چالشهای آموزش سلامت بلوغ به دختران نوجوان در ایران: اولویتی برای طراحی مداخلات مدرسه محور برای دختران و مادران

زینب علی مرادی ٔ، معصومه سیمبر ٔ

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش سال سیزدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۳ صص ۶۳۶-۶۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۳ [نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۹ شهریور ۹۳]

چکیده

دختران نوجوان در دوران بلوغ تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی را تجربه می کنند که نداشتن اطلاعات کافی، مهارتها و آمادگیهای لازم برای گذر از این بحران، آنها را آسیبپذیر می کند. سلامت بلوغ شامل اصول و مراقبتهایی است که منجر به حفظ و ارتقای سلامت بلازم برای گذر از این بحران، آنها را آسیبپذیر می کند. سلامت بلوغ شامل اصول و مراقبتهایی است که منجر به حفظ و ارتقای سلامت بحمی ـ روانی و عاطفی فرد در این دوران و دوران های دیگر می شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است. به همین دلیل مطالعه موجود با هدف تبیین چالشهای موجود در آموزش بهداشت بلوغ به دختران نوجوان به صورت مروری با استفاده از کلمات کلیدی نوجوان، بلوغ، سلامت بلوغ، دختران در پایگاههای اطلاعاتی اطلاعاتی العداشت القاهی، نگرش و عملکرد سلامت بلوغ دختران در فاصله ۱۳۷۰ تا Scholar انجوام شد و مقالات چاپ شده در یکی از حیطههای مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد سلامت بلوغ دختران در قرونی بهداشت بلوغ دختران در وجوانان؛ ضعف منابع دریافت آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب؛ فقدان توافق در مورد زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ؛ ققدان زموش های مناسب و جامع دوران بلوغ برای دختران نوجوان؛ عدم استفاده از روش های مناسب آموزش سلامت بیان کرد. مطالعات متعددی در زمینه تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دختران در زمینه برسی عوامل و علل ناآگاهی و بی تـوجهی مـادران در زمینه در زمینه بررسی عوامل و علل ناآگاهی و بی تـوجهی مـادران در موزش ابعاد دخترانشان، استفاده از روشهای مشار کتی آموزش و طراحی آموزشهای مبتنی بر مهارت، و ارائه راهکارهای مداخلهای بـرای مورد دارد.

كليدواژه: سلامت بلوغ، آموزش، دختران نوجوان، ايران

تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷

E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

[ٔ] نویسنده پاسخگو: تهران، گروه بهداشت باروری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

از بین دورانهای مختلف زندگی انسان، نوجوانی، یکی از مهمترین و با ارزشترین دوران زندگی هر فرد محسوب میشود که بنا به تعریف سازمان سلامت جهان، نوجوانان افراد بین ۱۰ تا ۱۹ سال هسـتند[۱]. این مرحله بینابینی، درگذر از کودکی به بزرگسالی، سرآغاز تحولات و دگرگونیهای جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد او در بزرگسالی تأثیر گذاشته و منجر به ایجاد نیازهای متفاوت مخصوص این گروه سنی میشود[۲]. با اینکه نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوره های زندگی است، اغلب دوره سلامتی پنداشته شده و با این پیش فرض نوجوانان از خدمات بهداشتی بیبهره میمانند [۳]. این در حالی است که نیمی از نوجوانان دنیا در برابر بیماریهای مقاربتی همچون ایدز و حاملگی ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن و فارغ از مسؤولیت، حاملگی زودرس، سوء مصرف مواد، شکست در تحصیل، مسایل مربوط به سلامت فردی، بهداشتی، تغذیه و بی تحرکی هستند [۴]. بلوغ، مهمترین تغییر و تحول و نقطه عطف زندگی نوجوان است که دوره انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قیدرت باروری محسوب شده و تغییرات بلوغ، نوجوان را به سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش میبرد که زیر بنای زندگی بزرگسالی و سالمندی او پی ریزی می شود [۵]. بنابراین بسیاری از مشکلات روحی، بیماریهای عفونی و ازدواجهای ناموفق، حاملگیهای زودرس و مخاطر ه آمیز، صدمات و مرگ و میر مادر و کودک و در نهایت مشکلات عدیده جسمی و روحی و روانی می تواند ریشه در این دوران داشته باشد. لذا این دوره زمینه ساز مراحل مختلف در زندگی افراد محسوب می شود [۶]. بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبتهایی است که منجر به حفظ و ارتقای سلامت جسمی ـ روانی و عاطفی فرد در این دوران و دورانهای دیگر می شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است[۷]. بر اساس آمار یونیسف در سال ۲۰۱۱ جمعیتی بالغ بـر ۱،۲ بیلیون نفر از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل میدهند که۸۵ درصد آنها در کشورهای درحال توسعه زندگی میکنند[۸]. بر اساس نتـایج سرشـماری نفـوس و مسـکن سـال ۱۳۹۰، ۱۶/۳۴درصـد از جمعیت کشور ما در گروه سنی ۱۹–۱۰ سال قرار دارنـد[۹]. ایـن موضوع، توجه ویژه به این گروه مهم و در معرض خطر را ضروری میسازد زیرا که نوجوانان نیازهای منحصر به فردی نسبت به بزرگسالان دارند که باید شناسایی شده و در جهت رفع آنها تلاش شود و کشور ما با داشتن چنین سرمایه عظیمی از نوجوانان، نیازمند

برنامهریزی های دقیق و توجه به نیازهای سلامت این گروه است[۲]. در بیانیه کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه، که نقط ه عطفی در خدمات بهداشت باروری درجهان است، بر نیازهای منحصر به فرد نوجوانان نسبت به بزرگسالان تأکید شده و از کشورهای متعهد به این بیانیه، خواسته شده که این نیازها را شناسایی کنند و جهت رفع آنها بکوشند[۱۰]. نیمی از جمعیت نوجوانان کشور را دختران تشکیل میدهند که با توجه به ویژگی های بلوغ در دختران، شرایط جسمی و روانی این دوران و نیز نقش اساسی دختران در باروری، میتوان ادعا نمود که سلامت دختران نوجوان از جایگاهی ویـژه برخـوردار است. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی برای جهت دادن به دورههای بعدی زندگی آنها است و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آنها خواهد گذاشت. سرمایه گذاری در تأمین سلامت این گروه سنی، به سبب نقش دوگانه دختران در سلامت جامعه و سلامت نسلهای آینده، یکی از اصلی ترین مسیرهای تحقق اهداف توسعه هزاره است. از نظر صندوق جمعیت ملل متحد، سلامت دختران، کلید شکسته شدن چرخه فقر بین نسلها و دسترسی به اهداف توسعه هزاره است[۱۱]. صندوق حمايت از كودكان سازمان ملل هم در گزارش وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۱۱ از نوج وانی به عنوان فرصتی یاد می کند که تمرکز بر تکامل نوجوانان به خصوص دختران در این دوره همراه با رعایت حقوق آنها میتواند مبارزه علیه فقر و نابرابری و تبعیض جنسیتی را تسریع و تقویت کند [۸]. مطالعه حاضر به مرور و طبقه بندی یافتههای مقالاتی پرداخته است که در دو دهـه اخیر در کشور با تمرکز بر آگاهی و نگرش و عملکرد نوجوانان نسبت به بلوغ و جنبههای مرتبط با سلامت بلوغ دختران در کشور طراحی و اجرا شده اند. هدف از این مطالعه تبیین چالشهای موجود در حیطـه آموزش سلامت بلوغ به دختران است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر مروری است بر مقالات نویسندگان ایرانی که در فاصله سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ در مجلات داخلی یا خارجی چاپ شده و به یکی از حیطههای مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشت بلوغ دختران پرداخته اند. جستجوی مقالات با استفاده از کلمات کلیدی نوجوان، بلوغ، سلامت بلوغ، دختران در پایگاههای اطلاعاتی اعتمالاهای المسلامت بلوغ، دختران در پایگاههای اطلاعاتی اعتمالاهای التعمالی المسلامی التعمالی المسلامی التعمالی المسلامی المسلامی التعمالی المسلامی المسل

چالش های آموزش بهداشت ...

مبر و همکاران

بود که به صورت مقاله منتشر شده از سال ۱۳۷۷ در دسترس بود، لذا در بررسی پایگاههای اطلاعاتی سال ۱۳۷۰ به عنوان بازه آغازین جستجو در نظر گرفته شد تا تمام موارد موجود بررسی شود. در مجموع ۱۸۵ مقاله در پایگاههای اطلاعاتی مختلف در حیطه های مربوط به سلامت نوجوانان به دست آمد که پس از مطالعه خلاصه مقالات توسط نویسندگان مقاله تعداد ۳۸ مقاله که در آنها به نوعی به مقولههای مرتبط با آکاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه سلامت بلوغ، نیازهای آموزشی و بهداشتی آنها در زمینه سلامت بلوغ و یا آموزش در زمینه سلامت بلوغ پرداخته شده بود، وارد مطالعه شدند. مقالات منتخب در دو بخش کلی مقالات مداخلهای و غیر مداخلهای طبقهبندی شدند. در مجموع ۱۸ مورد از مطالعات با الگوی مداخلهای و با هدف بررسی تاثیر آموزش یا مقایسه روشهای مختلف آموزش بهداشت بلوغ انجام شده بود و در بخش مطالعات غير مداخله ای هم ۲۰ مطالعه با طرح های پژوهشی کیفی، توصیفی– تحلیلی و مقطعی با اهداف مطالعه حاضر مرتبط بودند. جدول شماره ۱ مشخصات مطالعات مداخله ای و جدول شماره ۲ مشخصات مطالعات غیرمداخلهای در زمینه سلامت بلوغ دختران در ایران را نشان

يافتهها

براساس یافتههای حاصل از مطالعات انجام شده در سطح کشور چالشهای مرتبط با آموزش سلامت بلوغ به دختران نوجوان را میتوان در ۶ محور اصلی بیان نمود:

- نداشتن آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب: مطالعات اولیه که در این زمینه در کشور انجام شده اند، حاکی از ضعیف بودن میزان آگاهی نوجوانان در زمینه فرآیند بلوغ و قاعدگی، رعایت نکات بهداشتی در زمان بلوغ و قاعدگی، بهداشت فردی دوران قاعدگی و ... در این دوران هستند. همچنین در مطالعات اولیه نگرش منفی یا بی تفاوت نسبت به قاعدگی و تغییرات دوران بلوغ در اکثر نوجوانان بی تفاوت نسبت به قاعدگی و تغییرات دوران بلوغ در اکثر نوجوانان که از سطح آگاهی مطلوب در بیشتر نوجوانان حتی افرادی که از سطح آگاهی مطلوب برخوردار بودند هم گزارش شده است [۱۵–۱۲۹]. در سالهای اخیر به دلیل گسترش آموزش مسایل مرتبط با بلوغ و بهداشت دوره بلوغ توسط مدارس، خانوادهها و رسانهها، افزایش نسبی میزان آگاهی، بهبود نسبی نگرش نوجوانان نسبت به تغییرات بلوغ و همچنین بهبود نسبی عملکرد آنها در زمینه مسایل مرتبط با بهداشت بلوغ گزارش شده است[۱۸–۱۶]؛ اما همچنان ضعف موجود در حیطه آگاهی و نگرش آنها و به تبع آن

