

به نام خدا



کارگاه آموزشی "بهداشت بلوغ"

شبکه بهداشت و درمان شهرستان فومن

تابستان ۱۴۰۳

اتیولوژی بلوغ

هویت جنسی وتوالی حوادث بلوغ در دختران نوجوان

دگر جاچادی

* هویت جنسی = gender identity

* هویت جنسی در یک شخص چه مرد باشد و چه زن توسط جوعه ای از جنسیت ژنتیکی، گنادی و فتوتیپی تعیین می‌شود و محیط نیز روی آن تأثیر دارد.

* جنسیت ژنتیکی توسط کروموزوم‌های XX و XY تعیین می‌شود.

* جنسیت گنادی توسط ovary (تخم‌دان) و Testis (تولق) می‌شود.

* جنسیت فتوتیپی توسط اندامهای جنسی خارجی و صفات ثانویه جنسی که در زمان بلوغ ایجاد می‌شود تعیین می‌شود.

* هویت جنسی شامل تمام رفتارهای جنسی از قبیل حالات بدنی طرز رفتار، گلوگویی صحبت کردن، نوع تفریحات مورد علاقه، نحوه خوابها و ... است.

* تظاهر جنسی و هم جنس گرایی یا گرایش به جنس مخالف نشان دهنده برآیند تمام تأثیرات جنسه بر فرد قبل و بعد از تولد می‌باشد.

* هویت جنسی بعد از تولد، شامل نقش اقتصادی رده شده از سوی جامعه بر اساس فتوتیپی و رفتار فرد است.

* تغییر جنسی نرمال شامل توانی از فرایندهای مربوط به جنسیت ژنتیکی (که در زمان لقاح آغاز می‌شود) و جنسیت گنادی (بعد از جنسیت ژنتیکی تعیین می‌شود) است.

* جنسیت گنادی محیط هورمونی اطراف رویان را کنترل می‌کند و باعث رشد و نمو اندامهای تناسلی داخلی و خارجی در جهت مرد یا زن بودن می‌شود و در تغییر جنسی، نقش مغز رویان شاکت شده است.

* تغییر جنسی اکثرآ و عموماً به وجود یا عدم وجود کروموزوم Y بستگی دارد.

* تغییر که در بلوغ رخ میدهد نشانه گذر از مرحله کودکی به بزرگسالی و بوجود آمدن "قابلیت تولید مثل" است.

* بلوغ شامل فرایندی از رسش یا maturation شناختی، روانی، اجتماعی و بیولوژیکی است.

* رشد و نمو صفات ثانویه جنسی قابل رویت ترین تظاهرات در ابتدای بلوغ هستند ولی تغییرات در ترکیب بدن و رشد شناختی از اهمیت کثیری برخوردار نیست.

* تغییرات بلوغ در بیاری از فصول آن مشاهده می شود
حتی اگر طبیعی باشد. اگر بلوغ زودتر یا دیرتر رخ دهد این چالشها شدیدترند و مشکلات عواقبی دارند.

اندوکرینولوژی بلوغ نرهای

هیپوتالاموس، غده هیپوفیز قدامی، غده پینه چینی، نوزاد، شیرخوار و کودک نابالغ همگی قادر به ترشح هورمونها در مقادیر بزرگسالان هستند.

کلید فهم اندوکرینولوژی بلوغ اول در فهم مکانیسمهای منفذی است که محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - گنادر را کنترل میکند.

* دکتر Ernest Knobil ماهیت ریتمیک و منقطع ترشح GnRH را از هیپوتالاموس توصیف کرد.

* در هتم قوسی (arcuate) هیپوتالاموس، ۱۵۰۰-۲۰۰۰ سلول تخصصی مولد GnRH وجود دارد و نورونهای تخصصی مولد GnRH دارای فعالیت اتوریتمیک هستند و یک ضربان ساز در ترشح GnRH هستند.

* هیپوفیز هم سلول گنادوتروپ دارد که در غشای خود برای GnRH رستور دارد و به پیامهای هیپوتالاموس جواب میدهد و در تولید ضربان LH و FSH تولید میکند - باعث بلوغ غدد جنسی و ترشح ضربان استروئیدی (آندروژن و استروژن) میشود.

* در هفته ۱-۹ جنین سیم وریدی باب هیپوتالاموس هیپوفیز شروع به تکمیل میکند و در ۱۹-۲۰ هفته کامل میشود.

