

## تأثیر آموزش گروهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در تربیت جنسی دختران نوجوان

**ناهد مستوفی:** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**غلامرضا گرمارودی:** دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران- نویسنده رابط:  
garmaroudi@tums.ac.ir

**احمد رضا شمشری:** استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**الهام شکیبازاده:** استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۲۷

### چکیده

**هدف و زمینه:** تربیت جنسی یک مقوله بسیار مهم تربیتی در نوجوانان است و مادران مهمترین منبع قابل اعتماد جهت ارائه اطلاعات به نوجوانان می باشند. بنابر این لازم است از دانش، نگرش و عملکرد مناسب برخوردار بوده تا قادر باشند آموزشهای مورد نیاز نوجوانان خود را به آنها ارائه دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در تربیت جنسی دختران نوجوان آنان، در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

**روش کار:** این پژوهش، یک کارآزمایی شاهد دار تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد می باشد. ۳۰ مادر که دختر نوجوان داشتند، جهت هر یک از گروههای مداخله و شاهد انتخاب شدند. ابتدا آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در تربیت جنسی دختران نوجوانشان، توسط پرسشنامه های طراحی شده ای که اعتبار و پایایی آنها سنجیده شده بود، مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج اندازه گیری پایه، مداخله آموزشی برای گروه مداخله در قالب سه جلسه آموزش گروهی به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه در هر جلسه انجام گردید. اساس برنامه ریزی آموزشی در این پژوهش مبتنی بر یادگیری فعال بود. گروه شاهد تنها پمفلت آموزشی دریافت کردند. به فاصله سه ماه بعد از مداخله آموزشی، متغیرهای پیامد مجدداً اندازه گیری شدند، سپس داده های جمع آوری شده در دو گروه مداخله و شاهد، در مرحله قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی کدبندی و مورد تحلیل قرار گرفتند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمونهای توصیفی و تحلیلی شامل آزمونهای مجذور کای دو، فیشر و تی مستقل آنالیز گردیدند.

**نتایج:** یافته های پژوهش نشان داد که ارتباط معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد در خصوص متغیرهای مطالعه قبل از مداخله وجود نداشت ( $p > 0/05$ ) لیکن در گروه مداخله، قبل و سه ماه بعد از آموزش، سطح آگاهی، نگرش، عملکرد تفاوت معنی داری داشتند ( $p < 0/001$ ). در گروه کنترل، بین میانگین نمرات، قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).  
**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد آموزش گروهی می تواند تغییرات قابل توجهی در سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادرانی که دختر نوجوان دارند، ایجاد کند.

**واژگان کلیدی:** آگاهی، عملکرد، نگرش، تربیت جنسی، نوجوان، مادر

### مقدمه

قرار گرفته است. این دوران در طی سالهای ۱۹-۱۰ سالگی می باشد (WHO 2014). بلوغ یک مرحله مهم در رشد فرد می باشد که با تغییرات زیستی مانند تکامل دستگاه باروری و جنسی، جهش رشد قد و وزن، رشد اسکلتی، تغییرات روانشناختی و شخصیتی و تکمیل و مشخص شدن جایگاه اجتماعی فرد در جامعه همراه است

نوجوانی یک مرحله انتقالی توسعه جسمی و روانی انسان است که به طور کلی در طول دوره ای از بلوغ تا بزرگسالی اتفاق می افتد. سازمان جهانی بهداشت، نوجوانی را دوره ای از رشد و تکامل انسان معرفی می- کند که پس از دوران کودکی و قبل از دوران بزرگسالی

مشکلات بهداشتی می‌باشد و بیشتر تصمیم‌گیری‌ها در مورد مراقبت‌های بهداشتی نوجوانان با نظر آنها صورت می‌پذیرد، نقش و اهمیت والدین در آموزش مسائل جنسی بسیار حائز اهمیت می‌باشد (Mohajer et al. 2009). تربیت جنسی کودکان و نوجوانان از دغدغه‌های اصلی و مهم والدین است ( Brcar 2008; Hartmann 2012; Abolghasemi 2010). در موارد بسیاری مشاهده شده که رفتار والدین در این زمینه، تبعات جبران‌ناپذیری را بر روح و ذهن کودکان باقی گذاشته است به گونه‌ای که آثار آن در سنین بزرگسالی هم وجود داشته است، و اغماض والدین از آگاه نمودن فرزندان سبب شده کودکان با دانش جنسی کمتر، در معرض شروع فعالیت‌های زود هنگام یا رابطه جنسی محافظت نشده قرار گیرند (Gordon 1986). برخی از والدین، نسبت به این امر دچار نوعی کج بینی هستند و این مسئله را همچون تابویی می‌دانند که نباید به آن نزدیک شد. در تحقیقات متعدد گزارش شده نیز ثابت شده است که اکثر نوجوانان تمایل دارند در خصوص مسائل جنسی بیشتر با دوستان خود به بحث و گفتگو پردازند و کمتر از راهنمایی‌های والدین خود بهره می‌برند ( Abolghasemi et al. 2010; Brcar 2008; Alquaiz et al. 2012). بسیاری از نوجوانان به هنگام وجود یک نگرانی بهداشتی جدی بویژه در مورد مسائل جنسی، به دنبال کمک نمی‌روند. در مطالعه‌ای مشخص شد تقریباً "نیمی از نوجوانان، در هنگام مواجهه با مشکل به دنبال کمک نمی‌روند (Booth et al. 2012) در مطالعه‌ای که توسط پرویزی انجام شد تاثیر پذیری گروه همسالان را حتی بیشتر از والدین دانسته و گفته نوجوانان پاسخ بسیاری از پرسش‌های خود از جمله مشکلات جنسی را از دوستانشان طلب می‌کنند، چرا که خیلی راحت به دوستان خود اعتماد می‌کنند، در صورتی که پدر و مادر آنها خیلی باید تلاش نمایند تا بتوانند اعتماد فرزند خود را به دست آورند ( Parvizi and Ahmadi 2007).

(Hatami and Shamschiri 2008). لذا در هنگام بلوغ است که نوجوان با امور جنسی آشنا می‌گردند. در واقع می‌توان گفت آدمی در هیچ یک از مراحل زندگانی، مانند مرحله نوجوانی، به شناخت بدن، طرز کار و ارتباط اعضاء و وظایف مربوط به آنها نیازمند نیست. آشنایی با پدیده‌های نوظهور جنسی و طرز صحیح مقابله با آنها یکی از اساسی‌ترین نیازهای نوجوانان در این مرحله از زندگی است ( Parsa 1993).

