سال ۱۳۹۴ در شهر خمیر انجام گردید. حجم نمونه لازم طبق مطالعات قبلی (۱۹, ۲۶) با سطح معنی داری ۵٪ و قدرت مطالعه ۸۰٪ حدود ۱۲۰ نفر تعیین شد. شهر خمیر تنها ۲ مدرسه دوره متوسطه اول دخترانه دارد. روش نمونه گیری به صورت تصادفی بود. بدین صورت که فهرست پایه های هفتم، هشتم و نهم در مدارس تهیه شد و سپس از بین ۳ پایه، پایه هشتم به صورت تصادفی انتخاب و سپس تمام دانش آموزان پایه هشتم متوسطه اول وارد مطالعه شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل، پشت سر گذاشتن حداقل دو دوره عادت ماهیانه و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مداخله نیز عدم تمایل و همکاری دانش آموزان به شرکت در مطالعه در هر یک از مراحل انجام پژوهش بود. این پژوهش، پس

Email:rsj@iums.ac.ir
[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

از کسب مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رضایت مسوولین آموزش و پرورش و اولیای دانش آموزان انجام شد.

جهت گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بر اساس موضوع و نظریه رفتار برنامه ریزی شده طراحی شد که توسط دانش آموزان تکمیل گردید. پرسشنامه شامل ۳ قسمت سوالات دموگرافیک، سوالات آگاهی و سوالات سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده در مورد بهداشت بلوغ و عادت ماهیانه بود. سوالات دموگرافیک شامل سن، سن قاعدگی، میزان تحصیلات و سن و شغل والدین، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، رتبه فرزندی، تعداد خواهران بزرگتر، فاصله سنی دختر نوجوان با خواهر بزرگتر، آموزش قبلی در مورد بهداشت بلوغ بود. ۲۱ سوال آگاهی در خصوص بهداشت بلوغ جسمی و سوالات سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده از ۱۰ سوال نگرش ، ۷ سوال هنجارهای ذهنی ، ۶ سوال کنترل رفتاری درک شده ، ۸ سوال قصد رفتاری و سوالات رفتار از ۱۶ سوال تشکیل شده بود.. برای امتیازدهی پرسشنامه در قسمت آگاهی به صورت سه و چهارگزینه ای بود که برای هر پاسخ درست ۱ نمره و برای بقیه گزینه ها نمره ۰ داده شده است سپس مجموع امتیازهای کسب شده در این قسمت محاسبه و میزان آگاهی با کسب امتیاز (۱۰۰-۷۱ درصد)، (۷۰-۳۱ درصد) و (۳۰-۰ درصد) به ترتیب به صورت خوب، متوسط و ضعیف رتبه بندی شد. جهت نمره دهی سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده از مقیاس لیکرت ۵ امتیازی استفاده شد به طوری که به جواب اشتباه نمره ۱ و به جواب درست نمره ۵ تعلق گرفت و در نمره دهی سوالات رفتار به جواب همیشه نمره ۲، به جواب گاهی اوقات نمره ۱ و به جواب هرگز نمره صفر تعلق گرفت، سپس مجموع امتیازات محاسبه و میزان عملکرد با کسب امتیاز (۱۰۰-۷۱ درصد)، (۷۰-۳۱ درصد) و (۳۰-۰ درصد) به ترتیب به صورت عملکرد مطلوب، عملکرد متوسط، عملکرد نامطلوب رتبه بندی شد و یک سوال در مورد منبع اطلاعاتی افراد در خصوص مسائل دوران بلوغ بود. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا، بدین صورت که پرسشنامه بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده و رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ و عادت ماهیانه، با توجه به منابع و کتب معتبر تهیه و پس از آن توسط اساتید صاحب نظر بررسی و نظریات آنان در پرسشنامه اعمال گردید نهایتا پس از رفع برخی اشکالات و ابهامات روایی آن تایید شد، پایایی پرسشنامه از طریق آزمون مجدد با ضریب پایایی ۰/۷۷ و همچنین با ضریب ICC برابر ۰/۷۶ تایید گردید. پژوهشگران با در نظر گرفتن برنامه کلاسی نمونه های مورد نظر و هماهنگی با مدیریت هر مدرسه، در ساعات مختلف به دبیرستان های مورد نظر مراجعه کردند. پس از توجیه دانش آموزان در خصوص انجام این مطالعه، بیان اهداف و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و این که در صورت لزوم نتایج حاضر در اختیار مسوولین و دانش آموزان قرار خواهد گرفت، پرسشنامه ها جهت تکمیل به افرادی که به عنوان نمونه مشخص شدند، داده شد.

تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش توسط نرم افزار spss نسخه ۲۲ انجام گرفت. در تحلیل نتایج از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی شامل Independent t-test، ANOVA و آزمون ضریب همبستگی Pearson و برای پیش بینی کننده های رفتار از آزمون ضریب همبستگی خطی استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۱۲۰ نفر دانش آموز دختر بودند. میانگین سن افراد ۰/۶۵± ۱۳/۷۳ بود، ۵۲/۵ درصد (۶۳ نفر) از دختران ۱۴ سال داشتند. ۴۵ درصد پدران و ۳۹ درصد مادران تحصیلات راهنمایی داشتند. بیشترین شغل پدران ۴۰/۸ درصد آزاد و مادران ۹۴ درصد خانه دار بودند. طبق آمار به دست آمده از وضعیت اقتصادی و درآمد خانوار، بیشتر دانش آموزان، ۵۴ درصد وضعیت اقتصادی خانواده خود را خوب ارزیابی کردند. تعداد فرزندان ۵۰/۸ درصد (۶۱ نفر) آن ها کمتر از ۳ نفر بود. رتبه تولد ۵۳/۳ درصد (۶۴ نفر) از آن ها ۲ تا ۶ بود. ۷۰/۸ درصد (۸۵ نفر) از آن ها خواهر بزرگتر نداشتند. میانگین سن اولین عادت ماهیانه افراد ۰/۸۱± ۱۲/۲۷ بود و ۴۵/۸ درصد افراد (۵۵ نفر) در سن ۱۲ سالگی برای اولین بار عادت ماهیانه شده بودند. ۹۵ درصد (۱۱۴ نفر) افراد در مورد بهداشت دوران بلوغ آموزش دیده بودند (جدول شماره ۱).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیرهای دموگرافیک		تعداد (درصد)
سن (به سال)	۱۳سال	۴۵ (۳۷/۵)
	۱۴سال	۶۳ (۵۲/۵)
	۱۵سال	۱۲ (۱۰)
سن اولین عادت ماهیانه (به سال)	۱۰ سال	۲ (۱/۶)
	۱۱ سال	۱۶(۱۳/۳)
	۱۲ سال	۵۵ (۴۵/۸)
	۱۳ سال	۴۱ (۳۴/۱)
	۱۴ سال	۶(۵)
آموزش قبلی در مورد بهداشت بلوغ	آموزش دیده	۱۱۴(۹۵)
	آموزش ندیده	۶(۵)
تحصیلات پدر	بی سواد	۱۰(۸/۳)
	ابتدایی	۲۱(۱۷/۵)
	راهنمایی	۵۴(۴۵)
	دیپلم	۳۳(۲۷/۵)
	دانشگاهی	۲(۱/۶)
تحصیلات مادر	بی سواد	۱۵(۱۲/۵)
	ابتدایی	۴۱(۳۴/۱)
	راهنمایی	۴۷(۳۹/۱)
	دیپلم	۱۴(۱۱/۶)
	دانشگاهی	۳(۲/۵)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴(۳/۳)
	متوسط	۳۹(۳۲/۵)
	خوب	۶۵(۵۴/۱)

