

# Exploring the Educational Needs of Mothers Regarding the Health of Adolescent Girls during Puberty: A Qualitative Study

Zeinab Danesh<sup>1</sup>, Sara Esmaelzadeh Saeieh<sup>2</sup>, Mahboobeh Darabi<sup>1</sup>, Mansoureh Yazdkhasti<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Department of Midwifery Counseling, Faculty of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

<sup>2</sup> Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

## Abstract

### Article History:

Received: 09 April 2025

Revised: 22 October 2025

Accepted: 29 October 2025

ePublished: 21 December 2025

\*Corresponding author: Mansoureh Yazdkhasti, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

E-mail: Mansoyazd@yahoo.com

**Background and Objectives:** Understanding the educational needs of mothers is the first step toward enhancing their awareness and empowerment in addressing the challenges of puberty among adolescent girls. This qualitative study aimed to explore mothers' educational needs regarding adolescent girls' health during puberty.

**Materials and Methods:** This study was conducted using a qualitative approach based on conventional content analysis and purposeful sampling, ensuring maximum diversity until data saturation was reached, over six months in 2024. Data collection involved conducting in-depth semi-structured interviews with 19 qualified participants at the Imam Khomeini Comprehensive Health Center and selected health centers affiliated with Qom University of Medical Sciences in Qom, Iran. Data analysis was conducted using the content analysis approach proposed by Granheim and Lundman (2004) in six consecutive steps. The MAXQDA software (version 10) was used for data analysis.

**Results:** Data analysis led to the emergence of a theme titled "Multidimensional Issues in the Education Process of Mothers during their Daughters' Adolescence and Puberty". This theme includes six main categories: "Socialization", "Physical issues", "Puberty-Specific Lifestyle", "Sexual Education", "Physical-Psychological Self-Care", and "Psychological-Emotional Issues", along with 17 subcategories.

**Conclusion:** Based on our findings, the educational needs of mothers during the puberty of adolescent girls are multifaceted and encompass various dimensions. These needs manifest in areas such as adolescent socialization, physical, mental, and emotional health, sexual education, psychophysical self-care, and lifestyle modifications. Therefore, it is essential to develop educational programs tailored to the specific understanding of these needs, taking into account the cultural context of the society. Such initiatives can effectively address the knowledge gaps mothers face, ultimately enhancing their ability to support their daughters during this critical developmental phase.

**Keywords:** Adolescence, Education, Health education, Puberty, Puberty health

**Please cite this article as follows:** Danesh Z, Esmaelzadeh Saeieh S, Darabi M, Yazdkhasti M. Exploring the Educational Needs of Mothers Regarding the Health of Adolescent Girls During Puberty: A Qualitative Study. *Pajouhan Scientific Journal*. 2025; 23(4): 275-295 DOI: 10.53208/psj.23.4.275

## Extended Abstract

### Background and Objective

Adolescence is a critical developmental stage marked by rapid physical, psychological, emotional, and social changes. Puberty, a pivotal phase within adolescence, represents the transition from childhood to adulthood and significantly influences future health behaviors and reproductive well-being. Despite its importance, adolescent health, especially girls' health, often receives limited attention due to cultural taboos, communication barriers, and the misconception that adolescents are inherently healthy. In Iran, many adolescent girls and their families, particularly mothers, lack sufficient knowledge regarding puberty-related hygiene and reproductive health. Mothers play a central role in shaping daughters' health behaviors, emotional well-being, and self-care skills. Therefore, understanding mothers' educational needs is essential for developing effective interventions. The present study aimed to explore and explain the educational needs of mothers concerning adolescent girls' puberty health, identifying multidimensional aspects to inform culturally appropriate and evidence-based educational programs.

### Materials and Methods

A qualitative design using conventional content analysis (Graneheim & Lundman, 2004) was employed. Purposive sampling with maximum diversity included 14 mothers of adolescent girls aged 10–19 years and five adolescent health experts from selected health centers affiliated with Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. Data were collected via in-depth, semi-structured interviews over six months in 2024 until saturation was reached. Interviews lasted 15–40 minutes (mean: 35), were audio-recorded with consent, transcribed verbatim, and analyzed using MAXQDA (version 10). The six-step analysis included familiarization, coding, identification of subcategories, review of categories, development of themes, and reporting. Trustworthiness was ensured through Lincoln and Guba's criteria—credibility, dependability, confirmability, and transferability—through prolonged engagement, member checking, peer debriefing, and detailed documentation. Ethical approval was obtained (IR.ABZUMS.REC.1402.298).