تربیت جنسی (Sexual education)، آموزش مسائل جنسی، آموزش در مسائل مربوط به تمایلات جنسی انسان از جمله روابط عاطفی و مسئولیت‌پذیری جنسی، فعالیت جنسی، تولید مثل، بهداشت باروری، حقوق باروری، رابطه جنسی سالم، کنترل تولد و پرهیز جنسی است (Wikipedia 2016).

تربیت جنسی به توسعه مهارت‌های ضروری افراد در جهت تعامل بایسته با نیازهای درونی خود و کسب مهارت لازم جهت برقراری ارتباط با جنس مخالف اشاره دارد. مسلماً، تربیت جنسی صرفاً انتقال اطلاعات و آموزش جنسی نیست، بلکه منظور اصلی از این نوع تربیت، توانمند ساختن فرد با ایجاد زمینه و بستر مناسب جهت هدایت صحیح‌ترین گزینه جنسی و مدیریت رفتار جنسی در چارچوب اعتدال و هماهنگی با هدف خلقت و ضمنا نرم و هنجارهای جامعه مورد نظر می‌باشد. عدم ترس از جنس مخالف و یا پرهیز از بی‌پروایی افراطی در مقابل آن - آشنایی با شیوه‌های مناسب پیشگیری از بارداری - کاهش رفتارهای پرخطر و آگاهی از بیماری‌های متعاقب بی‌بند و باری جنسی - دانستن و پایبندی به حدود شرع و اخلاق در تعاملات با جنس مخالف - همسرگزینی و رعایت اصول لازم در ارتباطات (Mahram and Nabizadeh Shahri 2007). با توجه به اینکه والدین نخستین، مهمترین و در دسترس‌ترین افراد جهت تربیت نوجوانان بوده و از آنجائیکه خانواده مهمترین حامی نوجوانان در حل

بتوانند با فرزندان خود به بحث و گفتگو بنشینند (Mohajer et al. 2009; Nair et al. 2012).

در مطالعه انجام شده توسط وقاری زمهریر بین نگرش و کنش والدین نسبت به تربیت جنسی فرزندان، تفاوت معنی داری به نفع نگرش به دست آمد و بر خلاف تصور غالب افراد که معتقدند آموزش‌های مربوط به تربیت جنسی با مقاومت والدین مواجه خواهد شد، بر اساس این پژوهش مشخص شد اکثریت والدین آمادگی نسبی لازم جهت ارائه این آموزش‌ها به دانش آموزان را دارند (Vaghari et al. 2015).

با توجه به اهمیت موضوع تربیت جنسی دختران نوجوان و حساسیت آن در میان خانواده‌ها و اهمیت تاثیر فرهنگ بر آن و با توجه به اینکه مطالعاتی که تا کنون انجام شده در خصوص بررسی وضعیت موجود اندازه‌گیری میزان آگاهی و نگرش بوده است، لیکن برنامه‌ای آموزشی که در جهت افزایش میزان آگاهی مادران و تغییر نگرش و بهبود عملکرد آنها صورت گرفته باشد، در دسترس نبود. این مطالعه، جهت بررسی تاثیر یک مداخله آموزشی گروهی بر وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در زمینه تربیت جنسی دختران نوجوان آنها انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک کارآزمایی میدانی تصادفی شده دو گروهی (مداخله و شاهد) است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه مادران ساکن در شهرک سازمانی شهید نامجو (منطقه ۱۱) شهر تهران می باشند که دختر نوجوان (سنین ۱۰-۱۹ سال دارند. جهت نشان دادن حداقل ۲۰٪ تفاوت امتیاز عملکرد مادران بین دو گروه مطالعه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آماری ۸۰٪ با فرض انحراف معیار ۲۵ واحد (۱/۴) طیف امتیاز امتیاز ممکن از متغیر) حجم نمونه لازم در هر گروه بود که با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی در هر دو گروه برابر ۶۰ نفر و در هر گروه ۳۰ نفر می باشد.

اینکه نوجوانان کمتر والدین را مورد مشورت قرار می‌دهند به دلایل مختلفی است از جمله: نداشتن اطلاعات کافی والدین در این زمینه، عدم اطمینان یا عدم اعتماد به نقش والدین در انتقال بهترین اطلاعات به فرزندان، وجود تابوهای فرهنگی، عدم وجود تعامل مثبت بین مادران و دختران به دلایل مختلف مانند خجالت کشیدن، نگرش منفی، ترس از ریختن حیای دختر و نگرش منفی و عدم تمایل والدین در مورد طرح مسائل جنسی با نوجوانان (Ahmadi et al. 2009; Mirzaee et al. 2014; Anoosheh et al. 2003).

بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد دختران نوجوان آگاهی‌های مناسبی از مسائل مختلف بهداشت جنسی و باروری ندارند و مهم‌ترین علت این امر، عدم اطلاع و شناخت ناکافی مادران از مسائل مختلف مرتبط از جمله بلوغ و بهداشت جنسی است (Karimi et al. 1998) و کوتاهی آنها در آمادگی و آموزش دختران گزارش شده است (Eskandari 1998).

بر این اساس آموزش به والدین در جهت افزایش آگاهی‌های مورد نیاز آنها، به عنوان بهترین راهنمای نوجوانان بوده تا به موقع این آموزشها در اختیار نوجوانان قرار گرفته و مورد استفاده واقع شود و از انحراف اطلاعاتی آنان که بعضاً از منابع غیر موثق کسب میشود پیشگیری نماید.

در کنار مقوله افزایش اطلاعات والدین و نقشی که در تبدیل آنها به یک منبع آگاهی موثق برای نوجوانان دارد، شرط اساسی ایجاد تغییر رفتار، تغییر در نگرش والدین است. البته نگرش منفی و عدم تمایل والدین در مورد طرح مسائل جنسی با نوجوانان، همچنان یکی از مهم ترین دلایل صحبت نکردن آنها با نوجوانان در این خصوص می باشد گرچه این گروه از خانواده‌ها به لزوم آگاهی دادن و بیان راهنمایی‌هایی در جهت بیماری‌های مقاربتی و ایدز اذعان دارند، لیکن خیلی مطمئن نیستند که در مورد بارداری، پیشگیری، سقط و روابط جنسی سالم

در گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. پس از بررسی و تحلیل اطلاعات پرسشنامه‌های توزیع شده، برای مادرانی که در شهرک نامجو پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده بودند کلاس آموزشی برگزار گردید. ۳ ماه پس از انجام مداخله مورد نظر، ساکنین هر دو شهرک پرسشنامه‌های مذکور را پاسخ دادند.