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

	عالی	(۱۰)۱۲
شغل پدر	آزاد	(۴۰/۸)۴۹
	نگهبان	(۳۱/۶)۳۸
	کارمند	(۳/۳)۴
	مکانیک	(۲/۵)۳
	راننده	(۲/۵)۳
	کارگر	(۶/۶)۸
	ملوان	(۷/۵)۹
	بیکار	(۴/۱)۵
شغل مادر	خانه دار	(۹۴/۱)۱۱۳
	شاغل	(۵/۸)۷
تعداد فرزندان	کمتر از ۳ نفر	(۵۰/۸)۶۱
	۳ تا ۶ نفر	(۴۲/۵)۵۱
	بیشتر از ۶ نفر	(۶/۶)۸
رتبه تولد	رتبه اول	(۵۰)۶۰
	رتبه ۲ تا ۶	(۵۳/۳)۶۴
	رتبه بیشتر از ۶	(۵)۶
تعداد خواهران بزرگتر	خواهر ندارد	(۷۰/۸)۸۵
	۱ تا ۳ خواهر	(۲۲/۵)۲۷
	بیشتر از ۳ خواهر	(۶/۶)۸

میانگین نمرات سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده برای نگرش ۳۴/۶۷ با انحراف معیار ۴/۹، هنجارهای انتزاعی ۲۷/۴۹ با انحراف معیار ۴/۳، کنترل رفتاری درک شده ۲۳/۳۵ با انحراف معیار ۳/۹، قصد رفتاری ۲۶/۸۹ با انحراف معیار ۳/۱ و رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ ۲۰ با انحراف معیار ۲/۶ به دست آمد. میانگین نمره آگاهی نیز ۱۱/۳۷ با انحراف معیار ۲/۵ بود. طبق یافته های این پژوهش، میزان آگاهی ۱۰۳ نفر (۸۵/۸ درصد) در حد متوسط بوده است(جدول شماره ۲). در ادامه، یافته ها نشانگر آنند که اکثر دانش آموزان (۸۱/۷ درصد) عملکرد متوسط در دوران بلوغ داشتند (جدول شماره ۲).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

جدول شماره ۲-توزیع فراوانی دانش آموزان بر حسب میزان آگاهی و رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در میان دانش آموزان دختر متوسطه اول شهر خمیر در سال تحصیلی ۹۵-۹۴

متغیر	مشخصه	فراوانی(درصد)
آگاهی	خوب	۱۰(۸/۳)
	متوسط	۱۰۳(۸۵/۸)
	ضعیف	۷(۵/۸)
	کل	۱۲۰(۱۰۰)
عملکرد	عملکرد مطلوب	۲۱(۱۷/۵)
	عملکرد متوسط	۹۸(۸۱/۷)
	عملکرد نامطلوب	۱(۰/۸)
	کل	۱۲۰(۱۰۰)

آزمون همبستگی پیرسون بین سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده نشان داد که بین نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده با قصد انجام رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی داری وجود دارد. بین قصد با رفتارهای بهداشتی نیز ارتباط معناداری وجود داشت(p=0/006)؛ به عبارت دیگر، هرچه نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده دانش آموزان بالاتر باشد، احتمال قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ از طرف آن ها بیشتر می شود. بین آگاهی با رفتارهای بهداشتی نیز ارتباط معناداری وجود داشت (p=0/005)؛ به عبارت دیگر، هرچه قصد و آگاهی بالاتر باشد، احتمال انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ نیز بیشتر می شود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ : همبستگی میان سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده

متغیر		آگاهی	رفتار	نگرش	هنجارهای ذهنی	کنترل رفتاری درک شده	قصدرفتاری
آگاهی	R	۱					
	P	-					
رفتار	R	۰/۲۵۳ **	۱				
	P	۰/۰۰۵	-				
نگرش	R	۰/۰۶۸	۰/۱۵۸	۱			
	P						

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

	R	۰/۴۶۰	۰/۰۸۵	-			
هنجارهای ذهنی	P	۰/۱۴۱	۰/۰۹۴	۰/۲۸۴ **	۱		
	R	۰/۱۲۴	۰/۳۰۹	۰/۰۰۶	-		
کنترل رفتاری درک شده	P	۰/۱۳۵	۰/۱۳۴	۰/۳۲۷ **	۰/۱۹۴*	۱	
	R	۰/۱۴۱	۰/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳۴	-	
قصد رفتاری	P	۰/۱۷۲	۰/۳۴۵ **	۰/۲۹۸ **	۰/۲۳۳*	۰/۱۹۱*	۱
		۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۰۳۶	-

* همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنی دار است

** همبستگی در سطح ۰،۰۱ معنی دار است

تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که نگرش پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ است. در دانش آموزانی که نگرش مثبت تر داشتند، احتمال اینکه قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ داشته باشند بیشتر بود.