داشتن رفتارهای بهداشتی نامناسب در نوجوانان وجود دارد که می توان برای مثال به نتایج مطالعه میبدی ۱۳۸۹ اشاره کرد که اکثر دانش آموزان پاسخ غلط به گزینههای ذیل داده بودند: در زمان قاعدگی نباید حمام کرد (۵۷/۱ درصد)، در هنگام قاعدگی به استراحت بیشتری نیاز است (۵۰/۲ درصد)، خونریزی دوران قاعدگی موجب کمخونی میشود (۵۹/۱ درصد)، در دوران قاعدگی باید سبزیجات کمتری مصرف کرد (۵۴/۴ درصد)، در دوران قاعدگی باید مایعات کمتری مصرف کرد (۵۹/۳ درصد). حتی نتایج مطالعه اخیر جلالیان و همکاران هم نشان داده است که با وجود آگاهی بیشتر و نگرش مطلوبتر نوجوانان آموزش دیده نسبت به گروه کنترل اما همچنان عملکرد بهداشتی آنها در اولین دوره قاعدگی از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم ندارد [۱۹]. بنابراین چالش نداشتن آگاهی کافی، فقدان نگرش و عملکرد مطلوب در زمینه مسایل بلوغ همچنان در بین دختران نوجوان ما وجود دارد و باید مورد توجه قرار گیرد. - فقدان توجه لازم به عوامل موثر بر آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان: بر اساس نتایج مطالعات مختلف می توان گفت که سطح تحصیلات مادر مهمترین عامل موثر بر میزان آگاهی، نگرش و عملكرد نوجوانان در زمينه مسايل مرتبط با سلامت بلوغ است و وجود ارتباط آماری معنی دار بین این دو متغیر در مطالعات زیادی تایید شده است[۱۸-۱۸]، و همچنین براساس نتایج تحلیل رگرسیون چنـ د متغیره که توسط کاظمی برای بررسی تاثیر متغیرهای خانوادگی بر میزان آگاهی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی نسبت به سلامت بلوغ در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، قوی ترین پیش بینی کننده ميزان آگاهي نوجوانان از سلامت بلوغ، سطح آگاهي مادران بوده است[۲۲]. نکته حایز اهمیت این است که نتایج سایر پـژوهشها در حیطه آگاهی و نگرش دانشجویان در حیطه سلامت باروری (که اغلب در محدوده سنی ۱۸- ۲۰ سال یا به عبارتی اواخر نوج وانی هستند) هم تاثیر سطح آگاهی مادران بر آگاهی و نگرش دانشـجویان را نشـان داده است [۲۴، ۲۳]. در این زمینه مطالعه شـاه حسـینی و همکـاران هم حاکی از آن است که از دیدگاه دختران نوجوان عوامل خانوادگی که تاثیر مهمی در سلامت آنان دارد عبارتند از: ۱-داشتن حمایت عاطفی در خانواده (با وجود روابط دوستانه و صادقانه بـدون وجـود تبعیض بین فرزندان)،۲- داشتن والدینی مسئول (که الگوی مناسب

رفتاری بوده و تسهیلات و حمایت لازم را برای آنها فراهم کنند) و ۳-

آگاه بودن والدین در مورد تغییرات تکاملی دوران نوجوانی و تفاوت

بین نسلها[۲۵]. از سایر عوامل موثر بر میزان آگاهی دختران در

زمینه مسایل مرتبط با بلوغ و قاعدگی می توان مواردی نظیر اولین واکنش مثبت مادران نسبت به تغییرات بلوغ دختران، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده [۱۴]، منطقه سکونت [۱۶، ۱۴]، افزایش سن نوجوان [۱۷، ۱۵، ۱۴]، سنوات تحصیلی و رشته تحصیلی [۱۵]، منبع کسب اطلاعات [۱۵، ۱۲]، تحصیلات پدر [۲۲، ۱۲، ۱۴]، شغل پدر [۲۲] نام برد که در برخی تحقیقات انجام شده دارای همبستگی معنی دار آماری با میزان آگاهی دختران دانش آموز بودند. بسیاری از این عوامل مانند سطح تحصیلات مادر، واکنش مادر و خانواده، رشته تحصیلی، منبع کسب اطلاعات، سکونت در مناطق مختلف شهری به عنوان مولفههای موثر بر نگرش دانش آموزان دختر در زمینه بلوغ و مسایل مرتبط با آن یاد شده اند [۱۶، ۱۲]. اما آنچه در ارزیایی کلی تحقیقات موجود می توان دریافت این است که بجز سطح تحصیلات و تحقیقات موجود می توان دریافت این است که بجز سطح تحصیلات و عملکرد دختران توجوان وجود ندارد و نیاز به طراحی و اجرای

مطالعات جامعي در اين زمينه احساس مي شود. - ضعف منابع دريافت اطلاعات نوجوانان: بررسي نتايج مطالعــات قويــاً نشان می دهند که مادران مهمترین منبع کسب اطلاعات بلوغ برای دختران محسوب مي شوند. معلمان، خواهران، همسالان، كاركنان بهداشتی و درمانی، مراقبین بهداشت مدارس از سایر منابع کسب اطلاعات توسط نوجوانان ذكر شدهاند. به نظر دختران نوجوان رسانهها كمترين نقش را در انتقال اطلاعات بلوغ به انها ايفا كرده انـد[۲۷، ۴]. رابطه نزدیک و صمیمانه بین مادران و دختران میتواند دلیل خوبی بر این موضوع باشد که دختران از مادرانشان به عنوان مهمترین منبع كسب اطلاعات خود در مورد مسايل مرتبط با بلوغ استفاده كنند. دخترانی که مادرانی تحصیل کرده دارند، از همان آستانه بلوغ، اطلاعات بیشتری درباره چگونگی تغییرات بلوغ خود به دست میآورند و آمادگی آنها برای پذیرش وضعیت جدیدشان بیشتر است [۲۶]. نکته مهمی که باید مورد توجه قرار گیرد وجود شرم و خجالت در بین دختران، مادران و مربیان بهداشتی در فرآیند آموزش بلوغ است. در بررسی بررسی مقدماتی آموزش بلوغ در دختران نوجوان که به صورت کیفی توسط انوشه و همکاران انجام شد، کلیه نمونهها به مسأله وجود "شرم وخجالت" در بين دختران، مادران و مربیان در دوران بلوغ اشاره داشته اند و از سوی دیگـر کـم اطلاعـی و درک و شناخت ناکافی مادران و مربیان بهداشت از پدیده بلوغ و مسائل آن از مهمترین علل عدم برخورداری نوجوانان به ویژه دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران

بلوغ است که می تواند از ناشی از ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از پدیده بلوغ و کوتاهی آن ها در آمادگی و آموزش دختران میباشد[۲۸]. در این راستا خلا پژوهشی در مورد بررسی میزان آگاهی و نگرش مادران در مورد ابعاد مختلف بلوغ و همچنین علل ناآگاهی و بی توجهی مادران در مورد بلوغ دخترانشان احساس می شود.

- فقدان توافق در مورد زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ: بررسی دیدگاههای والدین، معلمین و دانش آموزان پیرامون آموزش مفاهیم بهداشت باروری به دانـشآمـوزان نشـان داده است که در زمینه آموزش بهداشت بلوغ تمامی افراد آموزش بهداشت بلوغ را به دلیل شرایط خاص دوران بلوغ و شروع بحرانهای روحی در این مقطع سنی، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات و کاهش ترس حاصل از ان و بهبود وضعیت روحی و رفتاری نوجوانان و همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی صلاحیت در این امر لازم دانسته و بر آن تاکید داشتند. اکثر آنها با شروع آموزش ابعاد جسمي بهداشت بلوغ و قاعدگي پيش از شروع آن موافق بودند و شروع آموزشها را در دختران حول و حوش ۱۰-۹ سالگی مناسب تلقی می کردند اما در مورد آموزش در زمینه مسایل جمعیت و تنظیم خانواده، بهداشت از دواج، ایدز و بیماری های مقاربتی، بسیاری از والدین چنین آموزشهای را ضروری ندانسته یا اینکه آموزش آنها را در سالهای اخر دبیرستان و یا در کلاسهای پیش از ازدواج پیشنهاد کرده بودنـد[۲۹]. مطالعـات دیگـر هـم در کشـور بـر شروع آموزشهای بهداشت جسمی بلوغ در حوالی سن ۱۰–۹ سـالگی تاکید داشتند[۱۳، ۱۳] و در مطالعه جلالیان و همکاران هم سـن ۱۲ سالگی برای ارائه آموزشهای بهداشت قاعدگی از طرف نوجوانان پیشنهاد شده است[۱۹]. متاسفانه باورهای نادرست فرهنگی و اجتماعی در کشور ما مانعی برای ارائه آموزشهای بهداشت باروری به نوجوانان ایجاد کرده است[۱۹] و ارزیابی جامعی به منظور تعیین زمان مناسب برای شروع آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ از جمله بهداشت جنسی انجام نشده است.

- فقدان محتوای آموزشی مناسب و جامع برای آموزش بهداشت دوران بلوغ دختران نوجوان: آنچه که باید به عنوان چالش دیگری در حیطه آموزش بهداشت بلوغ مورد توجه و رسیدگی قرار گیرد، تدوین محتوای آموزشی مناسب است که علاوه بر آموزش مسایل مرتبط با تغییرات جسمانی دوران بلوغ، به مسایل مرتبط با نیازهای مرتبط با بهداشت جنسی، روانی و اجتماعی این دوران و رفتارهای مخاطره آمیز سلامت در دوره نوجوانی بیردازد. نبود برنامه مناسب آموزش

چالش های آموزش بهداشت ... معصومه سیمبر و همکاران

صومه سیمبر و همکاران

بلوغ یکی از مواردی است در پژوهش انوشه هم توسط همه مربیان بیان شده بود و همه بر این باور بودند که ما در سطح کشور برنامه آموزش فراگیر نداریم که براساس آن آموزش دهیم. این مربیان از نداشتن فرصت آموزش و یا کلاس جداگانه و مشخصی برای آموزش در این زمینه ناراحت بودند [۲۸]. نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ بیانگر این است که افراد جامعه ما به ویژه نوجوانان از برنامـه مـدون و مناسبی در زمینه آموزش بلوغ برخوردار نیستند[۱۳] بررسی مطالعات انجام شده در زمینه آموزش بهداشت بلوغ در کشور ما نشان میدهد که محتوای آموزشی تدوین شده در این مطالعات معطوف به آموزش در زمینه بعد جسمی بلوغ شامل شناخت تغییرات بلوغ و سیستم تناسلی زنانه، تغذیه دوران بلوغ، فعالیت بدنی و استراحت، بهداشت یوست، بهداشت قاعدگی، بهداشت دهان و دندان [۴۳-۳۴] بوده است و تنها در دو مطالعه علاوه بر آموزش های مرتبط با بعد جسمانی به آموزش بهداشت روان دوران بلوغ هم پرداخته شده است [۳۸، ۳۸]. اما در هیچیک از مطالعات موجود در کشور ما آموزش جامعی در زمینه ابعاد جنسی، روانی و اجتماعی بلوغ به طور کامل و جامع انجام نشده است، به همین دلیل نیاز به تدوین محتوای جامع آموزش بهداشت بلوغ در تمام ابعاد آن، در کشور احساس میشود.

- عدم استفاده از روشهای مناسب آموزش بهداشت: تـا بـه حـال در بسیاری از برنامههای آموزش بهداشت دختـران نوجـوان در کشـور از روش متداول سخنرانی به عنوان روش اصلی یا همراه با ارائـه پمفلـت یا بسته آموزشی استفاده شده است [۳۸-۳۸]. برخی از مطالعـات هـم به مقایسـه سـخنرانی بـا سـایر روشهـای آموزشـی شـامل بسـته آموزشی [۳۸، ۳۶]، بازی و ایفای نقـش[۳۳] پرداخته اند به دلیل اهمیت نقش مادران بـه عنـوان منبـع اطلاعـاتی دختران در دوران بلوغ، چند مطالعه هم با رویکرد آموزش بـه مـادران از طریق آموزش توسط رابطین بهداشتی، آموزش گروهی و با استفاده از روشهای سخنرانی طراحی و اجرا شده است [۴۴-۴۴].