برنامه آموزشی برای گروه مداخله در قالب ۳ جلسه به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه در هر جلسه انجام گردید. اساس برنامه‌ریزی آموزشی در این پژوهش مبتنی بر یادگیری فعال بود و در طول مداخله آموزشی سعی گردید تا مادران بطور فعالانه در برنامه آموزشی شرکت داشته باشند. از روش‌های آموزشی ترکیبی (پرسش و پاسخ، سخنرانی، چهره به چهره، بحث گروهی، و پمفلت) استفاده شد. گروه شاهد تنها پمفلت آموزشی دریافت کردند.

سپس داده‌های دو گروه شاهد و مداخله در مرحله قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی کدبندی و آنالیز شدند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های توصیفی و آزمون-های کای دو، فیشر، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفتند. سطح معنی‌داری مطالعه برابر  $0/05 < p$  در نظر گرفته شد.

## نتایج

حداقل سن در گروه شاهد ۳۰ و در گروه مداخله ۳۳ سال، حداکثر سن در گروه شاهد ۵۱ و در گروه مداخله ۵۳ سال بود. (انحراف معیار=۵، میانگین=۴۰) بیشترین میزان تحصیلات در هر دو گروه مداخله و شاهد دیپلم بود (به ترتیب ۸۰ و ۵۰٪ بود) و درصد کمتری در هر دو گروه به تحصیلات دانشگاهی و زیر دیپلم تعلق داشت. در گروه مداخله ۹۰٪ از مادران و در گروه شاهد ۷۶/۶٪ از مادران خانه دار بودند. میزان مادران کارمند در گروه مداخله ۳/۳ و در گروه شاهد ۲۳/۳٪ بود. در گروه مداخله ۳/۳٪ بازنشسته و ۳/۳٪ شغل آزاد وجود داشت. از نظر تحصیلات

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده که متناسب با اهداف، فرضیات مطالعه تنظیم شدند. سوالات پرسشنامه در چند بخش تهیه شده بودند که شامل مشخصات جمعیت شناختی (۱۴ سوال)، سوالات مربوط به آگاهی (۱۰ سوال)، سوالات مربوط به نگرش (۱۰ سوال) و سوالات مربوط به عملکرد (۶ سوال) است.

پرسشنامه کتبی بوده که اعتبار و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است این پرسشنامه از طریق مطالعه کتب مرجع و پژوهش‌های قبلی تهیه شده و سپس توسط ۶ نفر از اساتید آموزش بهداشت، بهداشت باروری و مامایی، روایی آنها مورد بررسی قرار گرفته و با نظرات اصلاحی و تکمیلی آنان مجدداً پرسشنامه مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفت و پس از رفع ابهامات، روایی آنها تأیید شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از روش آزمون-باز آزمون (test-retest) استفاده شده است. بدین ترتیب که نمونه پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از مادران (به غیر از گروه‌های شرکت کننده در مطالعه) تکمیل گردید و پس از گذشت ۱۰ روز، دوباره پرسشنامه به همان افراد داده شد و میزان ضریب پایایی محاسبه گردید. بر اساس آنالیز داده‌های حاصل ضریب آلفای کرونباخ برای سازه آگاهی (۰/۸۳/۴)، نگرش (۰/۷۷/۵)، عملکرد (۰/۷۰/۶) و برای کل پرسشنامه (۰/۷۴/۴) به دست آمد.

پرسشنامه توسط مادران در هر دو گروه مورد مطالعه تکمیل شد. نحوه تکمیل پرسشنامه خود ایفا بوده است، برای جلوگیری از آلودگی اطلاعات، مادران گروه مداخله از ساکنین شهرک نامجو و مادران گروه شاهد از ساکنان شهرک گلستان که در زیر مجموعه شهرک نامجو می باشد انتخاب شدند.

شهرک‌های مذکور از نظر موقعیت محلی و توزیع ساکنین آنها دارای شرایط یکسان می‌باشند. جهت مادرانی که شرایط ورود به مطالعه را داشته و مشخص شده بود دختر نوجوان سنین ۱۹-۱۰ دارند در هر دو شهرک پرسشنامه توزیع و جمع‌آوری شد (۳۰ نفر از مادران در هر شهرک). سپس دو شهرک به طور تصادفی

حیطه در دو گروه، مورد بررسی قرار گرفت و تست آماری انجام شد (تی تست مستقل).

در مورد میزان پیشرفت آگاهی مادران میان تک تک سوالات آگاهی پس از آموزش، بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشده است (جدول ۲) اما هنگامی که میزان پیشرفت کل آگاهی را در بین دو گروه شاهد و مداخله بررسی نمودیم این اختلاف معنی‌دار شده است ( $p < 0/05$ ) (جدول ۵)

در مورد میزان تغییر نگرش مادران، میان ۶ مورد از سوالات نگرش از ۱۰ سوال، پس از آموزش، بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شده است (جدول ۳) و در کل نیز هنگامی که میزان نگرش را در بین دو گروه شاهد و مداخله بررسی نمودیم این اختلاف معنی‌دار شده است ( $p < 0/05$ ) (جدول ۵).

در مورد میزان ارتقاء عملکرد مادران در  $83/3\%$  از سوالات، بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شده است (جدول ۴ و ۵) و در کل نیز هنگامی که میزان پیشرفت عملکرد را در بین دو گروه شاهد و مداخله بررسی نمودیم این اختلاف معنی‌دار شده است ( $p < 0/05$ ) (جدول ۵).