← FSH, LH جنین و در ۲۴-۲۰ هفته به max میرسد و سپس در ۱۰ هفته آخر حاملگی بخاطر اثرات استروژن و پروژسترون حاملگی و هفته FSH و LH مهار و کم میشود و پس از تولد نوزاد و برداشتن شدن جفت مجدداً آلوکی ضربان GnRH و در ضربان FSH و در بیان LH بالا میرود که در دوران باعث رشد و نمو فولیکولهای تخمدانی میشود و در دوران باعث ترشح Testis از Testis میشود.

* سطح گنادوتروپینها و استروئیدهای گنادی در شیرخواران بالا میرود و در شیرخوار دختر در ۱۸-۱۲ ماهگی و در شیرخوار پسر در ۳-۴ ماهگی به حد اکثر میرسد. سپس توانمندمانه ترشح GnRH غیر منظم و پائین می ماند تا به نزدیک بلوغ برسیم. به اصطلاح یک وقفه جوان Juvenile Pause یا خاموشی محور هورمونی از شیرخوارگی تا بلوغ داریم.

* این خاموشی با سیم منجمت می شود - گنادواتات: در هیپوتالاموس هست (۱) مهار مرکزی ترشح GnRH (۲)

حدود تکسیتال قبل از تلاک (جوانه زدن پستان) در دختران نابالغ
 ترشح شبانه GnRH (گنادوتروپین ها) تغییر می کند و نسبت
 LH/FSH بالا می رود و باعث \uparrow استرادیول شده و جوانه
 پستان رشد می کند (LH = ۱ برابر و FSH = ۲ برابر می شود)
 * کم کم ترشح شبانه ضریب GnRH به ترشح روزانه مستقل می شود
 و توان ترشح زیاد می شود.

* با پرفرت بلوغ رامنه ضربات LH ۴-۲۰ برابر قبل
 بلوغ است ولی در طول بچ این توان ترشح برابر است.

* اوولاسیون یا تخک گذاری معمولاً تکسیتال بعد از منارک
 (پرپر رخ میدهد).

* زمان ، توانی و سرعت رشد بلوغ بین
 افراد مختلف متفاوت است ولی وقایع کلیدی
 بلوغ عموماً از یک الگوی قابل پیش بینی تبعیت می کند.

آدرناک ← تلاک ← یوبارک ← منارک

* آدرناک : فعال شدن آندورژن آدرنال که از قبل بلوغ
 شروع می شود و منجر به یوبارک (رشد موی بوبیس)
 خواهد شد و حدود نیش ساکن در دختر
 پسر هست.

* فدائید آدرناک مستقل از محور هیپوتالاموس - هیپوفیز
 گناد رخ میدهد.

* بهترین شاخص آدرناک غلظت سرمی DHEAS
 است که باید به بالای $40 \mu\text{g}/\text{cc}$ برسد و در کودکان
 ۵-۱ ساله به اندازه $35-5 \mu\text{g}/\text{cc}$ است.

* آدرنال ۲ بقیه دارد ← مرکزگی : آندورژن ترشح می کند
 ← حیطی یا کورتکس : کورتون ترشح می کند
 (MC, GC)

* محرک اصلی آدرنال معلوم نیست ولی به احتمال قوی ACTH
 است (از هیپوفیز)

* در شرایط خاص مثل استرس ، بیماری مزمن ، یا استهای عصبی و جراحی
 ترشح کورتون بالا می رود.

* لیپین هم ممکن است در آدنارک نقش داشته باشد چون آدنارک

با \uparrow چربی بدن در قبل از بلوغ با \uparrow لیپین همراه است

و با \uparrow انسولین و GH \uparrow هم مربوط است.

* آدنارک $\leftarrow \uparrow$ آندوفون \leftarrow پوبارک

\uparrow فعالیت واحد پیلوسپایس و
حاره فولیکول مو و چربی هفت

* ضمناً سطح آندوفون آدنال با تغییر چگالی استخوان هم
ارتباط دارد و این هورمونها ممکن است در رشد کورتکس
استخوان نقش داشته باشد.

* آدنارک ۲-۳ سال قبل از گنادرک (یعنی فعال شدن محور
هیپوتالاموس-هیپوفیز است).

* ممکن است آدنارک و ترشح آندوفون از آدنال، تغییرات
بلوغ را تحریک کند ولی همیشه اینطور نیست. مثلاً در بیماری
که کم کاری آدنال دارد (آدرسیون) بلوغ داریم یا در بیماری
که هیپوگنادیسم است (سندرم کالمن) آدنارک داریم و یا مثلاً
در بلوغ زودرس زیر نشتن سال گاهی قبل آدنارک
بلوغ رخ داده است.