در یک مطالعه هم تاثیر آموزش توسط مادران دوره دیده، مربیان بهداشتی دوره دیده با گروه کنترل مقایسه شدند که نتایج مطالعه نگرش بهتر نسبت به قاعدگی و عملکرد بهداشتی بهتر در دوران قاعدگی را در گروه دانش آموزان آموزش دیده توسط مربیان بهداشتی دوره دیده نشان داده است[۱۹]. این در حالی است که در مطالعه دیگری ارائه آموزش به نوجوانان از طریق آموزش به مادران نتایج بهتری داشته و با استقبال دانش آموزان همراه بوده است[۲۹]. تنها در یک مطالعه از الگوی اعتقاد بهداشتی برای آموزش بهداشت

دوران بلوغ استفاده شده است[۴۰]. بنابراین از حیث استفاده از روشهای مختلف آموزش بهداشت در طراحی و اجرای برنامههای اموزش بهداشت بلوغ و مقایسه نتایج از نظر اثربخشی و کارایی روشهای مختلف هم کمبود مطالعات احساس می شود. در تمام مطالعات انجام شده در کشور، آموزش باعث افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد رفتار بهداشتی دانش آموزان شده است اما نتایج تحقیقاتی که به صورت همزمان به مقایسه روش سخنرانی و یکی از روشهای پویای آموزشی نظیر ایفای نقش و بازی، گروه همسالان پرداخته اند، حاکی از اثربخشی بهتر و یا ماندگاری بیشتر آموزشها در این روشها نسبت به سخنرانی هستند. در مورد بسته آموزشی یا پمفلت آموزشی نتایج مختلفی گزارش شده است، به طوری که در یک مورد برتری بسته آموزشی [۳۶] و در مورد دیگر برتری سخنرانی[۶] در افزایش میزان آگاهی دانش آموزان گزارش شده است. سخنرانی با اینکه به عنوان یک روش متداول، آسان و مقرون به صرفه آموزشی مطرح است اما نتایج و اثر بخشی آن برای مباحث مختلف بهداشتی و نقش فراگیر - محوری آن برای مشارکت فراگیران مشخص نیست[۳۳]. در حالیکه استفاده از روشهای آموزش و یادگیری مشارکتی در آموزش به دانش آموزان، موثرترین روش توسعه دانش، نگرش و مهارت آنها برای رسیدن به توانایی تصمیم گیری های سالم و بهداشتی در زندگی است [۴۵]. استفاده از روش های آموزش مشارکتی مزایای شامل تقویت نگرش شرکت کنندگان نسبت به خود و دیگران، ارتقا مشارکت در مقابل رقابت، فراهم کردن موقعیت شناسایی و ارزش نهادن به مهارتهای فردی و تقویت اعتماد به نفس در افراد، توانمندسازی مشارکتکنندگان در شناخت بهتر یکدیگر و گسترش روابط بین فردی، بهبود مهارتهای گوش دادن و برقراری ارتباط، تسهیل در سرو کار داشتن با امور حساس، ارتقا در تحمل و درک افراد و نیازهایشان و تشویق خلاقیت و نوآوری در مشارکت کنندگان دارد [۴۶]. آنچه از بررسی مداخلات آموزشی صورت گرفته در زمینه بهداشت بلوغ در کشور استنباط میشود، خلا موجود در زمینه استفاده از روشهای پویای آموزش در زمینه بهداشت و وجود نتایج غیرهماهنگ در مورد اثربخشی بیشتر آموزش به نوجوانان از طریق مادران، مربیان بهداشتی یا همسالان است. بنابراین توجه ویژه به طراحی آموزش های بهداشت بلوغ بر اساس روش های مشارکتی و فعال اموزش بهداشت با استفاده از منابع موثر (مادران، همسالان، مربیان بهداشتی) برای تعیین بهترین روشهای موثر آموزشی مورد نیاز است.

جدول ۱: مروری بر مطالعات مداخله ای در زمینه بهداشت بلوغ دختران در ایران در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲

	نویسندگان	عتران در ایران در فاصله سال گروه هدف	مداخله	پیامد
بررسی تاثیر آموزش بر میزان آگاهی و عملکرد دانـش	۱۳۷۸- ذبیحی	۲۵۰ دانــش آمــوز دختــر از	۲ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه در کلاس بــه	۳۵ روز پس از مداخله، تاثیر مثبت اموزش بـر آگـاهی و عملکـرد
اموزان دختردر رابطه با بهداشت دوران بلوغ	3	دبیرستان های امیرکلای بابل	شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ	دانش آموزان به صورت معنی دار مشاهده شد.(مطالعـه بـه صـورت
		5 J.	2 170 3.707	تک گروهی باطرح قبل و بعد بود)
آموزش بهداشت بلوغ به نوجوانان ایرانی:	2002 –محمدزاده و	۳۵۰ دانش آموز دختر ۱۴–	شرکت در سخنرانی و بحث گروهی در	امتیاز هر دو گروه قبل از مداخله مشابه و پس از مداخله متوسط
خودیادگیری یا سخنرانی و بحث گروهی؟	همكاران	۱۲ ساله	مقابل پمفلت آموزشى خودخوان	امتیاز دانش در هر دو گروه افزایش یافته بود اما بحث گروهی
				موثرتر از خود-یادگیری بود.
بررسی تاثیر آموزش بهداشت بـر آگـاهی و عملکـرد	۱۳۸۳ – جلیلـــــی و	۲۰۰ دانش آموز مقطـع ســوم	اجرای آزمون مقدماتی و تعیین نیازهای	افزایش معنی دار آگاهی و عملکرد ۳ مـاه پـس از مداخلـه و وجـود
دختران سال سوم راهنمایی شهرستان شهر بابک در	محمدعليزاده	راهنمایی شهر بابک (باطرح	اموزشی، طراحی و اجرای برنامه آموزشـی	کمترین تفاوت در عملکرد دانش آموزان با بیشترین بعـد خـانوار و
زمینه بهداشت قاعدگی ۱۳۸۱	و عطااللهی	قبل و بعد تک گروهی)	در دوجلسه با پمفلت آموزشی	بیشترین تفاوت در دانش آموزان با منبع کسب اطلاعات از معلمـین
3 ()	G()	33 1701	33	و دوستان
تاثیر اموزش مسایل بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و	۱۳۸۴- زارع،	۷۴۲ دختر از سمنان و دامغان	مطالعه در سه مرحله طراحی و اجرا شده	۱- بهبود معنی دار آگاهی، نگرش و عملکرد دختران آموزش دیـده
عملکرد دختران ۱۴–۱۲ ساله	ملک افضلی،	در دو گروه کنترل و مداخله	است ۱-نیازسنجی ۲-امـوزش در ۴	۲- موثر و مناسب بـودن انتقـال آمـوزش هـا بـه مـادران از طريـق
6,7	ى جندقى	, 6, 3, ,	مرحله ۳-ارزیابی پس از آموزش	رابطین بهداشتی برای آموزش به دختران در محیط خانواده
	و همکاران		C 33 7 C 4 G. 193	, . , e, . e, . e, . e, . e e
ارزشیایی برنامه آموزش بهداشت بلوغ در ارتقای	۱۳۸۵ - مودی،	٣٢۵ دانــش أمــوز مقــاطع	آموزش یک و نیم ساعته برای همه دانش	افزایش معنی دار میانگین نمـره آگـاهی در دانـش آمـوزان هـر دو
آگاهی دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان	ر ت زمانی پور	ر راهنمـایی و دبیرســتان شــهر	آموزان توسط مربیان آموزش دیده با	مقطع و در کل دانش آموزان ۱ ماه پس از مداخله وجـود داشت.
شهر بیرجند	ر کی پرر و همکاران	بيرجند	محتوای یکسان	مطالعه تک گروهی باطرح قبل و بعد بود.
سهر بیر بند تأثیر سه روش آموزشی سخنرانی، بازی و ایفای نقش	و معدران	بیر جند ۱۷۴ دانــش آمــوز دختــر اول	تخصیص تصادفی دانـش امـوزان در سـه	ستایت که طورمی بخورج نبل و بعد بود. تفاوت معنی داری آگاهی بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در هر سه
بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر مقطع بر آگاهی	هزوه ای،	راهنمـــایی از ۶ مدرســـه از	گروه اموزشی سخنرانی، بازی و ایفای	عوت سعی داری اعلی بارخسه و پیشه بعد او سور سه کار مور سه کار می از در دو گروه ایفای نقش و گروه بیازی افزایش بیشتری
برا حمی و همتصره داخش اسوران و حصر مقطع راهنمایی در مورد تغذیه دوران بلوغ	هروه ای. تقدیسی و همکاران	راهنمسیی از ۱ سارست از نــواحی ۴ گانــه آمــوزش و	نقش واجرای دو جلسه آموزشی در هـر	نووه که در دو فروه ایمای مسلم و خروه بدری امرایس بهستوی نسبت به گروه سخنرانی داشت و ماندگاری عملکرد در گروه ایفای
راهنهایی در مورد تعدیه دوران بنوع	تقدیسی و همکاران			
	1 .5 1817	پرورش مشهد ۸۰ دانـــش آمـــوز مقطـــع	گروه ۱۲جلســه آموزشــی ۱ ســاعته بــا روش	نقش به طور معنی داری بیشتر بود افزایش معنی دار میانگین نمرات آگاهی، عملکرد و نگرش در گـروه
تاثیر آموزش بهداشت بلوغ جسمی بر رفتارهای	۱۳۸۷ – قهرمانی،			
بهداشتی دختران مدارس راهنمایی دولتی چابهار	حيدرنيا و همكاران	راهنمایی در دو گروه کنترل و	سخنرانی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ	مداخله ۲ماه بعد از اتمام آموزش ها دیده شد.
المالية	1.1 -1 - 3 - 3 - 3 - 3	مداخله ۲۰۰نفر دانش آموزان دختر	and and a secondar	النام أخل بارأ به بي الأساء الم
مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی - بسته	۱۳۸۷-خاکبازان،		سخنرانی در دو جلسه دو ساعته در	افزایش آگاهی بعد از آموزش در هـر دو گـروه کـه در گـروه بسـته
آموزشی) بر آگاهی دختران در مورد بهداشت بلوغ	جمشیدی و همکاران درسر	مدارس راهنمایی	مقابل ارایه بسته های آموزشی	آموزشی به طور معناداری بیشتر از سخنرانی بود.
ارتقا آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در بهداشت	۱۳۸۸- نـــــــوری	۱۰۰ نفــر از مــادران دانــش	مداخله بـرای مـادران بـا سـخنرانی یـا	۱٬۵۵ ماه بعد از مداخله نتایج نشان دادکه آموزش با گروه همسالان
جسمی بلوغ بـا امـوزش مبتنـی بـر گـروه همسـالان	سیســـتانی، مرقـــاتی و 	آموزان دختر مقطع راهنمایی	آموزش از طریق دختـران آمـوزش دیـده	دختر موجب افزایش میانگین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران
دختران	تقدیسی	شهر تهران	توسط همسالان	نسبت به موضوع بهداشت بلوغ شد.
تاثیر شیوه آموزشی مبتنی بـر گـروه همسـالان بـر	۱۳۸۸ – نوری	۱۰۰نفر از دانش آموزان دختر	آموزش از طریق همسالان به صورت ۲	آموزش همسالان باعث ارتقاء سلامت جسمي دختران نوجوان شده
عملكرد جسمى بهداشت بلوغ دختران	سیستانی و مرقاتی	مقطع راهنمایی شهر تهران در	جلسه ۹۰ دقیقه ای با فاصله زمانی یک	آزمون های آماری نیز اخـتلاف معنـی داری را در میـانگین نمـرات
		دو گروه کنترل و مداخله	هفته	آگاهی و عملکرد افراد یک و نیم ماه پس از مداخله نشان داد.
تاثیر برنامه آموزشی بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و	۱۳۸۸- کرامتی	۱۹۲ دانـش آمـوز دختـر ۱۴-	برگزاری ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزشی	افزایش معنی دار آگاهی، نگرش و وضعیت سلامت عمومی دختـران
سلامت عمومى نوجوانان	و همکاران	۱۲ ساله در دو گروه کنتــرل و	در قالب گروه های ۲۰ نفری	در گروه مداخله وجود داشت.
. %. 1%	18.1	مداخله		
تاثیر آموزش بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و	۲۰۰۸- افگاری و	1670 دختر ۱۴–۱۰ ساله	دوره آموزشی ۳ ماهه توسط مربیان	افزایش آکاهی، نگرش و عملکرد در پایان دوره آموزشی نسبت به
عملکرد دختران ۱۴–۱۰ ساله	همكاران	استان اصفهان	اموزش دیده	قبل از آموزش وجود داشت.
تاثیر آموزش بهداشت بلوغ از طریق منابع موثـق بـر	١٣٨٩- مــــــالكي،	۱۳۲ دانش آموز دختر مقطع	تخصیص نمونه ها به گروه های دریافت	قبل از مداخله رفتار بهداشتی در سه گروه تفاوت نداشت اما ۳ مـاه
رفتارهای بهداشتی دختران	دلخوش و همکاران	راهنمایی مـدارس دولتـی در	آمـوزش از مـادر، از معلمـین یـا پرسـتار	بعد از مداخله در هـر سـه گـروه تفـاوت معنـی دار وجـود داشـت.
		یکی از شهرک های تهران	بهداشت جامعه	آموزش پرستار بهداشت جامعه نسبت به مادران و معلمان مـوثرتر
		ar t Tark	1 -1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	yec.
اثربخشی آموزش بهداشت بلوغ و قاعدگی بـر سـلامت	۱۳۸۹ - آقایوسفی،	دانش آموزان دختر دوره سـوم 	اجرای ۸ جلسه آموزشی ۱٬۵ ساعته بـرای	آموزش بهداشت بلوغ و قاعدگی بر سلامت عمومی دختران نوجـوان
عمومى دختران دوره سوم راهنمايي	علی پور و نجاری	راهنمایی	گروه مداخله	تأثير مثبت داشته و باعث كاهش اضطراب، اختلالات خواب،
		4 . 44 . 149		افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی آنها شد
تاثیر آموزش گروهی مادران بر نگرش دختران	۲۰۱۰ - تقوا	۱۲۰ مادر نوجوانان پیش از	برگزاری ۶ جلسه آموزشی ۲ ساعته برای	۱ سال پس از مداخله افزایش آگاهی و مهارت های ارتباطی مادران
نوجوان در مورد تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی 		بلوغ در دو گروه مورد و شاهد	گروه مورد	و نگرش مثبت در دختران آنها وجود داشت.
بلوغ				
مقایسه دو روش سخنرانی و بسته آموزشـی در تغییـر	۱۳۹۰- مجلســـــــى،	۲۰۰ نفـــر از دانـــش آمـــوزان	ارائه بسته آموزشی در مقایسه با یک	۱ ماه بعد از مداخلـه آگـاهی و نگـرش نسـبت بـه قبـل از آمـوزش
آگاهی و نگرش بهداشت بلوغ دختران	محمودی و همکاران	مدارس مقطع راهنمایی جزیرهٔ	جلسه سخنرانی دو ساعته	افزایش داشت. افزایش میزان آگاهی با روش سخنرانی بیشتر بـود
		كيش		اما افزایش نگرش تفاوت اندکی داشت.
تاثیر آموزش بـر اسـاس الگـوی اعتقـاد بهداشـتی بـر	۱۳۹۱- شــــیرزادی،	۶۱ دختر ۱۹–۱۲ ساله ســاکن	آمـوزش در ۴ جلسـه ۴۰ دقیقـه ای بــه	تغییر معنی دار مثبت بین اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکـرد
ارتقای بهداشت بلوغ جسمی دختران مراکز شبانه	شــــجاعي زاده و	در مراکــــز شــــبانه روزی	روش سخنرانی، بحث گروهـی، پرسـش و	افراد یک ماه بعد از مداخله (مطالعه به صورت تک گروهیی بـاطرح
روزی بهزیستی تهران	همكاران	بهزیستی تهران	پاسخ	قبل و بعد بود)
والدین یا مربیان بهداشت مدارس، کدام یک برای	۲۰۱۲- جلالیان و	۱۸۲۳ دانش آموز دختر از ۱۵	سه گروهتصادفی آموزش از طریق والدین	۲سال پس از مداخله، دانش اموزان آموزش دیده توسط مربیان
	همكاران	مدرسه راهنمایی تهران	و یا مربیان بهداشت و گروه کنترل	بهداشت نگرش بهتری نسبت به قاعدگی و عملکرد بهتری در مورد
آموزش بهداشت قاعدگی مناسب هستند؟	همحاران	074 6 7		