### Results

Data analysis led to the emergence of a theme titled “**Multidimensional Issues in the Education Process of Mothers during their Daughters' Adolescence and Puberty**”, which includes six main categories: “Socialization”, “Physical issues”, “Puberty-Specific Lifestyle”, “Sexual Education”, “Physical-Psychological Self-Care”, and “Psychological-Emotional Issues”, along with 17 subcategories.

#### **Socialization**

Mothers reported challenges in understanding their daughters' behavioral changes and in managing family tensions as adolescents' growing independence increased. Education on effective communication, emotional regulation, conflict

resolution, social adaptation, and collaboration with schools was emphasized.

#### **Physical Issues**

While aware of basic puberty signs (e.g., breast development and menstruation), many mothers lacked detailed knowledge of normal physiological processes, menstrual management, and differentiating normal from pathological conditions. They requested clear, science-based materials on menstrual hygiene, nutrition, and coping with discomfort.

#### **Puberty-Specific Lifestyle**

Adolescence introduced lifestyle challenges, such as irregular diet, sedentary habits, and excessive use of digital devices. Mothers sought guidance on promoting balanced nutrition, physical activity, digital literacy, and preventing high-risk behaviors such as smoking or alcohol consumption.

#### **Sexual Education**

Mothers considered sexual education highly sensitive and challenging. They struggled to discuss reproductive physiology, contraception, Sexually Transmitted Infection prevention, and protection from sexual abuse within cultural and religious norms, fearing that they would inadvertently encourage inappropriate behaviors. Experts highlighted the need for culturally sensitive communication skills and accurate scientific information.

#### **Physical-Psychological Self-Care**

Mothers required education on teaching hygiene practices, managing genital infections, and self-protection against sexual or emotional harm. They emphasized fostering daughters' emotional resilience, addressing anxiety, depression, stress, body image, self-esteem, and coping with peer influence.

#### **Psychological-Emotional Issues**

Mothers found emotional turbulence the most challenging aspect, including mood swings, irritability, peer dependency, and emerging romantic interests. They noted limited resources for empathetic communication and developmentally tailored parenting strategies. Social media's influence on body image further underscores the need for updated interventions.

Collectively, these categories demonstrate substantial knowledge and skill gaps across emotional, physical, and sociocultural domains. Mothers require comprehensive, evidence-based and culturally contextualized educational programs integrating health literacy, parenting skills, and emotional support strategies.

### Discussion

The study highlights mothers' multifaceted educational needs during their daughters' puberty. Mothers expressed a strong desire for comprehensive knowledge about physical changes, psychological challenges, and effective communication strategies. Many felt unprepared to address sensitive topics, particularly sexual health and emotional fluctuations, risking misinformation


and anxiety. Developing culturally sensitive educational programs that address mothers' needs is essential to strengthen their role as primary health educators.

### Conclusion

Mothers' educational needs concerning the health of adolescent girls during puberty are multidimensional, encompassing factual knowledge about physical changes and hygiene, as well as training in emotional intelligence,

communication, and managing sexuality-related topics with sensitivity and confidence. Designing programs addressing these dimensions—through participatory learning, culturally appropriate materials, and collaboration among families, schools, and healthcare providers—can bridge critical knowledge gaps. Enhancing mothers' competence promotes adolescent well-being, reproductive health literacy, and contributes to sustainable development by fostering the health of current and future generations.