* ۱۸-۱۷ ساله از قد زمان بزرگسالی در زمان بلوغ

بدست می آید. رشد اندامها خصوصاً ^{در سال} بزرگسالان اندام
قبل از رشد تنه رخ میدهد و پس ^{بزرگسالان} در سال اندام و
بعد از آن تنه رشد می کند. (رشد در سال اندامها زودتر است)

* پیش رشد دختران ۲ سال از پسران زودتر است.

* سرعت \uparrow قد نشتن ماه قبل منارک رخ میدهد و به
حد اکثر میرسد.

* تفاوت قد دختر و پسر به شروع و زمان ^ن پیش رشد آنها
بستگی دارد.

* در پسران در حد اکثر زشت 2^{am} از دختران بلندتر هستند.

* تجمع توده استخوان در بلوغ که برای بوجود آمدن حداکثر توده
استخوان که تعیین کننده رسیدن استخوانپوز بزرگسالی است
در دوران بلوغ بوجود می آید.

* رشد تک مهمترین نقش را در تعیین میزان حداکثر توده استخوان

دارد ولی سایر عوامل مثل تغذیه و مواجهه با
هورمونهای بلوغ هم مهم هستند.

* در زنان 5.5 از کل کلیم بدن در زمان بلوغ بدست می آید
در مردان ۲-۱

* چگالی استخوان در سیه پستان < سفید پستان

* تغییرات وزن در زمان بلوغ منکس کننده تغییرات در ترکیب بدن و نسبت شافص قوه بدون چربی و چربی به یکدیگر است.

* منقاصت چین های پوستی در ابتدای بلوغ
دارند
↓ و سپس ↑

* چربی بدن دقت نوجوان < پسر نوجوان

↓
* عمل تجمع چربی بیشتر بالای بازوها، رت و ران است.

* BMI ↑ قبل ۱۴ سالگی بظاهر قوه بدن ناه چربی و بعد از ۱۴ سالگی ↑ قوه چربی است.

* GH = هورمون رشد

* یک هورمون هیپوفیزی است که از سوماتوتروپین و ترشح آن از بقیه هورمونها بیست است.

* زن آن در گروهوزم ۱۷ است. هورمون HPL جفتی رشد GH را رمزگرا می کند.

* GH از هیپوتالاموس و عوامل محرکی GH را تحریک و سوماتوتالامین تولید آنها مهار می کنند. عوامل تغذیه ای روی GH اثر دارند.

سینه

- * IGF₁ - مهار GH
- * هیپوتالاموس و لبتین ← مهار GH
- * ↑ گلوکوکورتیکوئیدها ← مهار GH
- * روزه داری و غذا به پروتئین ← تحریک GH
- * استروژن - تحریک GH

* GH در زمان بلوغ حد اکثر می شود و با ↑ سن کم می شود و در ۷۰ سالگی کاهش دارد.

* ترشح GH ضرایب است مخصوصاً در خواب دامنه و توکثر آن زیاد است.

* GH به ریتور خود وصل می شود ← تحریک تولید IGF₁ لژ کبدی ↑ رشد تمانه

* چشش در ریتور GH ← عذر حساسیت به GH - نارسایی رشد و کوتولگی

* ↑ GH و IGF ↓ ← آکرومگالی

* این که چه چیزی باعث شروع بلوغ می شود هنوز یکی از مهمترین پرسشهای بدون پاسخ در اندوکرینولوژی تولید می شود.

* سن شروع بلوغ و منارک تحت تاثیر ژنتیک، سلامت محیط اجتماعی و مواجه با عوامل محرکی است.

* ارتباط بین قد و سن در زمان شروع منارک اساس ژنتیکی دارد و بهم مربوطند.

* کودکانی که بیشتر ضاویکی آنفا سابقه بلوغ زود هنگام وجود دارد اصمالتاً زودتر بالغ می‌شوند.

* سن منارک دختران و مادران و خواهران با هم انطباق دارند.

* کودکانی که نزدیک خط استوا ، در ارتفاعات پائین ، مناطق شمرک هستند یا چاقی صغیف دارند زودتر از کودکانی که نوسنگره شمالی ، بالاتر و دورتایی هستند وزن نرمال دارند بالغ می‌شوند.

* بعضی از مولارسمی محیطی توانند مختل کننده اندوکرین باشند و زمان رشد جنسی را تحت تأثیر قدر دهد.

* در قدن گذشته ، سن متوسط شروع بلوغ نوجوانیت عمومی تدریجاً کاهش یافته است.