در بخش دیگری از این مطالعه، یک هدف فرعی ارزیابی شد. هدف این بود که اثر متقابل بین گروه مطالعه و ویژگی فردی مورد نظر را آزمون کنیم. جهت بررسی از آزمون آنالیز واریانس دو طرفه استفاده گردید (سطح معنی‌دار آماری  $20\%$ )

در افراد سنین ۳۰-۴۰ سال، گروه مداخله با انحراف معیار  $21/79$  به میزان  $10/48$  امتیاز پیشرفت داشتند لیکن در گروه شاهد پیشرفتی دیده نشده است. در گروه سنی بالای ۴۱ سال، میزان پیشرفت در گروه مداخله  $12/22$  امتیاز بوده ( $24/38$ = انحراف معیار)، لیکن در گروهی که مداخله انجام نشده بود و تنها پمفلت آموزشی دریافت نموده بودند، میزان پیشرفت ۳ امتیاز بوده ( $10/59$ = انحراف معیار). ملاحظه می‌شود که تفاوت ایجاد شده به خاطر مداخله در

همسران افراد تحت مطالعه،  $73/3\%$  و  $43/3\%$  از همسران افراد به ترتیب در گروه مداخله و شاهد تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی،  $73/3\%$  از خانواده‌ها در گروه مداخله و  $80\%$  از افراد گروه شاهد وضعیت متوسط داشتند و  $23/3\%$  و  $20\%$  از خانواده‌های گروه مداخله و شاهد در موقعیت اقتصادی خوب و  $3/3\%$  از خانواده‌های گروه مداخله، وضعیت اقتصادی عالی داشتند. از نظر تعداد افراد خانواده، در گروه مداخله  $93/3\%$  و  $90\%$  در گروه شاهد، خانواده‌ها ۴ نفر و بیشتر بودند. بیشتر خانواده‌ها (در گروه مداخله  $60\%$  و در گروه شاهد  $66/7\%$ ) هم دختر و هم پسر داشتند. از نظر سن دختر نوجوان افراد تحت مطالعه،  $46/7\%$  از افراد گروه مداخله و  $53/3\%$  از افراد گروه شاهد، دختر نوجوان آنها کوچکتر مساوی ۱۴ سال سن داشت و  $53/3\%$  و  $46/7\%$  از آنها بیش از ۱۴ ساله بودند (انحراف معیار = ۳، میانگین = ۱۵).  $90\%$  از دختران گروه مداخله و  $83/3\%$  از دختران گروه شاهد علائم بلوغ داشتند و  $10\%$  و  $16/7\%$  از دختران نوجوان فاقد علائم بلوغ بودند. (انحراف معیار = ۶، میانگین = ۹) از نظر ایجاد منارک (اولین قاعدگی) در دختران نوجوان،  $76/7\%$  از دختران گروه مداخله و  $66/7\%$  از دختران گروه شاهد منارک را تجربه کرده بودند. (جدول ۱)

در مرحله دوم، جهت بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت در میان گروه‌های مورد مطالعه، اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله را به دست آورده، میزان پیشرفت (*improvement*) محاسبه گردید. آن‌گاه جهت مواردی که پیشرفت وجود داشت در هر دو گروه مداخله و شاهد، آزمون آماری انجام شد. میزان پیشرفت به دو شکل بررسی گردید، یک بار در تک تک سوالات هر حیطه، که میزان پیشرفت و معنی‌دار بودن یا نبودن آن مشخص گردید (آزمون مجذور کای دو یا فیشر) در بخش دوم میزان پیشرفت برای تفاوت نمره کل هر حیطه، که عددی بین ۰ و ۱۰۰ بود، سنجیده شد و تفاوت میانگین هر

بوده (۲۷/۷۴=انحراف معیار)، و در گروه شاهد این افراد میزان پیشرفت صفر بوده است (۷/۸۴=انحراف معیار). ملاحظه می‌شود مداخله در خانواده‌هایی که سن دختر نوجوان آنها کمتر یا مساوی ۱۴ سال بوده نسبت به کسانی که بیش از ۱۴ سال بوده تفاوت قابل ملاحظه‌ای ایجاد کرده است و  $p$ -value اثر متقابل سن دختر نوجوان و مداخله ۰/۱ و اختلاف معنی دار است.

## بحث

مطالعه حاضر به بررسی تاثیر آموزش گروهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در تربیت جنسی دختران نوجوان آنها در سال ۱۳۹۴ پرداخت. مداخله گروهی مورد نظر بر اساس یافته‌های حاصل از نیازسنجی مادران طراحی و اجرا شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد تربیت جنسی دختران خود پایین بود و سه ماه بعد از آموزش، وضعیت آگاهی، نگرش، عملکرد مادران گروه مداخله بهبود قابل توجهی یافت.

در بعد آگاهی مادران، یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین امتیاز آگاهی در مرحله قبل و ۳ ماه بعد از آموزش در گروه مداخله افزایش داشته است و اختلاف این میانگین‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است که نشان دهنده تاثیر آموزش در بهبود آگاهی مادران بوده است. ( $p < 0/001$ ) در مطالعات متعدد انجام یافته، اهمیت آگاهی مادران به کرات تایید شده است. در مطالعه‌ای که توسط کاظمی برای بررسی تاثیر متغیرهای خانوادگی بر میزان آگاهی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی نسبت به سلامت بلوغ انجام گرفت، بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نتیجه گرفت، سطح آگاهی مادران قوی ترین پیش بینی کننده میزان آگاهی نوجوانان از سلامت بلوغ بوده است (Kazemi 2012). از طرفی در مطالعه انوشه و همکاران ایشان مشخص شده است که آگاهی کم و درک و شناخت ناکافی مادران و مربیان بهداشت از پدیده بلوغ و مسائل آن، از مهمترین علل عدم برخورداری نوجوانان به ویژه دختران

دو گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و بالای ۴۱ سال تقریباً یکسان است و میزان  $p$ -value اثر متقابل سن و مداخله ۰/۹ است.

در افراد زیر دیپلم، گروه مداخله با انحراف معیار ۷/۰۷ میزان پیشرفت ۵- امتیاز بوده در صورتیکه در گروه شاهد این میزان ۱-۲۵ بود (۶/۳۳=انحراف معیار). در گروه دیپلمه‌ها، میزان پیشرفت در گروه مداخله ۱۲/۹۲ امتیاز بوده (۲۴/۰۴=انحراف معیار)، لیکن در گروهی که مداخله انجام نشده بود میزان پیشرفت ۲ امتیاز بوده (۸/۶۲=انحراف معیار). در گروه دانشگاهی با انحراف معیار ۹/۵۷ میزان پیشرفت ۵/۹۰ امتیاز بوده در صورتیکه در گروه شاهد این میزان ۱/۴۳ امتیاز بوده است (۱۰/۶۹=انحراف معیار). ملاحظه می‌شود علی‌رغم این که  $p$ -value اثر متقابل تحصیل و مداخله ۰/۶ است لیکن مداخله در گروه‌های مختلف تحصیلی اثرات متفاوت ایجاد کرده است.