همچنین تجزیه وتحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ و آگاهی پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ است. دانش آموزانی که قصد بالاتر و آگاهی بیشتری داشتند، احتمال انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در آ نها بیشتر بود. قصد رفتاری نسبت به آگاهی، پیش بینی کننده قوی تری در انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ بود(جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: رگرسیون خطی قصد انجام و رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده

متغیرها	R_2	B	SE	BETA	P
قصد رفتاری	۰/۰۸۱				
ثابت		۲۰/۲۷۳	۱/۹۷۱	-	<۰/۰۰۱
نگرش		۰/۱۹۱	۰/۵۶	۰/۲۹۸	<۰/۰۰۱
رفتارهای بهداشتی	۰/۱۴۴				
ثابت		۰/۶۸۸	۰/۳۱۸	-	۰/۰۳۳
قصد رفتاری		۰/۰۳۹	۰/۰۱۱	۰/۳۱۱	<۰/۰۰۱
آگاهی		۰/۲۱۰	۰/۰۹۰	۰/۲۰۰	۰/۰۲۲

SE: خطای استاندارد، BETA: ضریب تاثیر، P: سطح معنی داری

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

بررسی توزیع فراوانی منبع اطلاعاتی افراد در خصوص مسائل بلوغ و رفتارهای بهداشتی دوران عادت ماهیانه نشان داد که بیشترین منبع اطلاعاتی افراد مادر (۶۶/۶ درصد، ۸۰ نفر) بود و مربی بهداشت مدرسه، اعضای خانواده و کتاب در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی منبع اطلاعاتی واحدهای مورد پژوهش در خصوص مسائل دوران بلوغ

منبع اطلاعاتی	تعداد	درصد
تلویزیون	۱۴	۱۱/۶
کتاب	۲۶	۲۱/۷
روزنامه و مجله	۴	۳/۳
مادر	۸۰	۶۶/۶
اعضای خانواده	۳۲	۲۶/۶
سایت های اینترنتی	۱۰	۸/۳
جزوات آموزشی	۱۲	۱۰
مربی بهداشت مدرسه	۳۸	۳۱/۷
کارکنان مراکز بهداشتی درمانی	۹	۷/۵
معلمین	۲۰	۱۶/۶
مشاور مدرسه	۳	۲/۵
دوستان مدرسه	۲۲	۱۸/۳