* سن بلوغ در دختران سیاه پوست ۹-۸ سال و در دختران سفیدپوست ۱۱ سال رسیده است.

* تلارک و پوبارک در دختران سیاه نشش سالگی و نوسفیدپوستان ۷ سالگی است (تطور متوسط)

* به لحاظ تاریخی روند زودتر شروع رشد و نوجوانیت به هم می‌رسند

و وضعیت تغذیه و شرایط محیطی نسبت ران شده است (استرس کمتر)

* سن منارک با \uparrow میزان چاقی پائین آمده است. بیشتر

بودن توده چربی بدن با \uparrow احتمال بلوغ زودتر همراه است

* سن منارک را نمی‌توان برای هر فرد بطور قابل اعتیادی بر اساس این شاخصها تعیین کرد و تفصیل زد.

* رشد ونمو و بلوغ زود هنگام با اندکی کاهش در قد نرمال زمان بزرگسالی و \uparrow خطر چاقی همراه است.

* بلوغ شامل مجموعی از وقایع قابل پیش بینی می‌شود که لزوماً لحاظ زمان ، توالی و سرعت وقوع متغیرند.

* اولین نشانه بلوغ در دختران نوجوان شروع رشد و پس از آن

جوانه زدن پستانها و تلارک است. پسین رشد موهای

پولیس یا پوبارک رخ میدهد و سرانجام منارک یا

Mens شروع می‌شود.

* توصیف تغییرات زمان بلوغ توسط مارشال در سال ۱۹۶۹ انجام شد و جدول آنرا تقسیم بندی کرد.

* توان بلوغ بطور میانگین در ۴.۵ سال زمان میآید (۴-۱ سال)

* بعد از پرهوریا mens یا منارک ، رشد آهسته میگیرد و عموماً قد بیش از ۵cm اضافه نمیشود.

* بلافاصله بعد از منارک پرهوریا نامنظم میوند و بیرون تنگ تنگی هستند و گاهی در برهه است و این مرحله گاهی ۴ سال (۱۸-۱۲ ماه) طول میکشد

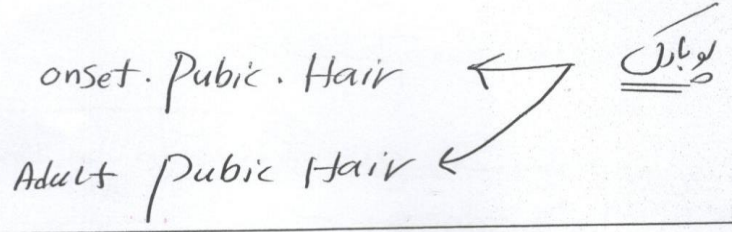
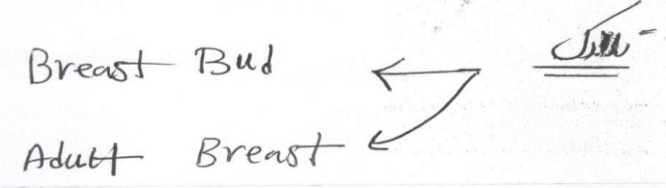
* با تکمیل بلوغ و ریش خورد هیپوتالاموس - هیپوفیز تغییر مییابد و پرهوریا منظم تر میگیرد.

* بعضی از تظاهرات فیزیکی شایع ریش بلوغ ممکن است از نظر بیماریان و یا والدین آنها غیر طبیعی باشد. مثال : کم خون - آکنه - دیابت نوع ۱ اکتوسی - میوپی یا نزدیک بینی (DUB) (اختلال پرهوریا)

* DUB ← کم خون
 * آکنه بخاطر آندروژن و اختلال بیولوژیکی است و استروئید
 * رشد خوبی چشم ← نزدیک بینی

دستران : تالک ← یوبارک ← منارک
 * سیران : یوبارک ← رشد و غوطه زنی

* تالک و یوبارک در دختران ۲ مرحله دارد :