در گروه مداخله کسانی که ۲ فرزند یا کمتر داشتند، میزان پیشرفت ۵/۹۰ امتیاز (۱۲/۲۱=انحراف معیار) بوده در گروه شاهد این افراد، میزان پیشرفت ۰/۴۳ امتیاز (۹/۲۸=انحراف معیار) بوده است. اما در کسانی که تعداد فرزندان آنها بیش از ۲ فرزند بوده، میزان پیشرفت در گروه مداخله ۲۵ امتیاز (۳۵/۸۶=انحراف معیار)، و در گروه شاهد این افراد میزان پیشرفت ۲/۸۶ امتیاز بوده است (۴/۸۸=انحراف معیار). ملاحظه می‌شود مداخله در خانواده‌هایی که بیش از ۲ فرزند دارند نسبت به کسانی که ۲ یا کمتر فرزند دارند تفاوت قابل ملاحظه‌ای ایجاد کرده است. و  $p$ -value اثر متقابل تعداد فرزندان و مداخله ۰/۰۸ و اختلاف معنی دار است ( $p < 0/2$ ).

در گروه مداخله کسانی که سن دختر نوجوان آنها کمتر یا مساوی ۱۴ سال بوده است، میزان پیشرفت ۵/۷۲ امتیاز (۹/۳۸=انحراف معیار) بوده، در گروه شاهد این افراد، میزان پیشرفت ۱/۸۸ امتیاز (۹/۱۱=انحراف معیار) بوده است. اما در کسانی که سن دختر نوجوان آنها بیش از ۱۴ سال بوده، میزان پیشرفت در گروه مداخله ۱۵/۶۳ امتیاز

داشتن ارتباطات جنسی در سنین پایین تر می شود، دختران لازم است یاد بگیرند در زندگی آینده زناشویی خود نباید به زور و اجبار به انجام روابط جنسی تن در دهند." این اختلاف آماری معنی دار نبوده است. در مطالعه فروزی عزیز زاده، در امتیاز کل نگرش فقط در موارد " بهتر است به طریقی که شده فکر نوجوانان را از امور جنسی دور کرد " و " آموزش احترام به حقوق نوجوانان " تفاوت معنی - داری نشان داده است (Forozi Azizzadeh 2007).

عملکرد، سومین حیطه مورد بررسی در این مطالعه بود که مطابق نتایج به دست آمده میانگین نمرات عملکرد ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی به طور معنی دار افزایش یافت ولی در گروه شاهد این میانگین تفاوت معنی داری نداشت. بنابراین فرضیه یکسان بودن بودن امتیاز عملکرد در قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی به اثبات نرسید. گرچه در مطالعه وکیلی و همکاران ایشان میزان افزایش امتیاز عملکرد آنها معنی دار نبود ( $p=0/06$ ) و مغایر با نتایج این مطالعه بود لیکن مطالعات متعدد دیگری وجود داشت که همسو با مطالعه ما، نشان دادند. در مطالعه قهرمانی و همکاران که تأثیر آموزش بهداشت بلوغ جسمی را بر رفتارهای بهداشتی دختران مدارس دوره راهنمایی می سنجیدند نتیجه گرفتند که در گروه مورد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش - آموزان بعد از آموزش افزایش نشان داده است  $p < 0/0001$  (Ghahramani et al. 2008)

در مطالعه ای که زارع جوشقانی و همکاران ایشان با هدف تأثیر آموزش بهداشت بلوغ و تعیین راهکار مناسب و موثر برای دختران ۱۴-۱۲ ساله شهر سمنان انجام داده بودند، مقایسه نتایج در دو مرحله قبل و پس از مداخله آموزشی در دو گروه تحت آموزش و بدون آموزش نشان داد که قبل از آموزش اطلاعات دختران در مورد بهداشت بلوغ، ناچیز و با باورهای نادرست همراه بود و آموزش این اطلاعات را اصلاح کرد. همچنین، بررسی انجام شده نشان داد که روش مناسب و موثر انتقال آموزش به دختران، از طریق خانواده و بخصوص مادران با استفاده از رابط های بهداشتی است (Zare Joshaghani et al. 2005).

از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ است (Anoosheh et al. 2003). علیمرادی به دنبال بررسی مجموع مقالاتی که در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ در مجلات داخلی و خارجی چاپ شده و به یکی از حیطه های آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشت بلوغ دختران نوجوان پرداخته بود، نتیجه گرفت که خلاء پژوهشی در مورد بررسی آگاهی و نگرش مادران در مورد ابعاد مختلف بهداشت جنسی احساس می شود (Alimoradi 2014).

در خصوص نگرش مادران، میانگین نمرات نگرش ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی به طور معنی دار افزایش یافت بنابراین فرضیه یکسان بودن بودن امتیاز نگرش در قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی به اثبات نرسید. مطالعات انجام شده در ایران در مورد دیدگاه و نگرش والدین نسبت به آموزش جنسی به نوجوانان، نتایج متفاوتی را نشان داده اند. برخی مطالعات حاکی از موافقت والدین با آموزش جنسی به نوجوانان است (Vaghari et al. 2015; Statistics centre of Iran 2004) برخی دیگر بیانگر نگرش منفی والدین نسبت به چنین آموزشی است (Forozi azizzadeh et al. 2010; Nair et al. 2010; Jalali et al. 2010).

در این مطالعه در برخی موارد از جمله: "اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث از بین رفتن شرم و حیا میان ما خواهد شد، اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث آگاهی بیشتر او می شود، والدین مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشت جنسی نوجوان هستند، پزشکان و کارکنان آموزش دیده بهداشتی، از منابع مهم کسب اطلاعات بهداشت جنسی او هستند، آموزش مسائل جنسی را میتوان از سنین نوجوانی شروع کرد." قبل و بعد از مداخله، اختلاف آماری معنی داری در نتایج مطالعه مشاهده شده است ( $p < 0/05$ ) لیکن در بقیه موارد از جمله: "اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث گستاخی او می شود، آموزش مسائل جنسی در سنین پایین سبب ترغیب فرزندان به

برخورد با آن تغییرات می‌کند. بی شک آموزش‌های لازم و کسب مهارت‌های کافی برای عبور از این برهه سبب خواهد شد مرحله بعدی زندگی خود را با اطمینان و آرامش بیشتری شروع و سپری کند.

آشنایی با پدیده‌های نوظهور جنسی و طرز صحیح مقابله با آنها یکی از اساسی‌ترین نیازهای نوجوانان در این مرحله از زندگی است و لازم است والدین ضمن داشتن اطلاعات علمی و تجربی، نگرشی منطقی و اصولی به آن داشته باشند و بتوانند در موقع لزوم به عنوان یک منبع امن و موثق مورد مشورت نوجوانان خود قرار گیرند که نفع مستقیم آن تامین امنیت و سلامت نوجوان خود و در نهایت اجتماعی خواهد بود که محل رشد و بالندگی نوجوان خواهد بود.