جدول ۲: مروری بر مطالعات غیرمداخله ای در زمینه بهداشت بلوغ دختران در ایران در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲

Į _n .	ر قاصله سالهای ۲۰ ۱۱ تا ۱۱ ۱۱ ۱۱		ز زمینه بهداست بلوغ <u>د</u>	جدول ۱: مروری بر مطالعات غیرمداخله ای در
نتایج اکثریت مادران نسبت به آموزش مسایل بلوغ نگرش خنثی داشتند؛ بین تحصیلات مادران،	گروه هدف ۱۵۰ مادر دختران راهنمایی منطقه	مطالعه توصيفی	نویسندگان ۱۳۷۷- کریمی و	 بررسی نگرش مادران نسبت به آموزش مسایل دوران
تعداد فرزندان، رتبه فرزند ونگرش آنها نسبت به آموزش همبستگی آماری معنی دار به	۵ تهران	ر دیدی	همكاران	بروسی دران دوره راهنمایی در شهر تهران ۱۳۷۲
صورت منفی گزارش شده است. ۱- بهبود معنی دار آگاهی، نگرش و عملکرد دختران آموزش دیده ۲-موثر و مناسب بودن	۷۴۲ دختر از سمنان و دامغان در	توصيفي –	-1849	بررسی نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۲ ساله
ا بهبود معنی دارا صعی عرص و عمعرد عصوری امورش دید دختران در محیط انتقال آموزش به دختران در محیط	دو گروه کنترل و مداخله	توصیعی تحلیلی آینده نگر	ملک افضلی،	بررسی تیراهای امورسی تحتران ۱۱۱ سات سمنانی پیرامون بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی
خانواده	, , , , ,	,	ی جندقی و همکاران	مناسب و موثر برای تامین آن مناسب و موثر برای تامین آن
آگاهی اکثریت دانش آموزان (۴٬۶۷٪) ضعیف، ۶۷٪ نگرش منفی نسبت به قاعدگی داشته	۳۳۵ دانش آموز دبیرستانی	مقطعي	۱۳۷۹ - نوروزی	آگاهی، عملکرد و نگرش دختران دانش آموز
و فقط ۳۰۵٪ عملکرد خوب در زمینه بهداشت قاعدگی داشتند. منبع کسب اطلاعات اکثر دختران(۶۶٪)، مادران بودند.			و کمالی	دبیرستانی شهر بوشهر نسبت به بهداشت بلوغ
اکثر دانش آموزان درای آگاهی متوسط(۶۵،۳/)، نگرش بی تفاوت (۴۹،۳)) و رفتار بهداشتی ضعیف (۴۰،۱۵/)بودند.	۳۷۵ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی	توصیفی- مقطعی	۱۳۸۲- صدقی ثابت و همکاران	بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی دانش اموزان دختر صومعه سرا در مورد دوران بلوغ
۱- وجود شرم و خجالت در بین دختران، مادران و مربیان بهداشتی در فرآیند آموزش بلوغ	۱۰ دختر نوجوان، ۱۰ مادر و ۱۰	کیفی	۱۳۸۲ – انوشه و	بررسی مقدماتی اموزش بلوغ در دختران نوجوان
۲- کوتاهی مادران و مربیان بهداشت مدرسه در آموزش دختران از نظر بلوغ ۳- نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ ۴-کم اطلاعی و شناخت ناکافی دختران، مادران و	مربی بهداشت با بیش از ۱۲ سال سابقه کار		همكاران	
مربیان بهداشت از بلوغ بلوغ در فاصله سنی ۲۴–۱۲ سال رخ می دهد و والدین مهمترین منبع کسب آگاهی برای	۲۴۰ دانش آموز دختر راهنمایی و	توصيفي	۱۳۸۲ - آقامحمدیان	خصوصیات زیستی- اجتماعی نوجوانان دختر دانش
بوع در قاصله شتی ۱۱-۱۱ سال رح می تعد و واندین مهمترین منبع نسب تاهی برای نوجوانان محسوب بودند.	متوسطه	توصیعی	١١٨١-١٥٥٥مممون	مصوصیات ریستی- اجتماعی توجوانان تحیر نانس آموز مشهد
۰ بر ت ۱- لزوم آموزش بهداشت بلوغ جهت افزایش آمادگی نوجوانان از تغییرات جسمی و کاهش	ر ۲۴ مصاحبه در ۱۲ گروه با حضور	کیفی	۱۳۸۲– عزیزی	رر بررسی دیدگاه های والدین، معلمین و دانش آموزان
ترس آنها و یشگیری از اطلاعات ناصحیح ۲- ضرورت نداشتن آموزش مسایل جمعیت و	۶۴ دانش آموز، ۵۰ معلم و ۴۸ ولی		و همکاران	پیرامون اموزش مفاهیم بهداشت باروری به دانش
تنظیم خانواده از نظر والدین ۳- تاکید بر لزوم آموزش در مورد ایدز و مسایل مربوط به	انجام شد			اموزان به شیوه بحث گروهی متمرکز
ازدواج ۱ آگار با در تر با از داشتر این	17 -1 1 adayse			of acts & Louis and acts of the Louis
۱- آگاهی پایین نسبت به مسایل بهداشتی بلوغ ۲- عملکرد روانی ضعیف نسبت به قاعدگی ۳- نیاز به آموزش تغییرات فیزیکی و روانی	۱۷۴۶دانش آموز دختر مقطع راهنمایی در سطح استان مازندران	توصيفى	۱۳۸۳ - عبداللهی و همکاران	بررسی نیازهای آموزشی بهداشت دوران بلوغ دختران دانش آموز راهنمایی استان مازندران سال ۱۳۸۲
بلوغ و ارتباط آن با مسایل جنسی، تولید مثل و بهداشت ازدواج	راستها در ستاع استان سرساران		0,	داعل البور را المسايي المساق الدر ساق ۱۰۰۰۰
١- آگاهي ضعيف و نگرش غلط دختران نسبت به تغييرات جسمي بلوغ ٢- نگرش مثبت	۲۱۰ دانش آموز از دختر سوم	توصيفي –	۱۳۸۵- سایه میری	بررسی نیازهای بهداشتی دوران بلوغ در دختران سال
اکثر نمونه ها به تغییرات خلقی و عاطفی و روانی بلوغ ۴– تقاضای یادگیری مطالب بیشتر در ارتباط با بهداشت قاعدگی	راهنمایی شهر و حومه ایلام	تحليلى	و مروارید	سوم راهنمایی شهر و حومه ایلام
عوامل موثر بر ارتقاء سلامت بلوغ دختران: دادن اطلاعات صحیح، آموزش همزمان مادران و	۱۲ دانش آموز دختر مقطع	کیفی	۱۳۸۷- نوری سیستانی،	مقایسه دیدگاههای مادران، ختران و معلمین در
دختران، استفاده از روشهای آموزشی مناسب و/اولویت آموزش در مورد بلوغ جنسی،	راهنمایی، ۱۲ مادر و ۷ معلم		مرقاتی و	اولويتهاى سلامت بلوغ دختران مقطع راهنمايي
روانی، اجتماعی و جسمی از دیدگاه دختران آگاه دنداد در در در داده و از دیدگاه دختران	۳۰۰ دختر نوجوان از ۶ مدرسه	1 -	تقدیسی ۱۳۸۷ اا: -	مدارس منطقه ۶ شهر تهران
آگاهی دختران در مورد بهداشت باروری ضعیف بود. لذا، آموزش بهداشت باروری از طریق مامای مدرسه، مادران و معلمین برای دختران نوجوان ضرورت دارد	راهنمایی قزوین	مقطعی	۱۳۸۷– الفتی و علیقلی	سنجش نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت باروری و تعیین راهبردهای مناسب برای تأیید تریید
اکثر دانش آموزان آگاهی زیاد و نگرش مثبت نسبت به سلامت بلوغ داشتند اما ۳۰٪	۳۸۶ دختر مقطع سوم راهنمایی از	توصيفى- تحليلى	۱۳۸۷ – علوی، پوشنه و	تأمین آن در قزوین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان دختر
مملکرد مطلوب داشتند. نکته دیگر اینکه بیش از ۷۰٪ نوجوانان خانواده را به مثابه منبع آموزش و مشاور سلامت دوران بلوغ ترجیح دادند.	۵ منطقه اموزش و پرورش شهر تهران	G. G. J	خسروی	یری مقطع سوم راهنمایی شهر تهران در زمینه سلامت بلوغ
. مورس و تساور سارست نوران بنوع تو بنیاع قامت. اکثر دانش آموزان دارای آگاهی ضعیف و عملکرد متوسط در زمینه بهداشت قاعدگی بودند.	حهران ۴۵۰ دانش آموزدختر مقطع را	مقطعى	۱۳۸۸- بلالی میبدی و	ببوے آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر دبستان و
سنُ نمونه ها بأاتَّاهي وعملكرد ارتباط معنى دار مثبتُ داشتُ.	هنمایی ودوسال آخردبستان	J	همكاران	راهنمایی شهر کرمان در مورد بهداشت قاعدگی سال ۱۳۸۷-۸۸
زمان مناسب آموزش در مورد ایدز و بیماری های مقاربتی سالهای اولیه دبیرستان ودر	ر رسی را به به نظرسنجی از ۴۰۰والد (۲۰۰زوج) و	توصيفى	۱۳۸۹- جلالی آریا و	زمان و روش مناسب آموزش بهداشت باروری به
مورد زمان لقاح وتنظیم خانواده قبل از ازدواج و سال های اخر دبیرستان بیان شده بود. بهترین فرد هم برای آموزش مامای حاضر در مدرسه بود.	۵۰ معلم		همكاران	دختران از دیدگاه والدین و معلمان شهر گرگان
دو درونمایه اصلی: ۱- تطابق آموزش ها با نیازها (نیاز به محتوای مناسب آموزشی و نیاز به	مصاحبه نيمه ساختار يافته با ۶۷	کیفی	۱۳۸۹- شاه حسینی،	تبیین نیازهای آموزشی و چگونگی ارائه خدمات
شیوه مناسب آموزشی) و ۲- مشار کت همگانی در آموزش (ارتقاء عملکرد رسانه ها و مشار کت شبکه های اجتماعی)	دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله و ۱۱ فرد کلیدی آگاه		سیمبر و رمضانخانی	آموزشی مرتبط با سلامت دختران نوجوان:یک مطالعه کیفی
اکثر واحدهای پزوهش دارای آگاهی خوب و نگرش مثبتی نسبت به دوران بلوغ بودند. بین	۳۸۴ دانش آموز دختر پایه سوم	توصيفى- مقطعى	۱۳۹۰- نجفی و	بررسی آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر پایه سوم
میزان تحصیل مادر با اگاهی دختران آنها در مورد بهداشت دوران بلوغ ارتباط آماری	راهنمایی در شهر لاهیجان		همكاران	راهنمایی در زمینه بهداشت دوران بلوغ
معنی دار وجود داشت.	/ * CS 1 (VA.)		1:1/ 1,401	lei l. e.l.d. l do
بین درآمد خانواده و سطح تحصیلات والدین و میزان اگاهی دانش آموزان نسبت به بهداشت بلوغ رابطه معنادار وجود دارد. میزان آگاهی نوجوانان برحسب محل سکونت، شغل	مصاحبه با ۲۵ نوجوان دختر (کیفی) و بررسی ۴۰۰ دانش آموز دختر دوره	کیفی – کمی	۱۳۹۱ - کاظمی	بررسی تاثیر متغیرهای خانوادگی بر میزان آگاهی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی نسبت به بهداشت
بهدست بوی ربسه مساور و بود درما میران معلی و بودن بر سب به من سوده سمی پدر و منبع کسب آگاهی آنها تفاوت دارد.	و بررسی راهنمایی (کمی)			بلوغ بلوغ
درونمایه های اصلی: قاعدگی واقعه ای ناخوشایند بلوغ، عصبی و شرمنده شدن از تغییرات	۳۸ دختر ۲۰-۱۲ ساله با تجربه	كيفي	۲۰۱۰- حاجیخانی،	تجربه بلوغ در دختران نوجوان ایرانی: تحلیل محتوای
جسمانی و روانی، ناهماهنگی با والدین، نیاز به اموزش در موردجهت گیری جنسی، مشکلات تحصیلی و موارد مذهبی	حداقل سه دوره قاعدگی		گلچین و همکاران	کیفی
سطح متوسط آگاهی جنسی دراکثریت دانش آموزان گزارش شدارتباط معنی داری بین	۲۷۰۰ دانش آموز دبیرستانی	مقطعى	۲۰۱۲- مالک و	آگاهی جنسی نوجوانان دبیرستانی شمال غرب ایران
جنسیت دانش آموزان و سطح آگاهی آنها وجود نداشت. بیشترین آگاهی در زمینه قوانین دینی مربوط به مسایل جنسی وجود داشت.	شهرهای تبریز، ارومیه و اردبیل		همكاران	
درونمایه های اصلی: حمایت عاطفی، والدین مسئول و والدین اگاه با توجه به چالش های موجود در ارتباط نوجوانان ایرانی با والدینشان، نیاز به آگاه کردن والدین نسبت به نقش	۶۷ دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله	كيفى	۲۰۱۳– شاه حسینی، سیمبر و همکاران	ارتباطات حمایت کننده خانوادگی و سلامت نوجوانان در بافت اجتماعی - فرهنگی ایران
خود در سلامت نوجوانان وجود دارد				

بحث و نتیجهگیری

میزان آگاهی دختران در مسایل مرتبط با بلوغ و بهداشت دوره بلوغ در سالهای اخیر به دلیل گسترش آموزش توسط مدارس، خانوادهها و رسانهها نسبت به گذشته افزایش داشته و تـا حـدودی بهبود پیدا کرده است اما همچنان مشکل کمبود آگاهی در بین دختران کشور ما وجود دارد. نداشتن آگاهی کافی و اطلاعات مناسب، احساس نامناسب اكثريت نوجوانان نسبت بـ ه بلـوغ و بـروز واکنشهایی توام با ترس، احساس ناراحتی، اضطراب و پرخاشگری را در پی دارد. داشتن اطلاعات نادرست و خرافی هم باعث ایجاد نگرش منفی در مورد علایم بلوغ و بروز احساسات نامناسیی مانند ترس و اضطراب در دختران می شود [۲۶، ۱۷] افزایش آگاهی علاوه بر بهبود نگرش دختران، باعث شکل گیری رفتارهای بهداشتی در آنها نیز میشود زیرا که آگاهی نقش مهمی در انجام یک رفتار بهداشتی دارد. نداشتن آگاهی و نگرش مناسب باعث می شود که دختران نوجوان عملکرد یا رفتار بهداشتی مناسبی هم در دوران بلوغ نداشته باشند[۲۱]. در جامعه ما به دلایل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی، بیشتر نوجوانان به ویـژه دختـران بـه اطلاعـات درسـت و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ دسترسی ندارند و چه بسا به دلیل کسب این اطلاعات از منابع ناآگاه و نامطمئن در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جدی بدنی و روانی می شوند [۱۳]. با توجه به ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد، اهمیت آموزش و آگاهی دادن مناسب و کافی، فراهم کردن امکان فراگیری و تمرین مهارت های فردی مناسب بـرای نوجوانـان در سنین بلوغ برای بهبود نگرش و در نهایت رسیدن به هدف ارتقای عملکرد و رفتار بهداشتی بیش از پیش باید مورد توجه قرار گیرد. با اینکه آموزش بهداشت بلوغ سنگ بنای ارتقا آگاهی، نگرش و عملکرد دختران نوجوان است که با افزایش آگاهی علاوه بر بهبود نگرش باعث شکل گیری رفتارهای بهداشتی در افراد می شود، اما متاسفانه همچنان جای خالی زیادی برای آموزش بهداشت بلوغ به دختران نوجوان احساس می شود، زیرا که نتایج مطالعات اخیر همچنان نداشتن اطلاعات کافی و یا وجود باورهای غلط بهداشتی دختران نوجوان در زمینه بهداشت فردی، ورزش و فعالیت بدنی، تغذیه، بهداشت روانی، بهداشت جنسی و ... را در دوران بلوغ نشان می دهد. میزان آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه بلوغ تحت تاثیر عوامل مختلفی است که سطح تحصیلات مادر به عنوان مهمترین عامل موثر در مطالعات زیادی تایید شده است[۴] امـا در