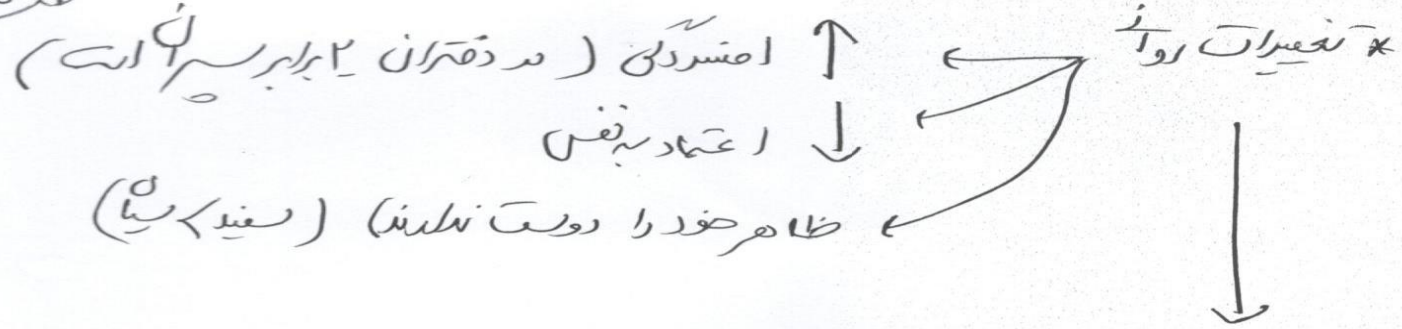


تالک و یوبارک در تقسیم بندی ثانویه خودشان ۵ مرحله دارند.

موی صاف - بلند و نازک روی لبها مژگور تا موی فریبیده و تراکم داخل
 جوانه ریش تا تکمیل ریش با قوام و شکل بزرگسالان

* در اقلی از مولود ممکن است یوبارک زودتر از منارک رخ دهد.

* منارک : ۱۱ سالگی و ۲،۶ سال بعد از شروع بلوغ و پس از خانه مدرک رشد رخ میدهد.



واقفند که زودتر بالغ میشوند بیستاد است .

* در بلوغ زودتر یعنی در سن کمتر از ۸-۶ این عدم تسلط و یوباک رخ میدهد .

* در بلوغ دیررس موقتاً ۱۳، ۱۲-۱۱ سالگی عدم بلوغ ندارند .

* در ۹۵٪ دختران تا ۱۲ سالگی عدم بلوغ ظاهر میگردد .

با آرزوی سلامتی و توفیق

دکتر حاجی‌هاجی

- تغییرات روحی روانی در بلوغ

➤ بلوغ و مسایل روانشناختی

- دوران بلوغ یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین مراحل زندگی انسان است که با تغییرات زیادی در زمینه‌های فیزیکی، روانی، اجتماعی و عاطفی همراه است
- سالهاست که نوجوانی به دلیل تغییرات سریع جسمانی، جنسی، روانی، شناختی و اجتماعی، دورانی دشوارتر از دوران کودکی محسوب میشود،
- افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری در صدر شایع‌ترین مشکلات روانشناسی نوجوان هستند از هر ۷ نفر نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله در جهان، یک نفر مبتلا به مشکلات روانشناسی می‌شود
- افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری در صدر شایع‌ترین مشکلات روانشناسی نوجوان هستند

اهمیت توجه به دوران بلوغ و نوجوانی

- کاهش احتمال مصرف مواد مخدر و رفتارهای خطرناک
- ارتقا روابط خانوادگی
- افزایش خودآگاهی و اعتماد به نفس
- تقویت مهارت‌های ارتباطی
- موفقیت در زندگی زناشویی
- شکل‌گیری هویت جنسی سالم (پیشگیری از اختلالات جنسی)
- رفتارهای سالم و سلامت روان (کاهش خودکشی در نوجوان)
- موفقیت تحصیلی

نظریه روانشناسان : مراحل روانی_ اجتماعی اریکسون

14

۱. اعتماد / بی اعتمادی تولد تا ۱ سالگی (دهانی فروید)

— نیروی بنیادی <<<< امید

۲. خودمختاری / شرم ۱ تا ۲ سالگی (مقعدی فروید)

— نیروی بنیادی <<<< اراده

۳. ابتکار / احساس گناه ۲ تا ۶ سالگی (آلتی فروید)

— نیروی بنیادی <<<< هدف

۴. سخت کوشی / احساس حقارت "۶ تا ۱۱" سالگی (نهفتگی فروید)

— نیروی بنیادی <<<< شایستگی

۵. هویت / سردرگمی "نوجوانی" (تناسلی فروید)

نیروی بنیادی <<<< وفاداری

۶. صمیمت / انزوا "جوانی"

— نیروی بنیادی <<<< عشق ≡

۷. زایندهگی / رکود "میانسالی"

— نیروی بنیادی <<<< نگرانی، دلوایس دیگران

۸. انسجام / ناامیدی "اواخر بزرگسالی یا پیری"

— نیروی بنیادی <<<< خردمندی

اختلالات شایع در نوجوانی و بلوغ

۱. اختلالات اضطرابی
 - ▶ اضطراب اجتماعی
 - ▶ هراس یا پنیک
 - ▶ اضطراب تعمیم یافته
۲. اختلال افسردگی
۳. اختلال دوقطبی
۴. اختلال خوردن
- ۵.