نتیجه این مطالعه تاثیر مثبت داشتن برنامه‌های آموزشی را جهت مادران به اثبات رسانید. گرچه آموزش چگونگی برقراری راههای ارتباطی با نوجوان، یکی از مهمترین موارد مورد نیاز مادران است که در این مطالعه به آن پرداخته نشده بود لیکن اکثریت قریب به اتفاق آنها به اهمیت داشتن اطلاعات و درک درست این دوران از زندگی فرزندان خود اذعان داشتند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد که در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران مورد تصویب قرار گرفته است و کد گواهی اخلاق آن، IR.TUMS.REC.1394.963 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه ساکنین محترم شهرک شهید نامجو و شهرک گلستان که در اجرای این مطالعه صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در این مطالعه میانگین تفاوت آگاهی مادران براساس مشخصات دموگرافیک آنها مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد میانگین تفاوت آگاهی با گروه‌های سنی، میزان تحصیلات مادر، شغل مادر، میزان درآمد خانواده، تعداد افراد خانواده، جنس فرزندان، وجود خواهر بزرگتر برای دختر نوجوان، ایجاد علائم بلوغ و ایجاد منارک، اختلاف آماری معنی داری ندارد لیکن این اختلاف با تعداد فرزندان و سن دختر نوجوان معنی دار شده است. در مطالعه حسینی و همکاران نشان داده شد در بین عوامل موثر متغیرهای تحصیلات مادر و شغل پدر بر آگاهی، پایه تحصیلی بر نگرش و تحصیلات مادر بر عملکرد دانش آموزان موثر بوده است ( Hosseini et al. 2006). در مطالعه خزائی پور و همکاران بین میانگین امتیاز بدست آمده از آگاهی با تحصیلات پدر و مادر و داشتن دوستان سیگاری در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از سیگار رابطه وجود داشت ( $p < /0.01$ )

### نتیجه گیری

مسائل نوجوانی و چگونگی گذر از این دوران در هر دو جنس بسیار مهم است، لیکن توجه به مسائل دختران در دوران بلوغ از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد، چرا که دختران نوجوان، افزون بر گذر از دوران حساس بلوغ از لحاظ جنسیت خود (زن بودن) و مسؤولیت مورد انتظار جامعه، دارای شرایط ویژه‌ای می‌باشند، دختران امروز مادران فردا هستند و در زمینه بهداشت خود و جامعه نقش کلیدی ایفا می‌کنند. در این دوران، نوجوانان ما با پدیده بلوغ مواجه هستند که خود منشاء بسیاری از تغییرات بوده و آنها را نیازمند شناخت این دوران و کسب اطلاعات مورد نیاز جهت چگونگی



جدول ۱ - توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب سن، شغل، تحصیلات، تعداد افراد خانواده، تعداد فرزندان، وجود خواهر بزرگتر، ایجاد علائم بلوغ و ایجاد منارک

شاهد (تعداد=۳۰ نفر)		مداخله (تعداد=۳۰ نفر)		گروههای مطالعه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر	
۶۶/۷	۲۰	۷۰	۲۱	۴۰-۳۰ سال	گروههای سنی
۳۳/۳	۱۰	۳۰	۹	$\geq 41$	
۲۶/۷	۸	۶/۷	۲	زیر دیپلم	تحصیلات مادر
۵۰	۱۵	۸۰	۲۴	دیپلم	
۲۳/۳	۷	۱۳/۳	۴	دانشگاهی	تحصیلات پدر
۷۶/۷	۲۳	۹۰	۲۷	خانه دار	
۲۳/۳	۷	۳/۳	۱	کارمند	شغل مادر
۰	۰	۳/۳	۱	آزاد	
۰	۰	۳/۳	۱	بازنشسته	تحصیلات پدر
۳/۳	۱	۶/۷	۲	زیر دیپلم	
۵۳/۳	۱۶	۲۰	۶	دیپلم	وضعیت اقتصادی
۴۳/۳	۱۳	۷۳/۳	۲۲	دانشگاهی	
۸۰	۲۴	۷۳/۳	۲۲	متوسط	تعداد افراد خانوار
۲۰	۶	۲۳/۳	۷	خوب	
۰	۰	۳/۳	۱	عالی	تعداد فرزندان
۱۰	۳	۶/۷	۲	۳	
۹۰	۲۷	۹۳/۳	۲۸	$\geq 4$	جنس فرزندان
۶/۷	۲	۶/۷	۲	۱	
۷۰	۲۱	۶۶/۷	۲۰	۲	سن دختران
۲۳/۳	۷	۲۳/۳	۶	۳	
۰	۰	۳/۳	۱	۴	خواهر بزرگتر
۳۳/۳	۱۰	۴۰	۱۲	فقط دختر	
۶۶/۷	۲۰	۶۰	۱۸	دختر و پسر	وجود علائم بلوغ
۵۳/۳	۱۶	۴۶/۷	۱۴	$\leq 14$	
۴۶/۷	۱۴	۵۳/۳	۱۶	$> 14$	وجود منارک
۲۶/۷	۸	۱۳/۳	۴	بله	
۷۳/۳	۲۲	۸۶/۷	۲۶	خیر	وجود منارک
۸۳/۳	۲۵	۹۰	۲۷	بله	
۱۶/۷	۵	۱۰	۳	خیر	وجود منارک
۶۶/۷	۲۰	۷۶/۷	۲۳	بله	
۳۳/۳	۱۰	۲۳/۳	۷	خیر	