بحث

هدف این مطالعه پیش بینی رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهر خمیر بود. بر اساس یافته های این پژوهش سطح آگاهی ۸۵/۸ درصد از دانش آموزان در حد متوسط بود. این یافته مشابه نتایج مطالعه دبیری در سال ۸۵ در دختران دبیرستانی شهر بندرعباس (۷)، که در آن میزان آگاهی دانش آموزان در رابطه با مسائل بهداشت دوران قاعدگی در سطح متوسطی ارزیابی شد، می‌باشد. آگاهی متوسط در واقع حدود ده سال بعد از مطالعه دبیری در بندرعباس، به نظر می‌رسد بندرخمیر وضعیت مطلوبی ندارد و در این مدت آموزش‌های موثری باید به دختران ارائه می‌شد. در مطالعه نجفی در لاهیجان در سال ۸۹ که در آن نشان داده شد، ۶۰/۴ درصد دختران نوجوان آگاهی در حد خوب در زمینه سلامت بلوغ دارند، وضعیت بهتری را نشان می دهد(۲۷). نتایج حاصل از مطالعه قهرمانی و همکاران (۱۹)، در سال ۸۶ حاکی از آگاهی ضعیف دختران مدارس راهنمایی دولتی شهر چابهار در خصوص مسائل بهداشتی دوران بلوغ می‌باشد که با مطالعه ما همخوانی ندارد. در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای در آناند، ایالت گجرات هند برای بررسی آگاهی، نگرش و اعتقادات نسبت به قاعدگی نشان داد که ۳۷/۲درصد از قاعدگی قبل از شروع آن آگاه نبودند (۲۴). در این پژوهش مشخص شد ۸۱/۷ درصد دختران دارای عملکرد متوسطی پیرامون بهداشت جسمی دوران بلوغ بودند. نتایج مطالعه نوری سیستانی (۱۱)، در سال ۱۳۸۷ بر روی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران نشان داد، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۸ درصد) نسبت به بهداشت جسمی دوران بلوغ از عملکرد پایینی برخوردار بودند که با مطالعه حاضر همسو نیست. تفاوت نتایج می‌تواند به علت گذشت زمان و آگاه‌تر شدن دختران و استفاده از روش‌های مختلف پژوهش باشد. در مطالعه سعادتمند و همکاران (۲۵)، در قم در سال ۱۳۸۵، اکثر دانشجویان (۸۷/۶ درصد) از رفتارهای بهداشتی متوسط دوره قاعدگی برخوردار بوده‌اند که با مطالعه ما همسو است. در این مطالعه، نوار بهداشتی توسط ۹۸/۵ درصد دانش آموزان استفاده می‌شد، در حالی که در مطالعه تاکره (۲۶)، در ناگپور هند در سال ۲۰۱۱، نوار بهداشتی بوسیله ۴۹/۳ درصد دختران استفاده می‌شد که این نتیجه

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

به خاطر این بود که ۷۳ درصد دختران هندی محدودیت های مختلفی در دوران قاعدگی داشتند.

هما نگونه که نتایج نشان داد از بین سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده، عامل نگرش، پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ بود. هرچه نگرش نسبت به رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ مثبت تر باشد، قصد انجام رفتارهای بهداشتی بیشتر است.

در چندین مطالعه انجام شده، نگرش رابطه معناداری را با قصد انجام رفتار نشان داده است. در مطالعه Moyano Diaz سازه نگرش پیش بینی کننده مناسب تری نسبت به سازه کنترل رفتاری درک شده برای قصد عبور از خیابان در افراد شرکت کننده در مطالعه بود و هرچه افراد نگرش مثبت تری نسبت به عبور صحیح از خیابان داشتند به همان نسبت قصد قویتری برای انجام رفتار در آنها شکل گرفته بود (۲۷). در مقابل در مطالعه پلوتر نگرش رابطه معنادار مستقیمی در پیش بینی رفتارهای رانندگی در رانندگان کامیون نشان نداد (۲۸). همچنین در مطالعه مهری و همکاران در مورد میزان استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار، عامل کنترل رفتاری درک شده پیش بینی کننده قصد استفاده ازکلاه ایمنی بود (۲۹)؛ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. نتیجه مطالعه پیمان و سمیعی نشان داد که نگرش مثبت به تنهایی منجر به قصدرفتاری استفاده از مسواک و نخ دندان نشده و با متغیرهای هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده ارتباط مثبت و معنی داری دارد(۳۰).

در مطالعه حاضر، عامل هنجارهای انتزاعی، پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ نبود.

مطالعه مهری و همکاران در مورد استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده نشان داد که هنجارهای انتزاعی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق کنترل رفتاری درک شده و نگرش، قصد استفاده از کلاه ایمنی را پیشگویی می کند(۲۹). در مطالعه آشوغ (۳۱)، عامل هنجارهای انتزاعی، پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای ایمن رانندگی نبود .

نتایج مطالعه حاضر نشان داد قصد رفتاری پیش بینی کننده انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ است و هر چه قصد دانش آموزان دارای رفتارهای بهداشتی بیشتر باشد، منجر به انجام بیشتر این رفتار های بهداشتی می شود.