افسردگی نوجوانی

- مشکل روانشناسی اختلال افسردگی اساسی یا MDD یکی از جدی ترین مشکلات روانشناسی در نوجوانی است.
- براساس تحقیقات انجام شده، در کنار وجود ژنتیک افسردگی در نوجوان، تغییرات هورمونی در شروع دوره نوجوانی می تواند با مشکل افسردگی مرتبط باشد.
- افسردگی در دختران: افسردگی ناشی از تغییرات هورمونی و زیستی در نوجوانی به ویژه در دختران نوجوان مهم است. با شروع دوره های عادات ماهیانه، شاهد به هم ریختگی در فیزیولوژی بدن و تجربه های روانی و بدنی متفاوت در دختران نوجوان هستیم.
- افسردگی در پسران: در پسران نیز با تغییرات تستسترون و شروع ویژگی های جسمانی بلوغ، افزایش احتمال پرخاشگری و امکان افسردگی وجود دارد

علائم و نشانه های زیر از جمله شایع ترین علامت های افسردگی نوجوانی هستند

- احساس تنهایی و بی ارزشی در زندگی
- گوشه گیری و کاهش روابط اجتماعی نوجوان
- گریه های زیاد و بی دلیل در نوجوان
- لذت نبردن نوجوان از زندگی و کاهش همراه خانواده و دوستان بودن
- عصبانیت و انفجارهای احساسی در نوجوان
- کاهش یا افزایش اشتها (کم خوری یا پرخوری) نوجوان
- استفاده زیاد از فضای مجازی و کاهش ارتباط با دوستان
- افت تحصیلی و نمرات درسی ضعیف
- افسردگی در برخی از دختران نوجوان باعث به هم ریختگی دوره های عادات ماهانه می شود.
- دوست یابی های فراوان نیز گاهی می تواند با مشکلات افسردگی نوجوان مرتبط باشد.

اضطراب نوجوانی

مشکلات اضطرابی در دوران نوجوانی دومین رتبه در میان اختلالات نوجوانی را دارد. از آنجایی که نوجوان در حال شروع دوره جدیدی از زندگی است که حق و حقوق و وظایف خاص خودش را دارد، وجود سطوح عادی از اضطراب در نوجوان عادی است. اما گاهی به دلیل پایین بودن مهارت های زندگی و مدیریت احساسات در نوجوان، اضطراب تبدیل به یک مشکل روانشناسی دوران نوجوانی می شود

از جمله مهم ترین مشکلات اضطراب نوجوانی، اختلال اضطراب تعمیم یافته یا GAD است. علامت های اضطراب تعمیم یافته در نوجوانان از قرار زیر است:

- ▶ نوجوان همواره احساس دلشوره دارد.
- ▶ نوجوان همواره و در بسیاری از ساعات شبانه روز احساس دلهره و ترس از اتفاق بدی افتادن دارد. نوجوان خودش نمی داند این اتفاق چه می تواند باشد و فقط نگران و مضطرب است.
- ▶ نوجوان همواره احساس بی قراری جسمانی و روانی دارد. اصطلاحاً می گویند شبیه «اسپند روی آتیش است».
- ▶ نوجوان مضطرب به راحتی خسته می شود و تحملش در کارها کم است.
- ▶ توجه کردن برای نوجوان مضطرب سخت است. نوجوان مضطرب معمولاً در انجام کارها تمرکز کافی ندارد و مدام حواسش پرت می شود.
- ▶ در بسیاری از نوجوانان مضطرب یک یا چند تا از علامت های جسمانی سردرد، دردهای عضلانی، کمر درد، شکم درد، تهوع و گاهی استفراغ دیده می شود.