جدول ۲- سطح پیشرفت آگاهی مادران در مورد تربیت جنسی دختران نوجوان خود پس از آموزش

نتایج آزمون Fisher Chi-square (p-value)	شاهد		مداخله		گروه	سطح پیشرفت آگاهی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰/۴۹	۰	۰	۶/۷	۲	۱- آیا بلوغ جنسی با ترشح غدد جنسی و ظهور ویژگی های ثانوی جنسی از قبیل: رویش موهای زائد و فعالیت غدد عرق در زیر بغل مشخص می شود؟	
۱	۳/۳	۱	۶/۷	۲	۲- آیا رشد پستانها، خونریزی قاعدگی و رویش موهای تناسلی و زیر بغل از علائم بلوغ است؟	
۰/۳۲	۱۳/۱۳	۴	۲۳/۳	۷	۳- آیا یکی از راههای انتقال بیماری هپاتیت B از راه تماس جنسی است؟	
۱	۳/۳	۱	۶/۷	۲	۴- آیا یکی از راههای انتقال بیماری ایدز از راه تماس جنسی است؟	
۰/۴۹	۰	۰	۶/۷	۲	۵- آیا بارداری در سنین پایین (۱۱-۱۹ سال) بارداری پرخطر محسوب می شود؟	
۰/۲۴	۰	۰	۱۰	۳	۶- آیا اولین نزدیکی جنسی هم می تواند سبب بارداری شود؟	
۰/۰۵	۳/۳	۱	۲۳/۳	۷	۷- آیا اختلالات قاعدگی در ابتدای بلوغ یک مشکل جدی است؟	
۰/۰۵	۳/۳	۱	۲۳/۳	۷	۸- بیماریهای مقاربتی، بیماریهایی هستند که در هنگام عمل جنسی از طریق اندام تناسلی، دهان و یا مقعد منتقل می شوند.	
۰/۱۰	۳/۳	۱	۲۰	۶	۹- کاندوم روش مناسب در پیشگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی است.	
۰/۰۵	۰	۰	۱۶/۷	۵	۱۰- تماس جنسی در زمان قاعدگی یک رفتار جنسی نا سالم است.	

جدول ۳- سطح پیشرفت نگرش مادران در مورد تربیت جنسی دختران نوجوان خود پس از آموزش

نتایج آزمون Fisher Chi-square (p-value)	مداخله		گروه	سطح پیشرفت نگرش
	شاهد	تعداد (درصد)		
۰/۰۰۱	۲ (۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	۱- اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث از بین رفتن شرم و حیا میان ما خواهد شد.	
۰/۰۰۵	۳ (۱۰)	۹ (۳۰)	۲- اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث گستاخی او می شود.	
۰/۰۰۱	۱ (۳/۳)	۱۲ (۴۰)	۳- اگر با دخترم در مورد مسائل جنسی صحبت کنم، باعث آگاهی بیشتر او می شود.	
۰/۰۰۲	۲ (۶/۷)	۹ (۳۰)	۴- والدین مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشت جنسی نوجوان هستند.	
۰/۰۰۳	۱ (۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	۵- دوستان و اطرافیان دخترم، از مهمترین منابع کسب اطلاعات بهداشت جنسی او هستند	
۰/۳۵	۱ (۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۶- سایتهای اینترنتی، از منابع مهم کسب اطلاعات بهداشت جنسی او هستند	
۰/۰۰۲	۰ (۰)	۶ (۲۰)	۷- پزشکان و کارکنان آموزش دیده بهداشتی، از منابع مهم کسب اطلاعات بهداشت جنسی او هستند	
۰/۰۰۱	۲ (۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۸- آموزش مسائل جنسی را میتوان از سنین نوجوانی شروع کرد.	
۰/۰۰۵	۱ (۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	۹- آموزش مسائل جنسی در سنین پایین سبب ترغیب فرزندان به داشتن ارتباطات جنسی در سنین پایتتر می شود.	
۰/۱۱	۰ (۰)	۴ (۱۳/۳)	۱۰- دختران لازم است یادگیرند در زندگی آینده زناشویی خود نباید به زور و اجبار به انجام روابط جنسی تن دردهند.	

جدول ۴- سطح پیشرفت عملکرد مادران در مورد تربیت جنسی دختران نوجوان خود پس از آموزش

نتایج آزمون Fisher Chi-square (p-value)	شاهد		گروه
	تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	
۰	(۰) ۰	۱۷ (۵۶/۷)	۱- آیا تا کنون با دختر خود در مورد مسائل بهداشت جنسی صحبت کرده اید؟
۰/۰۲	(۶/۷) ۲	۹ (۳۰)	۲- آیا تا کنون با دختر خود در مورد بهداشت دوران بلوغ صحبت کرده اید؟
۰	(۰) ۰	۱۳ (۴۳/۳)	۳- آیا تا کنون با دختر خود در مورد بیماریهای منتقله جنسی صحبت کرده اید؟
۰	(۳/۳) ۱	۱۷ (۵۶/۷)	۴- آیا تا کنون با دختر خود در مورد بیماری ایدز و راههای انتقال آن صحبت کرده اید؟
۰	(۰) ۰	۱۳ (۴۳/۳)	۵- آیا تا کنون با دختر خود در مورد باروری و بارداری صحبت کرده اید؟
۰/۱۴	(۶/۷) ۲	۷ (۲۳/۳)	۶- آیا تا کنون با دختر خود در مورد نحوه انتخاب دوستانش با او صحبت کرده اید؟

جدول ۵- سطح پیشرفت نمره کل آگاهی، نگرش، عملکرد در مادران گروه‌های مداخله و کنترل جهت تربیت جنسی

آزمون تی مستقل (p-value)	کنترل		مداخله		گروه‌ها متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۲۷	۸/۴۵	۱	۲۲/۱۸	۱۱	آگاهی
۰/۰۰۴	۱/۹۶	۰	۱۷/۶۱	۱۰/۰۸	نگرش
۰/۰۰۱	۵/۵۱	۰/۸۳	۲۳/۲۱	۱۶/۹۴	عملکرد