در تحقیق غفاری و همکاران پیرامون تعیین کننده های روانشناختی مصرف غذاهای سریع نشان دادند که هر چه قصد بالاتر باشد، احتمال تغییرات رفتاری در دانش آموزان بیشتر است و هر چه قصد فرد برای مصرف غذاهای سریع بیشتر باشد، غذاهای سریع بیشتری مصرف می کند(۳۲).

در مطالعه انجام شده توسط Dunn و همکاران نیز میزان پیش بینی رفتار توسط قصد رفتاری، ۵۰ درصد بود(۳۳).

بر پایه نتایج مطالعه حاضر، مهم ترین منبع اطلاعاتی افراد، مادر بود و مربی بهداشت مدرسه و اعضای خانواده در رتبه های بعدی قرار داشتند. در مطالعه دیگری که در زمینه بهداشت بلوغ انجام گرفته است مهم ترین منبع اطلاعاتی افراد مادران بوده اند(۳۴). مطالعه دیگری که در کراچی پاکستان انجام شد اینترنت را منبع اطلاعات خود بیان کرده بودند(۳۵).

نتیجه گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر، الگوی مورد بررسی می تواند به عنوان یک الگوی مناسب برای پیش بینی قصد و انجام رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در دانش آموزان دختر استفاده شود و مهم ترین پیش بینی کننده قصد انجام رفتارهای بهداشتی نگرش است؛ یعنی هرچه فرد ارزیابی مثبت تری از انجام رفتارهای بهداشتی داشته باشد، میزان انجام این رفتارها بیشتر خواهد شد. همچنین در این بررسی آگاهی، پیش بینی کننده انجام رفتارهای بهداشتی بود؛ به عبارت دیگر، هرچه دانش آموزان احساس کنند که در انجام رفتارهای بهداشتی آگاهی بیشتری دارند، این رفتارها را بیشتر انجام می دهند. از نتایج به دست آمده از این مطالعه می توان برای برنامه ریزی و ایجاد راهبردهایی جهت افزایش رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ در دانش آموزان دختر استفاده کرد و بر تقویت نگرش و آگاهی در دانش آموزان تأکید نمود. با توجه به اهمیت مادران به عنوان منبع کسب اطلاع، لازم است در مورد آموزش مادران توسط سیستم های آموزشی توجه بیشتری صورت گیرد.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

از محدودیت های این پژوهش می توان به حساسیت نسبت به بلوغ و مسائل این دوران اشاره کرد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می شود به منظور ارتقاء رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ مداخلاتی با هدف تقویت نگرش و آگاهی در دانش آموزان انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود تا مطالب مربوط به دوران بلوغ در کتاب های درسی گنجانده شود. همچنین کلاس های آموزشی درباره نیازهای دختران نوجوان برای والدین برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد ۶۷۲۷ و بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

بدین وسیله از اداره آموزش و پرورش، مدیران، مسئولان و دانش آموزان دختر متوسطه اول شهر خمیر که نهایت همکاری را در اجرای این تحقیق داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

منابع

1. Edelman C, Mandle CL. Health promotion throughout the lifespan. St. Louis: Mosby;1998.

2. Ghergherehchi R, Shoaree N. Age of puberty and its relationship with body mass index in Iranian girls living in Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2011; 33(2):63-68. [Persian].

3. Beigam Agha Amiri Z, Vijeh M, Latif Nejad R, Nabavi S. Effect of acupressure on pain severity of primary dysmenorrheal. Hayat 2005; 11(4): 19-28. [Persian].

4. Tussing- humphreys, LM, Liang H, Nemeth E, Freels S, Braunschwelg CA. Excess Adiposity, Inflammation, and Iron-Deficiency in Female Adolescents. Journal of the American Dietetic Association,2009. 109, pp.297-302.

5. McPherson ME, Korfine L. Menstruation across time: Menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors. Women's Health Issues 2004; 14(6):193-200.