مورد سایر عوامل موثر بر میزان آگاهی دختران در زمینه مسایل مرتبط با بلوغ و قاعدگی از جمله اولین واکنش مثبت مادران نسبت به تغییرات بلوغ دختران، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده، منطقه سکونت، سن آموزش به نوجوان، سنوات تحصیلی و رشته تحصيلي، منابع كسب اطلاعات، تحصيلات يدر، شغل توافق كلي وجود ندارد و نیاز به طراحی و اجرای مطالعات جامع کمی و کیفی در این زمینه وجود دارد. مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشت بلوغ برای نوجوانان خانواده است که به عنوان نخستین نهاد اجتماعی مهمترین = - نقش را در آموزش و انتقال اطلاعات و رفتارهای بهداشتی به نوجوان دارد. گرچه هر یک از اعضای خانواده در آموزش مسائل بلوغ به نوجوانان نقش دارند ، جایگاه مادر در این میان بارزتر از دیگران می باشد و بیشتر نوجوانان رفتارهای بهداشتی را از مادران خود فرا می گیرند (۲۸، ۲۵، ۲۴]. نتایج تحقیقات مختلف حاکی از این است که دختران ترجیح میدهند اطلاعات خود در زمینه بلوغ و مسایل مرتبط با بهداشت باروری و جنسی را از مادران خود کسب کننـد[۱۴-۱۲] و در همـین راسـتا سطح تحصیلات مادر به عنوان موثرترین عامل در میزان آگاهی و نگرش و عملکرد بهداشتی دختران شناسایی شده است بهطوری که دختران چنین مادرانی، به دلیل داشتن آگاهی بیشتر در مورد بلوغ و مسایل مرتبط با ان از نگرش مطلوب تر و عملکرد و رفتار بهداشتی بهتری هم برخوردار هستند [۲۵-۲۰]. دختران نوجوان از مادرانشان انتظار دارند که با شرح و توصیف فیزیولوژی قاعدگی، آنها را برای پذیرش راحتتر این پدیده آماده نمایند. تأکید بر آگاهی والدین و به خصوص مادران از تغییرات یاد شده و ضرورت شناخت زودرس هرگونه انحراف از سلامت باروری، از یافته های مشهود در مطالعه شاه حسینی و همکاران هم بود[۴۷]. بعد از مادران، مربیان بهداشتی و گروه همسالان مهمترین منابع دریافت اطلاعات نوجوانان هستند [۱۸-۱۸]. چالشی که در این مقوله مطرح است، عدم آگاهی والدین نسبت به نقش مهم خود در انتقال اطلاعات به دختران است. بررسیهای انجام شده در کشور هم مهمترین علت عدم برخورداری نوجوانان به ویژه دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ را ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران ازپدیده بلوغ و کوتاهی آنها در آمادگی و آموزش دختران گزارش کرده اند[۲۸]. نکته حایز اهمیت این است که هنگام بروز تغییرات جسمی بلوغ در دختران، شرم و خجالت هم در آنها آغاز میشود. مادران و مربیان بهداشتی هم که

مناسب و متناسب با نیاز و هماهنگ با فرهنگ هر جامعهای باشد. یدیده بلوغ باید مورد توجه والدین و اولیا و مربیان باشد. به نظر میرسد، بهترین زمان برای دادن اطلاعات در مورد هر تحولی زمانی نه چندان نزدیک و نه چندان دور از آن رخداد باشد [۵۱]. بنابر نتایج مطالعات موجود حاصل از نظرسنجی از والدین و مربیان و همچنین عقیده صاحبنظران، آموزش بعد جسمانی بهداشت بلوغ باید به دلیل شرایط خاص دوران بلوغ و شروع بحرانهای روحی در این مقطع سنی، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری نوجوانان و همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی صلاحیت در این امر، پیش از شروع آن و در دختران حول و حـوش١٠-٩ سـالگي آغـاز شـود[٢٩، ١٣، ١٢]. امـا آمـوزشهـاي بهداشت بلوغ تنها به بعد جسمانی بلوغ خلاصه نمی شود و یکی از جنبههای مهم آموزشهای بهداشت بلوغ علاوه بر تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی مسایل مرتبط با بهداشت باروری و جنسی است. بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت نیمی از نوجوانان دنیا در برابر بیماریهای مقاربتی همچون ایدز و حاملگی ناخواسته حفاظت کافی ندارند و در معرض خطر روابط جنسی، باروری ناامن و فارغ از مسؤولیت، حاملگی زودرس هستند[۴]. در کشور ما هم مطالعات مبین وجود تجربه جنسی زودهنگام و بدون حفاظت در نوجوانان است[۵۲ ، ۲۴]. اما متاسفانه نتایج اندک مطالعات موجود حاکی از آن است که از نظر والدین چنین آموزشهایی به نوجوانان ضرورت ندارد یا در صورت لزوم هم اواخر دوره نوجوانی را به این منظور پیشنهاد می کنند [۲۹]. اما معلمان نسبت به والدین زمان زودتری برای آموزش مسایل جنسی به نوجوانان انتخاب می کنند که می تواند بهدلیل درک بهتر آنها از نوجوانان به واسطه شغلشان باشد، اما والـدین بـه دلیـل نگرانـی در مورد مشکلات ناشی از آموزش زودهنگام، زمان دیرتری برای شروع آموزشهای جنسی نوجوانان انتخاب میکنند [۴۸]. آموزش زودهنگام و مداوم راهی موثر برای خنثی کردن اطلاعات نادرست است و هر چه میزان آگاهی فرد نسبت به مسایل جنسی بیشتر باشد، آغاز اولین مقاربت دیرتر و عوارضی از قبیل بارداریهای ناخواسته و سقط کمتر می شود [۴۹]. البته آنچه مسلم این است که زمان مناسب برای آموزش ابعاد مختلف بهداشت بلوغ (جسمانی با توجه ویژه به آموزش جنسی، روانی و اجتماعی] با هم متفاوت هستند و بررسیهای بیشتری برای تعیین زمان مناسب آموزش هـر

این احساس را تجربه کرده اند، هنگام آموزش، این احساس بر آنها چیره شده و نمی توانند اطلاعات و آموزش های لازم را به دختران ارائه دهند و همچنین برای رعایت احساس شرم و خجالت دختران از بازگوکردن مسائل بلوغ خودداری می کنند. متاسفانه وجود احساس شرم و خجالت باعث کوتاهی مادران و مربیان در اجرای وظیفه خطیرشان در امر آمادگی و آموزش دختران می شود [۲۵] و از طرفی سطح آگاهی والدین نیز ممکن است در حدی نباشد که بتوانند اطلاعات صحیح را در اختیار فرزندان خود قـرار دهنـد[۴۸]. کم اطلاعی، ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از پدیده بلوغ و کوتاهی آن ها در آمادگی و آموزش دختران باعث می شود تا دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات دوران بلوغ برخورادار نشده [۲۷] و برای یافتن پاسخ سوالات خود به منابع غیر معتبر و ناآگاه مراجعه کنند. چالش دیگری که در این مقوله باید مورد توجه قرار گیرد، آگاهی دادن به والدین به ویژه مادران در مورد نقش مهم آنها در انتقال اطلاعات صحیح و کامل به دختران نوجوانشان است. اگر والدین مسئولیت خود را در زمینه مکالمات بهداشتی با فرزندانشان به دلیل شرم، ناآگاهی و یا مشغله زیاد فراموش کرده و آن را بردوش مسؤولین گذارند؛ آنها نیز به نوبه خود این امر را بر دوش خانواده بگذارند؛ سایر منابع اطلاعاتی مانند همسالان، خواهر و برادر بزرگتر، گفتگوهای خیابانی و رسانههای عمومی ظهور می یابند [۴۸]. گروه همسالان آثار مثبت و منفی زیادی بر سلامت نوجوانان دارند. مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه و ایران نشان می دهند که اطلاعات مربوط به مسایل بهداشت باروری و جنسی و بیماریهای مقاربتی بندرت توسط معلمین، واسطههای بهداشتی یا والدین منتقل میشوند و این افراد منابع دست اول اطلاعات در زمینههای مذکور نیسـتند، بلکـه گـروه همسالان و دوستان به عنوان مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد مسایل جنسی به والدین برتری می یابند که معمولاً منابع دقیق و مناسبی برای این اطلاعات هم نیستند [۴۹٬۵۰]. بنابراین با توجـه به نقش تاثیر گذار مادران در آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشت بلوغ دختران، نیاز به تحقیقات جامعتری در زمینه میزان آگاهی و نگرش مادران در زمینه بهداشت بلوغ و میزان توجه و آگاهی آنها در زمینه نقش خطیرشان در آموزش به دخترانشان وجود دارد. سوال دیگری که لازم است به آن پرداخته شود زمان شروع آموزشهای بهداشت بلوغ در ابعاد مختلف جسمانی (با توجه ویـژه بـه مسـایل جنسـی)، روانی و اجتماعی است. بدیهی است که اطلاعات باید در زمان

نوجوانان برای گذار به سمت بزرگسالی همواره یکی از بزرگترین چالشهای انسانی است که در مرکز آن مباحث جنسی و روابط بین فردی قرار دارد. امروزه در جهانی که اپیدمی ایدز وجود دارد، اینکه این چالش چگونه دیده شود، موقعیت کشورها را برای مقابله با این اپیدمی جهانی تعیین می کند[۵۴]. والدین باید بدانند که نوجوانان به جهت بیخبری از بلوغ، مسایل و مشکلاتی دارند که اگر به طور صحیح و اصولی نسبت به آن آگاهی پیدا نکنند و از تغییرات فیزیکی دروران بلوغ و باروری اطلاع نداشته باشند چه بسابه انحرافات جنسی مضر و نامشروع مبتلا شده و در صورت بروز مشکل نیز جهت کسب اطلاع به افراد نامناسب مراجعه کرده و دچار انحرافات جدی در این زمینه میشوند [۱۴]. نوجوانان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در خطر جدی بیماریهای منتقله از طریق جنسی و HIV و بارداری ناخواسته قرار دارند [۵۵]. در کشور ما هم والدین نباید نوجوان خود را نسبت به رفتارهای پرخطر و روابط جنسی مصون بدانند، زیرا که نوجوان به دلیل ویژگیهای رفتاری و اعتماد به نفس دوره نوجوانی بهخصوص در اواسط نوجوانی، تمایل زیادی به عبور از محدودیتها و تجربه رفتارهای جدید دارد. بهطوری که بسیاری از نوجوانان علت شروع رابطه جنسی را حس کنجکاوی بیان میکنند[۵۶]. پس باید انتخاب کرد که نوجوان را برای یافتن مسیرش در هاله ای از اطلاعات نسیی، غلط و نادرستی که از اینترنت، دوستان و افراد فاقد صلاحیت دریافت کردهاند، رها کرد یا اینکه او را برای مبارزه در این چالش به سلاح اطلاعات دقیق و علمی، شفاف و مبتنی بر ارزشهای فرهنگی جامعه تجهیز کرد[۵۴]. بر اساس نظریههای بهداشتی، اقدامات پیشگیرانه در طی سالهای اولیه نوجوانی موثرتر از برنامههایی هستند که در آینده برای اصلاح عواقب ناخواسته رفتارهای پرخطر اجرا می شوند [۵۷] بنابراین خلا بزرگ موجود در زمینه آموزش ابعاد بهداشت روانی، اجتماعی و به ویژه در مقوله آموزش بهداشت جنسی دختران باید مورد توجه سیاست گزاران بهداشتی، مسئولین آموزشی و پژوهشگران حیطه سلامت قرار گیرد زیرا در شرایطی که اطلاعاتی که در سطح کشور داده می شود فاقد اطلاعاتی در باره رفتارهای جنسی جوانان در سطح جامعه است، کاملا روشن است که تعداد زیادی از دانش آموزان به اندازه کافی آگاهی در باره موضوع جنسیت و هویت جنسی خود، رفتارهای جنسی وابسته به جنس، مهارتهای مقابلهای و دفاع از سلامت جنسی خود، روشهای سالم زیستن، آگاهی کافی از ارزشهای دینی، اخلاقی و