## تبیین نیازهای آموزشی مادران در زمینه بهداشت بلوغ دختران نوجوان: یک مطالعه کیفی

زینب دانش<sup>۱</sup>، سارا اسمعیل زاده ساعیه<sup>۲</sup>، محبوبه دارابی<sup>۱</sup>، منصوره یزدخواستی<sup>۲\*</sup> 

<sup>۱</sup> گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران  
<sup>۲</sup> گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** درک نیازهای آموزشی مادران، اولین قدم برای افزایش آگاهی و توانمندسازی آن‌ها در مقابله با چالش‌ها و کنترل شرایط ایجادشده در دوران بلوغ دختران نوجوان است. هدف از این مطالعه کیفی، تبیین نیازهای آموزشی مادران در زمینه بهداشت بلوغ دختران نوجوان است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش با رویکرد کیفی براساس تحلیل محتوای مرسوم و نمونه‌گیری هدفمند، با رعایت حداکثر تنوع تا رسیدن به اشباع داده‌ها در طول شش ماه در سال ۱۴۰۳ انجام شد. گردآوری داده‌ها با انجام مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با نوزده مشارکت‌کننده واجد شرایط در مرکز جامع سلامت امام خمینی و پایگاه‌های سلامت منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم در ایران انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس رویکرد تحلیل محتوا گرانهیلیم و لاندمن (۲۰۰۴) در شش مرحله متوالی انجام شد. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار مکس کیودا ورژن ۱۰ استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها در قالب درون‌مایه‌ای با عنوان «مسائل چند بعدی در فرایند آموزش مادران در دورهٔ رشش نوجوانان» پدیدار شد که شامل شش طبقهٔ اصلی «جامعه‌پذیری»، «مسائل جسمانی»، «سبک زندگی مختص به بلوغ»، «تربیت جنسی»، «خودمراقبتی جسمی - روانی» و «مسائل روحی - روانی - عاطفی» و هفده طبقهٔ فرعی بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های مطالعهٔ ما، نیازهای آموزشی مادران در دوران رشش دختران نوجوان متکثر و چندبعدی است و در مسائلی مانند جامعه‌پذیری نوجوانان، مسائل جسمی، روحی، عاطفی، تربیت جنسی نوجوانان و خودمراقبتی روانی و جسمی و همچنین در زمینهٔ اصلاح سبک زندگی آن‌ها مشهود است. بنابراین، تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با شناخت واقعی نیازهای آموزشی مادران در دورهٔ بلوغ دختران نوجوان مبتنی بر فرهنگ جامعه، می‌تواند به پرشدن شکاف‌های دانشی آن‌ها بینجامد. از سوی دیگر، در جهت دستیابی به اهداف توسعهٔ پایدار، به دلیل وجود نقش دوگانهٔ دختران نوجوان در سلامت جامعه و نسل‌های آتی، گام مؤثری برداشته خواهد شد.

**واژگان کلیدی:** بلوغ، دورهٔ نوجوانی، آموزش، بهداشت بلوغ، آموزش بهداشت

**استناد:** دانش، زینب؛ اسمعیل‌زاده ساعیه، سارا؛ دارابی، محبوبه؛ یزدخواستی، منصوره. تبیین نیازهای آموزشی مادران در زمینه بهداشت بلوغ دختران نوجوان: یک مطالعه کیفی. مجله علمی پژوهان، پاییز ۱۴۰۴؛ ۲۳(۴): ۲۷۵-۲۹۵

### مقدمه

از بین دوره‌های گوناگون زندگی انسان، نوجوانی یکی از بارزترین و مهم‌ترین دوران زندگی هر شخص است که از آن به‌عنوان پویاترین دوره در مسیر رشد بشر و حرکت به سمت رشش یاد می‌شود [۱، ۲]. برطبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، دوران نوجوانی بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شود [۳، ۴].

از بین دوره‌های گوناگون زندگی انسان، نوجوانی یکی از بارزترین و مهم‌ترین دوران زندگی هر شخص است که از آن به‌عنوان پویاترین دوره در مسیر رشد بشر و حرکت به سمت رشش یاد می‌شود [۱، ۲]. برطبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، دوران نوجوانی بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شود [۳، ۴].

این موضوع سبب کسب اطلاعات نادرست درباره مسائل مرتبط با بلوغ و بهداشت باروری جنسی از منابع غیرموثق می‌شود [۹].