6. Dabiri F, Abedini S, Shahi A, Kamjoo A. The effect of different methods of health education on knowledge, attitudes and practice of female students regarding menstrual hygiene in Bandar Abbas (2006). Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2009; 12(4):271-79 .[Persian].

7. Anonymous. Menstruation; Study Findings on Menstruation Are Outlined in Reports from University of Nigeria. Obesity, Fitness & Wellness Week. Atlanta: Feb 5, 2011. pg. 1900.

8. Organization of Management and Planning in Iran, Dargah Melli Amar. General numeration of population and house. [Online 2014]. Available from :www.amar.org.ir/portals/o/files/abstract/1390/n-sarshomari90-20.pdf.

9. Nouri M, Merghati Khoi E. The impact of peer-based educational approaches on girls' physical practice of pubertal health. Arak Medical University Journal 2010; 12(4):129-35 . [Persian].

10. Naorowzikowmare A, Kamali F. Awareness, performance and attitude towards girls' high school students Bushehr on menstrual hygiene. Iranian South Medical of Journals.2001; 3(1):60-6. .[Persian].

11. Moodi M, Zamanipour N, Sharifzadeh Gh R, Akbari Bourang M, Salehi Soleyman. Evaluating Puberty Health Program Effect on Knowledge Increase among Female Intermediate and High School Students in Birjand. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2007; 13(4 (29):36-41.[Persian]

12. Malek Afzali H, Jandaghi J, Robab Allameh M, Zare M. Study of educational needs of 12-14 years old girls about adolescent health and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education. Koomesh. 2000;1(2):39-47. [Persian]

13. Zare M, Jandghi J, Alammeh MR, Kolahdoz M, Asadi A. Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 year old girls. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2006; 14(56):18-26 [Persian]

14. Ghahremani L, Heydarnia A, Babaie G, Nazary M. Effects of puberty health education on health behavior of secondary school girl students in Chabahar City. Iranian South Medical Journal. 2008; 11 (1): 61-68. [Persian]

15. Khakbazan Z, Jamshidi F, Mehran A, Damghanian M. Comparison of two

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

training methods (lectures - training package) on the girls' awareness about adolescent health. Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2009;14(1):41-8. [Persian]

16. Keramati M, Esfandyari M, Mahjub Eshrat Abadi H. impact of adolescent health education program on knowledge, attitudes and general health of adolescents. Quarterly Journal of New Thoughts on Education 2009;5(1):35-50. [Persian]

17. Teen resource for advice, health information, social interaction, Teen growth, 2004. www.Teen growth.com.

18. Wickman ME, Anderson NL, Greenberg CS. The adolescent perception of invincibility and its influence on teen acceptance of health promotion strategies. J Pediatr Nurs.2008; 23(6):460-8.

19. Levers LCE, Burant C, Drotar D. Social support, knowledge, and self-efficacy as correlates of osteoporosis preventive behaviors among preadolescent females. J pediatr psychol 2003; 28(5): 335-45.

20. Mahon NE, Yarcheski Tj, Yarcheski A. The revised personal Lifestyle questionnaire for early adolescents. West J Nurs Research 2002; 25(5): 547-53.

21. Karimi Shahanjarini A. Application of a combined approach in identifying the determinants of junk food consumption in adolescent. Thesis submitted for the degree of PhD in health education. Department of health, Tehran University of medical scines,2010;1-50. [Persian].

22. Shirzadi S, Davoud A, Taghdisi MH, Hosseini AF. The effect of education based on health belief model on promotion of physical puberty health among teen girls in welfare boarding centers in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012; 10(2):59-71. [Persian].

23. Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd grade junior school girl students' knowledge and attitude toward puberty age sanitation. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2012; 21(81):22-28. [Persian].

24. Tiwari H, Oza UN, Tiwari R. Knowledge, attitudes and beliefs about menarche of adolescent girls in Anand district, Gujarat. Eastern Mediterranean Health Journal 2006; 12(3-4):428-33.