یک از این ابعاد به دختران نوجوان که متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه ما باشد و بیشترین سودمندی را هم برای دختران نوجوان به همرا داشته باشد، مورد نیاز است. مسئله دیگری که نیاز به بررسی و توجه دارد ضرورت تـ دوین محتـ وای آموزشـی جـ امع و متناسب با ابعاد مختلف بلوغ و بهداشت بلوغ و مسايل مرتبط با رفتارهای مخاطره آمیز سلامت دختران نوجوان است. آموزش بهداشت بلوغ به عنوان رفتارهایی که در دوران نوجوانی پرورش یافته و در زندگی بزرگسالی تداوم پیدا می کنند از جنبه های حیاتی آموزش بهداشت در دختران نوجوان است[۴۰]. بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت هایی است که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت جسمی - روانی و عاطفی فرد در این دوران و دورانهای دیگر میشود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش است[۷]. در دوره بلوغ چهار گروه از تغییرات در نوجوانان رخ میدهد که شامل: تغییرات جسمی، روحی-روانی، ذهنی و اجتماعی است. تغییرات جسمی نوجوان را در مسیر بارور شدن و بیداری غریزه جنسی قرار میدهـ د که از یک سو نیازمند توجه به اصول و موازین بهداشتی خاص از سوی نوجوان برای حفظ سلامت جسمانی است و از سوی دیگر نوعی بهت زدگی و گیجی و متعاقب آن احساس اضطراب و ناامنی در دختران ایجاد می کند. در این دوران دختران هیجانات بسیاری نظیر نومیدی، خشم و اضطراب را تجربه میکنند که اگر در مسیر مشخص هدایت نشود منجر به افسردگی، بدخلقی، بیماری جسمی، رفتارهای خودمخرب نظیر سوء مصرف مواد مخدر، اضطراب، انزوا و تنهایی، رویاها و تخیلات میشود [۵۳]. آنچه که در این مقوله محل تامل است طراحی دقیق آموزشی از نظر محتوا و زمان بندی است که باید بر اساس ابعاد مختلف بلوغ و شرایط فرهنگی حاکم بر جامعه و مبتنی بر مطالعات نظرسنجی از والدین، مربیان و دختران باشد. در زمینه نیازهای آموزش بهداشت بلوغ برای دختران در کشور، تفاوتهای اساسی در اولویتهای بهداشتی دوران بلوغ از دیدگاه دختران، مادران و معلمین وجود دارد. اولویتهای آموزش بهداشت بلوغ از نظر دختران به ترتیب: امور جنسی، روانی، اجتماعی و جسمی است، در حالیکه از دیدگاه مادران آموزش مسایل مرتبط با بلوغ روانی، اجتماعی، جسمی و جنسی به ترتیب در اولویت قرار دارند. معلمان هم مانند دختران معتقد به اولویت آمــوزش مســایل امــور جنســی، روانــی، اجتمــاعی و جســمی در آموزشهای بلوغ بودنـد[۲۷]. والـدین، معلمـین و سیاست گـذاران بهداشتی کشور باید توجه داشته باشند که آماده کردن کودکان و

چالش های آموزش بهداشت ... معصومه سیمبر و همکاران

اجتماعی در ارتباط انتخاب روشهای درست رفتار جنسی و آمادگی کافی در ارتباط با انتخاب خویشتنداری یا استفاده از روشهای حفاظتی برای جلوگیری از بارداری، بیماریهای مقاربتی و ایدز را ندارند و یا انگیزه کافی برای آن را ندارند. در اجرای برنامههای آموزشی، انتخاب یک روش آموزشی مناسب یکی از مهمترین اقدامات در جریان طراحی آموزشی است[۳۳]. بهره گیری درست از روشهای مختلف موجب افزایش کارایی و اثربخشی آموزش خواهد شد که در نهایت رضایتمندی فراگیران را برای مشارکت بیشتر در بحثها فراهم مى كند [٣٩]. امروزه ديگر آموزش به معنى انتقال اطلاعات و حقایق نیست بلکه رویکرد نوین آموزش توسعه مهارتها است تا بتواند تمام جنبههای سلامت جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی افراد را شامل شود. آموزش بهداشت مبتنی بر مهارت، رویکردی برای ایجاد و حفظ سبک زندگی سالم است که از طریق توسعه دانش، نگرش و به ویژه مهارتهای نوجوانان با استفاده از تجارب یادگیری متنوع و با تاکید بر روشهای آموزش مشارکتی حاصل میشود. مهارتهای زندگی توانایی سازگاری و رفتار مثبت است که افراد را به صورت موثر برای برخورد با نیازها و چالشهای زندگی روزمره توانمند می کند [۴۶]. توانمندسازی در ارتقای سلامت فرآیندی پویا و فراگیر است که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تاثیر قرار میدهند به دست می آورد. هدف عمده توانمندسازی نوجوانان، ایجاد تغییرات مناسب در کلیه ابعاد و جوانب زندگی است[۵۸]. برنامه آموزشی موثر خواهد بود که اطلاعات و نگرشهای مرتبط با موضوعات مختلف را با استفاده از تلفیقی از روشهای مشارکتی و فعال به یادگیرندگان منتقل کند. آموزش سلامت فعال به شیوههای فعال نیاز دارد که به تفکر فعال منجر میشوند. چنین تفکری درک واقعی از ایده های بهداشتی را بهبود بخشیده و مهارتهای برنامهریزی، اقدام و انتقال پیامهای بهداشتی به سایرین را توسعه میدهد. همچنین به نوجوانان کمک میکند تا مهارتهای زندگی را کسب کرده، نگرشها را بهبود بخشیده و ارز شها را مستحکم کنند[۵۸]. در آموزش بلوغ، هم خانواده و هم مدرسه باید نقش داشته باشند. مدارس یکی از عرصههای مهم اجرای برنامههای ارتقای سلامت جوانان و نوجوانان است که امکان دسترسی به بخش وسیعی از کودکان و نوجوانان جامعه را فراهم می کند[۵۹]. ارتقا رفتارهای بهداشتی سالم و ایمن در بین دانش آموزان، بخش مهمی از ماموریت بنیادی مدارس است و بهعلاوه مدارس وظیفه دارند

دانش آموزان را با دانش و مهارت لازم برای داشتن زندگی سالم و بارور در آینده آماده کنند[۶۰]. بنابراین مدارس به منزله راه مـوثری برای دسترسی به دانش آموزان، معلمان و والدین آنها تلقی میشوند که طراحی و اجرای برنامههای آموزش سلامت مدرسه محور، نه تنها میتواند با نتایج مثبت سلامت برای کودکان و نوجوانان همـراه باشـد بلکـه مـی توانـد خانواده و اعضـای جامعـه را هـم تحـت تـاثیر قـرار دهد[۴۵]. برای این منظور، لازم است مسوولان مدارس بـا روشهـای مختلف آموزشی آشنا شده و روشـی را کـه در ارتقـای آگـاهی دانـش موزان نقش مؤثری دارد، با مشارکت والدین و اعضای تـیم بهداشـتی به کار گیرند[۵۹]. بنابراین نیاز اسـت کـه آمـوزش بهداشـت بلـوغ بـا رویکرد استفاده از روشهای آموزش فعـال و مبتنـی بـر مهـارتهـای رویکرد استفاده از روشهای آموزش فعـال و مبتنـی بـر مهـارتهـای موجود در مدارس طراحی و اجرا و ارزشیابی شوند تا بهتـرین رویکـرد آموزشی در این راستا مشخص شود.

پیشنهادات: در مجموع از بررسی نتایج مطالعات موجود وجود مشکلات در زمینه ضعف آگاهی، نگرش و عملکرد نامطلوب دختران نوجوان در زمینه بهداشت بلوغ، عدم توجه کافی به منابع کسب اطلاعات دختران نوجوان، نیاز به تعیین زمانبندی آموزشی در زمینه ابعاد مختلف بهداشت بلوغ، نیاز به تدوین محتوای آموزشی جامع، مناسب و متناسب با فرهنگ جامعه و نیاز به طراحی و اجرای برنامههای آموزش بهداشت بلوغ براساس روشهای مختلف آموزش بهداشت و با استفاده از شیوههای نوین آموزشی احساس می شود. با توجه به اهمیت مساله بهداشت بلوغ در دختران نوجوان و نقش مهم سلامت دختران در سلامت کنونی و آینده فرد و جامعه نویسندگان براساس مطالعات انجام شده، پیشنهادات زیر را مطرح می کنند:

- طراحی مطالعاتی جهت بررسی عوامل مرتبط با علل ناآگاهی و بی توجهی مادران در مورد بلوغ دخترانشان

- انجام مطالعاتی برای بررسی وضعیت و نیازهای جامعه برای طراحی زمان بندی مناسب برای انواع آموزشهای در زمینه جسمانی، جنسی، روانی و اجتماعی

- طراحی آموزشها با استفاده از انواع روشهای آموزش مشارکتی برای آموزش مهارتهای زندگی و تاثیر گذاری بر نگرش افراد شامل: بحثهای کلاسی، بارش افکار، نمایش، ایفای نقش، بحث گروهی، بازیهای آموزشی، مطالعه موارد، قصه گویی، تمرین مهارتهای زندگی

- استفاده از محیط و امکانات آموزشی موجود در مدارس برای اجرای برنامه آموزشی و توانمندسازی دختران، مادران و مربیان

سہم نویسندگان

زینب علی مرادی: مسئول جستجو در پایگاههای اطلاعاتی، بررسی و مطالعه مقالات مرتبط، تنظیم جداول و نگارش متن اولیه مقاله معصومه سیمبر: جستجوی تکمیلی پایگاههای اطلاعاتی و بررسی و ویرایش متن اولیه

- تدوین محتوای آموزشی مـوثر و مناسـب جهـت پاسـخگـویی بـه نیازهای متنوع دختران نوجوان در دوران بلوغ
- جلب مشارکت بین بخشی، توجیه والدین و مربیان و مسئولین برای آماده کردن بسترهای اجرایی لازم
- استفاده بهینه از نوجوانان برای طراحی استراتژیها، تهیه مطالب آموزشی، فرآیندهای اجرایی و ارزشیایی
- -توانمند کردن والدین و مربیان برای داشتن نقش فعال در آموزش سلامت بلوغ به دختران

منابع

- **1.**WHO. Adolescent health 2013. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- 2. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female Adolescents Health-Information Needs: a qualitative study. Jornal of Mazandaran University of Medical Science 2011;21:82-5[Persian]
- **3.** Parvizy S, Ahmadi F, Nikbakht A. (avamel moaser bar salamat az didgah nojavanan). Payesh 2003;2:252-45 [Persian]
- **4.** Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenager girls regarding to reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2008;12:76-82[Persian]
- 5. Maleki A, Delkhoush M, Amini ZH, Ebadi A, Ahmadi K, Ajali A. Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls. Journal of Behavioral Sciences 2010;4:155-61[Persian]
- **6.** Majlessi F, Mahmoudi M, Rahimi A, Hosseinzadeh P. The impact of lecture and educational package methods on knowledge and attitude of teepage girls on
- methods on knowledge and attitude of teenage girls on puberty health. Hormozgan Medical Journal 2010;15:327-32[Persian]
- **7.**Thies K, Travers J. Handbook of human development for health care professionals. 1st Edition, Jones and Barlet Press: Boston, 2005
- **8.** Brazier C. The State of The World's Children 2011: Adolescence; an age of opportunity. Edited by: Anthony D. UNICEF 2011; New York. Available at: http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf . Accessed May 31, 2013
- **9.** Nourolahi T, Ghaemi Z, Moazzami Goodarzi H, et al. The Technical Report of 2011National Census of Population and Housing Statistical Center of Iran.

- Published by Technical Design and Statistical Methods Research Group, 2013 . Available at: www.amar.org.ir/Portals/1/Files/technical%20report-%20with%20cover.pdf . Accessed June 5, 2013
- **10.** Programme of Action of the International Conference on Population and Development. International Conference on Population and Development; 1994; New York: UNFPA. Available at:http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html.