اضطراب اجتماعی

- ▶ تپش قلب، لرزش بدن یا عرق کردن در جمع
- ▶ دردهای بدنی در جمع مانند شکم درد و تهوع
- ▶ جمع کردن بدن در جمع و آرام و کم صحبت کردن
- ▶ ارتباط چشمی کم با دیگران در جمع و خجالت کشیدن
- ▶ احساس ترس از قضاوت شدن منفی از سوی دیگران به ویژه غریبه ها
- ▶ اضطراب اجتماعی نوجوانی با پرهیز و اجتناب جدی از در جمع بودن، قضاوت کردن منفی ظاهر و ویژگی های شخصیتی خود و خجالت کشیدن مرتبط است

اختلال دیسفوریای قبل از قاعدگی (Premenstrual Dysphoric Disorder)

- یک مجموعه سمپتوم های جسمی و مرتبط با خلق است که رد چند روز قبل از عادت ماهانه روی می دهند
- به گزارش DSM-5 نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی پیش از قاعدگی بین ۱/۸% و ۵/۸% در زنان است

درمان اختلال ملال پیش از قاعدگی:

- وجود درمان‌های حمایتی شامل ارزیابی مناسب وضعیت، اطمینان بخشی، افزایش آگاهی و دادن مشاوره‌های مناسب یکی از موثرترین روش‌ها در این خصوص است.
 - دادن مشاوره‌ها به اعضای خانواده و سایر افراد حمایت‌کننده نیز صورت می‌گیرد.
 - مطالعات متعدد نشان داده است که رژیم غذایی مناسب در رفع شدت علائم و بهبودی بسیار کمک‌کننده است.
 - داشتن برنامه منظم برای مصرف کلسیم، مگنزیوم، منگنز، ویتامین B6 باید به عنوان بخش مهمی از این رژیم غذایی در نظر گرفته شود.
 - کاهش مصرف چربی‌ها می‌تواند باعث کاهش استروژن و بهبود علائم گردد. مصرف کافئین بویژه در طول دوره باید کاهش پیدا کند، زیرا کافئین باعث افزایش اثرات آدرنالین شده و لذا استرس را افزایش می‌دهد و در نتیجه علائم اضطراب، استرس و تحریک‌پذیری بیشتر می‌شود.
 - دارودرمانی
- به منظور کاهش برخی علائم بویژه علائم روانی معمولاً SSRIها تجویز می‌شوند. در واقع SSRIها پر استفاده‌ترین داروها در کنترل علائم PMS، PMDD هستند. داروهایی از قبیل فلوکستین (مانند پروزاک) و سرتالین می‌توانند در کاهش علائم خستگی، ولع غذا و اختلالات خواب موثر باشند.

راهکار برای والدین در برخورد با نوجوان

- حریم شخصی دادن به نوجوان
- فضایی برای توسعه علایق آن ها
- احترام به عفت و حیا
- اعتماد به نفس

ضرورت آموزش مسایل جنسی



تربیت جنسی

- ▶ واژه تربیت به معنای رشد تدریجی و متناسب با استعداد افراد هست. زمانی که از تربیت جنسی صحبت می‌کنیم، هدف ما رشد تدریجی و هماهنگ با استعدادها و توانمندی‌های ذهنی کودک که تو حوزه مسائل جنسی انجام می‌شه.
- ▶ تربیت جنسی کودک و آگاهی از راه‌های آموزش مسائل جنسی به کودکان یکی از مهم‌ترین بعدهای فرزندپروری برای والدین است
- ▶ کنجکاوی جنسی کودکان و مسائلی که درباره اون مطرح می‌کنند، بخشی از فرایند رشد آنهاست و ندادن پاسخ درست و علمی به آنها می‌تواند آسیب‌های روانی زیادی رو به آنها وارد کند.

صفر تا دو سالگی

- ▶ برای **تربیت جنسی فرزندان** می توانید از حرکات روزمره کودک برای کمک به او برای یادگیری بدن استفاده کنید. برای مثال، زمان حمام کردن یا زمانی که به کودک خود کمک می کنید تا لباس بپوشد یا **پوشک** او را عوض می کنید، زمان خوبی برای معرفی نام اعضای بدن است.

دو تا سه سالگی

- ▶ اکثر کودکان ۲ الی ۳ ساله در مورد بدن خود و سایر کودکان بسیار کنجکاو هستند. آن‌ها همچنین متوجه خواهند شد که بدن پسران و دختران متفاوت است. ممکن است فرزندتان از شما بپرسد چرا یا بگوید: این چیست؟ می‌توانید به فرزندتان بیاموزید که هر عضوی از بدن یک نام و وظیفه خاص خود را دارد. به عنوان مثال، این فرج شماس است یا آلت تناسلی شما جایی است که ادرار از آن بیرون می‌آید.
- ▶ ممکن است متوجه شوید که نگاه کردن به کتاب مناسب با فرزندتان برای تربیت جنسی وی مفید است. می‌توانید از تصاویر برای کمک به فرزندتان برای یادگیری نام اعضای بدن و درک تفاوت‌های دختر و پسر استفاده کنید.