## References

- Abolghasemi, N., Merghati Khoei, E. and Taghdissi, H., 2010. Teachers' perceptions of sex education of primary school children. *sjsph*. **8**(2), pp. 27-39. [In Persian]
- Ahmadi, F., Anoosheh, M., Vaismoradi, M. and Safdari, MT., 2009. The experience of puberty in adolescent boys: an Iranian perspective. *International nursing review*. **56**(2), pp. 257-63.
- Alimordi, Z. and Simbar, M., 2014. Puberty health education for Iranian adolescent girls: Challenges and priorities to design school -based interventions for mothers and daughters. *Payesh*. **13**(5), pp. 621-636. [In Persian]
- Alquaiz, AM., Almuneef, MA. and Minhas, HR., 2012. Knowledge, attitudes, and resources of sex education among female adolescents in public and private schools in Central Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, **33**(9), pp. 1001-1009.
- Anoosheh, M., Niknami, S., Tavakoli, R. and Faghihzadeh, S., 2003. Preliminary Study of Puberty Education in Adolescent Girls: A Qualitative Research. *IJPCP*. **9**(2), pp. 64-70. [In Persian]
- Brcar, P., 2008. Sexual behavior of Slovenian primary school pupils-youth sexual behavior. *Psychiatria Danubina*, **20**(2), pp. 153-156.
- Booth, ML., Bernard, D., Quine, S., Kang, MS., Usherwood, T. and Alperstein, G. 2004. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *Journal of Adolescent Health*. **34**(1), pp. 97-103.
- Eskandari, M., 1998. *The effect on health behavior counseling with mothers of girls during menstruation in girls' schools in Arsanjan in 1377*. MSc. Tarbiat Modarres University. pp. 51-52. [In Persian]
- Forozi-Azizzadeh, M. and Mohammad-Alizadeh, S., 2007. Attitude and opinion of parents about sex education of adolescents and its contents in kerman. *SSU Journals*. **15**(2), pp. 93-99.
- Ghahremani, L., Heydarnia, A., Babaie, G. and Nazary, M., 2008. Effects of puberty health education on health behavior of secondary school girl students in Chabahar city. *Iran South Med J*. **11**(1), pp. 61-68. [In Persian]
- Gordon, S., 1986. Most parents and school systems fail to provide teenagers with relevant sex education. *Psychology Today*, pp. 22-26.
- Hartmann, KE., 2012. Perspectives of Mexican mothers, adolescents, and sex educators on school-based sex education programs in the United States: Illinois state university.
- Hatami, H. and Shamshiri Milani, H., 2008. Persian Textbook of Public Health, Volume III, Third Edition. Pp. 1821-1829. [In Persian]
- Hosseini, M., Shojaiezadeh, D., Chaleshgar, M. and Pishva, H., 2006. A study of education intervention on knowledge, attitude, practice about Iron deficiency anemia in female adolescent student. *Journal of Gorgan University of medical*. **8**(3), pp. 37-43. [In Persian]
- Jalali Aria, K., Nahidi, F., Amir Aliakbari, S. and Alavi Majd, H., 2010. Parents and teachers' view on appropriate time and method for female reproductive health education. *J Gorgan Univ Med Sci*. **12**(3), pp. 84-90.
- Karimi, E., Rahiminiya, M. and Kamali, P., 1998. Investigate the attitude of mothers towards education of puberty problems in secondary school children, girls age between 11-14 years old. *Iran Journal of Nursing*. **12**(18-19), pp. 74-79. [In Persian]
- Kazemi, Z., 2012. The Effect of Family Variables on Information Rate of Guidance School Female Students about Maturity Health. *Journal of Family Research*. **8**(31), pp. 319-335.
- Mahram, B. and Nabizadeh Shahri, B., 2007. Evaluation of textbook content in terms of sex education courses in middle

- and high. *Third Congress of Family and Sexual Health*. [In Persian]
- Mirzaii Nagmabadi, Kh., Babazadeh, R., Shariati, M. and Mousavi, A., 2014. Iranian Adolescent Girls and Sexual and Reproductive Health Information and Services: A Qualitative Study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. **17**(92), pp. 9-18. [In Persian]
- Mohajer N., Bessarab D. and Earnest J., 2009. There should be more help out here! A qualitative study of the needs of Aboriginal adolescents in rural Australia. *Rural and remote health*, **9**(2), pp. 1-11.
- Nair, M., Leena, M., Paul, MK., Pillai, HV., Babu, G. and Russell, P., 2012. Attitude of parents and teachers towards adolescent reproductive and sexual health education. *The Indian Journal of Pediatrics*. **79**(1), P. 60.
- Parsa, M., 1993. *Psychology, child and adolescent development*. Sixth Edition, Besat, Tehran, pp. 214-249. [In Persian]
- Parvizi, S. and Ahmadi, F., 2007. Adolescence Health and Friendships: A Qualitative study. *Feyz*. **10**(4), pp. 46-51. [In Persian]
- Statistics centre of Iran., 2004. Results from basic information census in reproductive health in selected cities in Tehran.province. Available from: [<http://amar.sci.org.ir/SeqSetView.aspx?P=PL&SI=148/2/1/1/0/0/0/0/0>]
- Vaghari Zemehrir, Z., Hejazi, Z., Abiri, S. and Saedi Rezvani, M., 2015. The attitudes and actions of parents in sex education of children. *Family and sex education conference in 1394*. [In Persian]
- World Health Organization., 2014. Maternal, newborn, child and adolescent. Health-Adolescent. Available from: [[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/)][cited 30 Dec 2015]
- Wikipedia., 2016. Sex Education. Available from:[https://en.wikipedia.org/wiki/Sex\\_education](https://en.wikipedia.org/wiki/Sex_education) [cited 21 Sep 2016]
- Zare Joshaghani, M., Malek Afzali, H., Jandaghi, J., Alammeh, MR., Kolahdoze, Z. and Asadi, O., 2005. Effect of Training Regarding Puberty on Knowledge, Attitude and Practice of 12-14 year old Gils. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. **14**(56), pp. 18-26. [In Persian]

## Effect of Group Education on Knowledge, Attitude and Practice of Mothers of Adolescent Girls About Sex Education

**Mostofi, N.**, MSc. Student, Department of Health Promotion and Education, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Garmaroudi, Gh., Ph.D.** Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: garmaroudi@tums.ac.ir

**Shamshiri, A.R., Ph.D.** Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Shakibazadeh, E., Ph.D.** Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Jun 7, 2016

Accepted: Oct 18, 2016

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Sex education is an important health issue among adolescents. Mothers are the most reliable source of information for adolescents' sex education so they should be equipped with proper knowledge, attitude, and practice to be able to educate their children properly. The present study aimed to investigate the effect of group education on knowledge, attitude and practice of mothers of adolescent girls as regards sex education in Tehran, 2015.

**Materials and Methods:** This was a randomized controlled trial including 30 mothers of adolescent girls randomly assigned to an intervention and 30 in a control group. The knowledge, attitude, and practice of mothers about sex education of their adolescent girls were determined using valid and reliable researcher-made questionnaires. Based on the results, the intervention group, then, attended three educational sessions (active learning, group discussions) of 45-60 minutes duration each. The control group received only educational pamphlets. Three months after the intervention outcome variables were measured in both groups. Data were analyzed by the SPSS-22 using the Chi-Square, exact Fisher and T-tests.

**Results:** There were no statistically differences in the knowledge, attitude and practice of sex education between the two groups at baseline ( $p>0.05$ ). After the intervention, the mean scores of the study variables increased significantly ( $p<0.001$ ) in the intervention group, while there were no statistically significant differences between the mean scores of the variables in the control group before and after the intervention ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that group education could bring about significant changes in the knowledge, attitude and practice of the mothers of adolescent girls as regards sex education.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Practice, Sexual Education, Adolescent, Mother