25. Saadatmand M, Karimi F, Khalesi M, Tabraei Y. Evaluate hygienic behavior and the menstrual cycle in female students free Of Qom. Journal of Women and Health 2006; 1(3):1-11 [Persian].

26. Thakre SB, Thakre SS, Reddy M, Rathi N, Pathak K, Ughade S. Menstrual hygiene: knowledge and practice among adolescent school girls of Saoner, Nagpur district. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2011; 5(5):1027-33.

27. Diaz EM .Theory of planned behavior and pedestrian inention s to violate traffic regulations. Transport Res F Traffic regulations. Transport Res f Traffic Psychol Behav 2002; 5:165-75.

28. Damian R. Poulter PC, Peter A. Bibby, David D. Clarke, David Crundall. An application of the theory of planned behaviourtotruck driving behaviour and compliance with regulations. Accident Analysis and Prevention 40. 2008:2058-64.

29. Mehri A, Mazloomy Mahmoodabad SS, Morowatisharifabad MA. Determinants of helmet use behaviour among employed motorcycle riders in Yazd, Iran based on theory of planned behaviour. Injury journal. 2011;42(9) 864-869.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

30. Peyman N, Samiee Roudi KH. The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Caries Prevention of Permanent Teeth in Fifth Grade Students in Khaf City. J Mash Dent Sch 2015; 39(2): 123-36. [Persian]

31. Ashoogh M, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Tajvar A. Utilizing the theory of planned behavior to Prediction the safety driving behaviors in truck drivers in Bandar Abbas 1392. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2013;1(3):5-14. [Persian].

32. Ghaffari M, Sherizadeh Y, Rakhshandehroo S, Ramezankhani A. Psychological determinants of fast-food consumption among male students of Khoy city high schools: an application of the theory of planned behavior. Pejouhandeh 2015;20(5):266-272.

33. Dunn KI, Mohr P, Wilson CJ, Wittert GA. Determinants of fast-food consumption. An application of the Theory of Planned Behaviour. Appetite 2011;57(2):349–57.

34. 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. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2008; 12(2):76-82. [Persian].

35. Ali TS, Ali PA, Waheed H, Memon AA. Understanding of puberty and related health problems among female adolescents in Karachi, Pakistan. Journal-Pakistan Medical Association 2006; 56(2):68.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

Utilizing the theory of planned behavior to Prediction the puberty health behavior in female secondary school students in Khamir city during 2015-2016

Farnaz Eslamimehr: MSc of Health Education, Student Research Committee, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. farnaz.islamimehr@gmail.com

***Fatemeh Rakhshani**: Professor Health Education, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center (SPIPRC), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, School of Public Health, Tehran, Iran (*Corresponding Author). fatemeh.rakhshani1000@gmail.com

Ali Ramezankhani: Professor, Public Health Department, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. aramezankhani@sbmu.ac.ir

Samaneh Mozaffrian : Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. baharemozafarian@gmail.com

Soheila Khodakarim: MSc of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. skhodakarim@sbmu.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: Conducted extensive research in the field of knowledge, type of attitude and behavior on puberty health and efforts to promote it. In fact, investment to achieve personal and social health. The purpose of this study was to predict the puberty health behaviour in female secondary school students based on the theory of planned behavior in Khamir city.

Materials and Methods: Cross-sectional study was conducted among 120 female secondary school students. Sampling was random sampling. The data were collected by a questionnaire including demographic characteristics and a questionnaire based on the TPB constructs. The collected data was analyzed using SPSS version 22 as well as descriptive and inferential analysis to predict the behavior in a significant level of $p<0.05$.

Results: About 85.8% of students were moderately aware about this period. Also, the majority of students (81.7%) produced a moderate performance in their adulthood. Multiple regression analyses revealed that attitude could predict the intention for puberty health behaviour. Furthermore, behavioral intention and knowledge predicted puberty health behaviours.

Conclusion: Based on the results, the behavioral intention and knowledge predicted the puberty health behaviours.It is better to put more emphasis on strategies to promote behavioral intention and knowledge students.

Key words: puberty, female student, health behaviours, theory

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]