چهار تا پنج سالگی

➤ کودکان ۴ الی ۵ ساله اغلب می پرسند که نوزادان از کجا آمده اند. آن ها می توانند درک کنند که یک نوزاد در رحم مادر رشد می کند و برای بچه دار شدن به اسپرم از یک مرد و یک تخمک از یک زن نیاز است. اگر باردار هستید، ممکن است فرزندتان بپرسد که بچه از کجا بیرون می آید؟ یک پاسخ ساده اما دقیق مانند خواهر کوچک شما در رحم من رشد می کند بدهید. وقتی رشدش تمام شد، از طریق کانال زایمان که واژن نامیده می شود، بیرون می آید.

ادامه شش تا هشت سالگی

- ▶ برای **تربیت** در شش سالگی، بسیاری از کودکان علاقه مند به تشکیل نوزادان هستند و ممکن است سوالاتی بپرسند. اگر فرزندتان از شما بپرسد: چگونه کودک وارد رحم شما شد؟ از او بپرسید که او چه فکر می کند. این به شما کمک می کند تا بفهمید فرزندتان از قبل چه می داند. سپس می توانید به سادگی توضیح دهید و هر چقدر که راحت هستید اطلاعاتی را ارائه دهید. به عنوان مثال، برای ایجاد یک نوزاد، یک اسپرم از یک مرد و یک تخمک از یک زن به هم می پیوندند
- ▶ و همچنین خوب است توضیح دهیم که ... جنسی کاری است که بزرگسالان وقتی هر دو بخواهند انجام می دهند و این کار برای کودکان نیست.

شش تا هشت سالگی

در پایان این بازه سنی باید اصول اولیه بلوغ را به کودکان آموزش داد، زیرا تعدادی از کودکان قبل از ۱۰ سالگی رشد بلوغی را تجربه خواهند کرد. آن‌ها نه تنها باید در مورد تغییراتی که تجربه خواهند کرد، بلکه باید در مورد سایر بدن‌ها نیز یاد بگیرند. کودکان همچنین باید در مورد اهمیت بهداشت و مراقبت از خود در دوران بلوغ بدانند. انجام زودهنگام این بحث‌ها آن‌ها را برای تغییراتی که در دوران بلوغ اتفاق می‌افتد آماده می‌کند و به آنها اطمینان می‌دهد که این تغییرات طبیعی و سالم هستند.

اثرات منفی دیدن عدم رعایت حریم خصوصی والدین بر کودک

- افسردگی کودکان
- مشکل در ایجاد رابطه عاطفی در آینده
- اختلالات جنسی مانند سادیسم و مازوخیسم
- بلوغ زودرس در نوجوانی
- ترس از تنهایی
- تنفر از **رابطه جنسی** در بزرگسالی
- تمایل به آزار دیگران
- شهوانی شدن

کودکان تخیلات قوی و ذهن خلاق دارند، باران را گریه ابرهای ناراحت تصور کنند. در خصوص عدم رعایت حریم خصوصی آزار مادران را متصور می شوند

نقش مشاوره ای مشاور و اطرافیان در دوران بلوغ

❖ شایع ترین ویژگی های دوران نوجوانی

❖ حساسیت نسبت به ظاهر فیزیکی

❖ بحران هویت

❖ گرایش به استقلال

❖ شروع رفتارهای عاشقانه و گرایشات جنسی

مراحل نوجوانی

۱۰ تا ۱۳ سالگی (اوایل نوجوانی)

(بروز صفات ثانویه جنسی و چکیده وار صحبت کردن)

۱۴-۱۵ سالگی (اواسط نوجوانی)

۱۶-۱۹ سالگی (اواخر نوجوانی)

(تکمیل صفات ثانویه جنسی- باز خوردی و بازتابی بودن- وابسته به قشرگرایی)

سوالات متداول دوران نوجوانی:

- ۱- من احساس می‌کنم که می‌خواهم دختر بشوم یا من فکر می‌کنم که پسر هستم
 - ۲- ماما چشمم خوشگله؟
 - ۳- ماما محمد بدجوری به من نگاه می‌کنه من خوشم نمی‌یاد
 - ۴- ماما من کی شبیه شما می‌شوم؟
 - ۵- دانشجوی ترم اول دانشگاه صنعتی شریف که پروژه مشترک با همکلاسیش دارد پدر اجازه می‌دهید من امروز برم کافی شاپ، با محمد در مورد پروژه صحبت کنم؟
- چگونه از حریم جسمی و خصوصی مان محافظت کنیم؟ ➤

سلامت و شاد
باشید