Accessed May 24, 2013

- **11.** Jaskiewicz M. An integrative review of the health care needs for female adolescent. The Journal for Nurse Practitoners 2009;5: 274-83
- **12.** Åbdollahy F, Shabankhani B, Khani S. Study of puberty Health educational needs of adolesecents in Mazandaran province in 2003. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2004;14:56-63[Persian]
- **13.** Malek Afzali, Jandaghi, Robab Allameh, Zare. 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;1:39-47 [Persian]
- **14.** NoroziKomereh A, Kamali F. (Agahi, negaresh, amalkard dokhtaran dabirestani shahr bosheher nesbat be behdasht doran ghaedegi). Iranian South Medical Journal 2000;3:60-7[persian]
- **15.** SabetGhadam S. Investigation of secondary school students attitude regarding parent-adolescent interrelationships in Tehran (1993). Iran Journal of Nursing 1996;0:109-15[Persian]
- **16.** Alavi M, Poushaneh K, Khosravi A. Puberty health: knowledge, attitude and practice of the adolescent girls in Tehran, Iran. Payesh 2009;8:59-65 [Persian]



- 17. BalaliMeibodi F, Mahmodi M, Hasani M. Knowledge and Practice of Kerman Primary-Secondary School Girls on Menstrual Health in the Academic Year of 2008-2009. Dena 2009;4:53-62[Persian]
- **18.** Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd Grade Junior School Girl Students' Knowledge and Attitude toward Puberty Age Sanitation. Journal of Gilan University of Medical Sciences 2011:22-8[persian]
- 19. Djalalinia S, Tehrani FR, Afzali HM, Hejazi F, Peykari N. Parents or School Health Trainers, which of them is Appropriate for Menstrual Health Education? International Journal of Preventive Medicine. 2012;3:622-7PubMed PMID: 23024851. Pubmed Central PMCID: PMC3445278. Epub 2012/10/02. eng.
- **20.**Sayemiri K, Morvarid MG. A Survey and Analysis of Health Needs in Girls of Guidance Schools Regarding Puberty in Ilam and its Suburbs. Tolooe Behdasht 2005-6;5:44-50[Persian]
- 21.SedighiSabet M, Hasavari F, SaiedFazelPoor F. A survey on knowledge, attitude and health behavior of girl students about puberty. Journal of Gilan University of Medical Sciences 2003;12:31-8[persian] 22.Kazemi Z. The Effect of Family Variables on Information Rate of Guidance School Female Students about Maturity Health. Journal of Family Research. 2012;8:319-3535 [Persian]
- **23.**Hajian S, Dolatian M, Majd HA-. Knowledge and attitude of nonmedical students regarding reproductive health. Jornal of Shahid Beheshti Nursing- Midwifery Faculty 2007;17:3-9[Persian]
- **24.**Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2003;7:5-13[Persian]
- **25.**Golchin NA, Hamzehgardeshi Z, Fakhri M, Hamzehgardeshi L. The experience of puberty in Iranian adolescent girls: a qualitative content analysis. BMC Public Health 2012;12:698
- **26.** Aghamohammadian H,R. A study of the social biological characteristics of female young adult student in Mashhad. Research in Clinical Psychology and Counselings 2003-4:125-44 [Persian]
- 27. Sistani MN, MerghatiKhoi E, Taghdisi M.
- [Comparison among viewpoints of mothers, girls and teachers on pubertal health priorities in guidance schools in District 6, Tehran]. Journal of the School

- of Public Health and Institute of Public Health Research 2008 6:13-22[Persian]
- **28.** Anoosheh M, Niknami S, Tavakoli R, Faghihzadeh S. Preliminary Study of Puberty Education in Adolescent Girls: a Qualitative Research. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003;9:64-70[Persian]
- **29.**Azizi F, Zafarmand MH, Bayat F. Qualitative analysis of parents, teachers and students' beliefs about education of reproductive health to students using focus group discussion. Iranian South Medical Journal 2003;6:69-78[Persian]
- **30.**Afghari A, Eghtedari S, Pashmi R, Hossein Sadri G. Effects of puberty health education on 10-14 year-old girls' knowledge, attitude, and behavior. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2008;13:38-41
- **31.**AghaYousefi A, Alipoor A, NajariHasanZad F. The effects of puberty and menstrual hygiene training on mental health of girls in third course of junior high school. Quartery Psychological Researches 2010;3: 1[Persian]
- 32.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;11:61-8[Persian] 33.Hazavehei SMM, Taghdisi MH, Mohaddes HR, Hasanzadeh A. The Effects of Three Teaching Methods of Lecture, Training Game and Role Playing on knowledge and Practice of Middle School Girls in Regard to Puberty Nutrition. Strides in Development of Medical Education 2006;3:2
- **34.** Jalili Z, Mohammadalizadeh S, Ataollahi S. Impact of health education on the knowledge and practice of 3rd grade guidance school girls of Shahrbabak in relation to menstruation health in 2003. Strides in Development of Medical Education. Spring & Summer 2004;1:41-7 [persian]
- **35.** Keraamatee MR, Esfandiaaree MR, Eshrataabaadee HM. The effect of health education program on students' awareness, attitude, and general health. Quarterly Journal of New Thoughts on Education. 2009;5:35-50[persian]
- **36.**Khakbazan Z, Jamshidi F, Mehran A, Damghanian M. Effects of Lecture Presentation and Presenting Educational Packages on Girls' Knowledge About Adolescence Health. Hayat 2008;14:41-8[Persian]
- **37.**Moodi M, ZamaniPour N, SharifZadeh G, Akbari-Bourang M, Salehi S. Evaluating Puberty health program effect on knowledge increase among female

چالش های آموزش بهداشت ... معصومه سیمبر و همکاران په

intermediate and high school students in Birjand. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2007;13:9-15[Persian]

38.Mohammadzadeh Z, Allame Z, Shahroki S, HROriezi, Marasi M. Puberty Health Education in Iranian Teenagers: Self -Learning or Lecture and Discussion Panel? Iranian Journal of Medical Education 2002; 3:4-7

39.Nouri M, Merghati khoie Es. The impact of peerbased educational approaches on girls' physical practice in pubertal health. Arak University of Medical Sciences Journal 2010;12:129-35[Persian]

40.Shirzadi S, Shojaeezadeh D, Taghdisi MH, Hosseini F. 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;10:59-71[Persian]

41.zabihi A. The study of educational effects on knowledge and practice of health puberty among girl students in Babol's Amirkola. Journal of Babol University of Medical Science (JBUMS). 1999;4:58-62 [persian]

42.Zare M, Hosien MalekAfzali, Jafar Jandaghi, Motahareh RobabAllameh, Kolahdoz M, Asadi O. Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 year old girls. Journal of Gilan University of Medical Science (JGUMS). 2006;14:18-26 [persian]

43.Sistani MN, Khoi EM, Taghdisi MH. Promoting Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of the Mothers in their Girls' Pubertal Health Based on Peer Education Approach. JBUMS Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;11:6[Persian]

44.Taghva N. The effect of group training for mothers on the attitudes of pre-adolescent daughters towards bio-psycho-social changes. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1540-4

45. Aldinger C, Whitman CV, Scattergood P. Family Life, Reproductive Health and Population Education:Key Elements of a Health-Promoting School: The World Health Organization's Information Series on School Health.Document 8, Available at: http://www.who.int/entity/school_youth_health/media/

en/family_life.pdf?ua=1. Accessed May 5, 2013 **46.**Skills for Health (Skills-based health education

46.Skills for Health (Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School). The World

Health Organization's Information Series on School Health: Document 9. Available at:

http://www.who.int/entity/school_youth_health/media/en/sch_skills&health_&3.pdf?ua=\). Accessed May 5, 2013

47.Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female adolescents'health needs: the role of family. Payesh 2012;11:351-9[persian]

48. JalaliAria K, Nahidi F, AmirAliAkbari S, AlaviMajd H. Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education. Jornal of Gorgan University of Medical science (JGUMS). 2010;12:84-90[Persian]

49.Bahrami N, Simbar M, Soleimani MA. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2013;10:1-16

50.Malek A, Shafiee-Kandjani AR, Safaiyan A, Abbasi-Shokoohi H. Sexual Knowledge among High School Students in Northwestern Iran. International Scholarly Research Network, ISRN Pediatr. 2012;2012:645103. doi: 10.5402/2012/645103. Epub 2012 Aug 27. Available at:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC34344 01/ . Accessed May 29, 2013

51.ShamshriMilani H. Puberty and Adolescent. Chapter 20 of 11th Section (Family Health). From Persian Textbook of Public Health, 3rd edition, volume 3, Tehran, 2013. p. 1826.Available at:

http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EB OOK/11 20.pdf. Accessed March 25, 2013

52.Hamzehgardeshi Z, Baheiraei A, Mohammadi M, Nedjati S, Mohammad E. Predictors of Sexual Risk Behaviors among Iranian Adolescent Females: a Population Based Study. The First International & 4th National Congress on health Education & Promotion; 2011; Tabriz University of Medical Sciences.

53.Khalili S, Bakhtiary A. (Negaresh Ravanshenakhti be Bologh Dokhtaran). Womens Strategic Studies. 2008:41. Available at:

http://mh.farhangoelm.ir/getattachment/87-41.aspx Accessed June 13, 2013

54.UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators, Volume I: The rationale for sexuality education, Published by UNESCO, December 2009. Available at: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/18328 le.pdf . Accessed June 13, 2013

- **55.**Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence. Journal OF Adolescent Health. 2003;33:324-48
- 56. RezaeiAbhari F, Hamzehgardeshi Z, HajikhaniGolchin N, zabihei M, Hamzehgardeshi L. Drug user girls' perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. Iranian Journal of Nursing Research 2011;6:79-87 [persian]
- **57.**Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. Social science & medicine 2010; 71:1855-63
- **58.**Motlagh ME, Rabbani A, Kelishadi Mirmoghtadaee P, Shahryari S, Ardalan G, et al. Timing of puberty in Iranian girls according to their living area: a national study. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences 2011;16:276-59 59. Scirven A, Orme J. Health promotion: professional perspective. Palgrave: Mac Milan Press; 1996. 60. Centers for Disease Control and Prevention. School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Middle school/high school version. Atlanta, Georgia. 2012. Available at: http://www.cdc.gov/healthyyouth/shi/pdf/MiddleHigh.

pdf. Accessed June 14, 2013

ABSTRACT

Puberty health education for Iranian adolescent girls: challenges and priorities to design school-based interventions for mothers and daughters

Zainab Alimordi¹, Masoumeh Simbar^{1*}

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 621-636

Accepted for publication: 24 December 2013 [EPub a head of print-10 September 2014]

Objective (s): Puberty is the most important milestone of change in teenage life. This is a time to become adult with reproductive ability. Girls experience a wide variety of physical, emotional, social and sexual changes in this period. Lack of information, skills and preparations endanger their health. Puberty health includes principals and cares to promote and maintain individuals' physical, emotional, social and sexual health that can be achieved by education. This paper reviews evidence for puberty health education in Iran.

Methods: A review of Iranian articles related to knowledge, attitude and practice of adolescent girls about puberty and menstruation was carried out using the following databases: PubMed, Elsevier, SID, Medlib, Magiran, Iranmedex, Irandoc and Google Scholar. Search strategy included using key words adolescent, puberty, puberty health, female and girls.

Results: Challenges related to puberty health education can be categorized to 6 main themes: insufficient knowledge, lack of appropriate attitude and practice; lack of attention to influencing factors; limitation of adolescents' informational sources [mothers, peers and health educators]; disagreement about the right time to start teaching different aspects of adolescent health; Lack of appropriate educational content and disuse of appropriate methods of health education.

Conclusion: The findings suggest that there is need for skills-based training and interventional strategies for the teaching of physical and specially sexual, emotional and social maturity and socially-culturally suitable educational content for mothers and daughters in Iran.

Key Words: puberty health, education, adolescent girls, Iran

E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

^{*} Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, 1enran, 1ran Tel: 82883817