آموزش مسائل بلوغ، نوجوان را در به‌کارگیری صحیح نیروهای غریزی‌اش راهنمایی و هدایت می‌کند [۱۶] و باعث می‌شود تا بیشتر و بهتر بتواند در پذیرش، سازگاری و هویت‌یابی در این دوران عمل کند [۲]. آموزش بهداشت دوران بلوغ نوعی سرمایه‌گذاری آموزشی است و می‌تواند در سه سطح خانواده، مدرسه و به‌صورت آموزش همگانی به‌قصد افزایش آگاهی، ایجاد تغییرات رفتاری مثبت و کمک به افراد برای دستیابی به سلامتی صورت گیرد. در صورتی که آموزش مبتنی بر شناخت واقعی نیاز نوجوانان در دوران بلوغ و والدین آن‌ها باشد، اثرگذاری بیشتری خواهد داشت [۲]. در ایران، افراد بزرگسال در نقش والدین یا به‌عنوان افراد مؤثر، در برنامه‌ریزی و اجرای خدمات و تصمیم‌گیری در این حوزه، مهم‌ترین نقش را در زندگی نوجوانان ایفا می‌کنند [۱]. حق طبیعی نوجوان است که از مفهوم بلوغ و تغییرات پیش‌رو اطلاع داشته باشد. با توجه به تأثیرپذیری زیاد نوجوان از آموزش در نهاد خانواده و مدرسه، وظیفه والدین و معلمان است که به پرسش‌های آنان پاسخ معقول دهند [۴].

سطح آگاهی و دانش مادران از اصلی‌ترین عوامل مؤثر در میزان نگرش، آگاهی و عملکرد نوجوانان درباره مسائل مرتبط با بهداشت بلوغ است [۱۷]. برنامه‌ریزی مدون در سنین نزدیک به بلوغ و آگاه‌کردن مربیان و والدین از تغییرات فیزیولوژیک، جنسی، روحی و روانی بلوغ و تشویق آن‌ها به برقراری ارتباط صمیمی‌تر و نزدیک‌تر با نوجوانان از نیازها و اولویت‌های مطرح‌شده توسط نوجوانان است [۸]. آگاهی از نظرها و دیدگاه‌های مادران اصلی‌ترین پیش‌نیاز در طراحی مداخلات مؤثر برای توانمندسازی آنان است تا قادر باشند به‌عنوان واسطه‌های آموزشی در این زمینه، نقش آفرینی کنند [۱]. با توجه به اهمیت نقش مادران در این حوزه و اینکه اکثر دختران نوجوان رفتارهای بهداشتی را از مادران خود فرامی‌گیرند و با تأکید بر نیاز مادران به داشتن اطلاعات صحیح برای آموزش صحیح، توجه بیشتر سیستم‌های آموزشی در زمینه نیازهای آموزشی و آموزش مادران براساس آن‌ها، ضروری به نظر می‌رسد [۸]. این موضوع به‌خوبی درک شده است که توجه به نیازهای آموزشی، کسب مهارت‌های علمی و پرداختن به مشکلات حیاتی فراگیران به‌منظور دستیابی به بالاترین کیفیت پیش‌بینی‌شده در تغییر رفتار، بیشترین اهمیت را در مسئله آموزش دارد و با توجه به این موضوع، این مسئله حائز اهمیت است که فرایند سازمان‌دهی، مدیریت و بهبود آموزش باید براساس نیازهای واقعی و تجارب زیسته پایه‌گذاری شود [۱۸]. لذا، مطالعه‌ای با هدف ابعاد شناسایی نیازهای آموزشی مادران در زمینه بهداشت بلوغ دختران نوجوان انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحقیقی کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم است. تجزیه و تحلیل محتوا روشی برای شناسایی و تفسیر معانی از

هورمونی، روحی، روانی و اجتماعی روبه‌رو است که به‌صورت هم‌زمان رخ می‌دهند و در کارایی نوجوان در بزرگسالی تأثیرگذار است [۷]. این تغییرات نیازهای متفاوتی در این گروه سنی ایجاد می‌کند. در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به اغلب این نیازها بی‌توجهی می‌شود؛ چراکه نوجوانان سالم‌ترین گروه سنی محسوب می‌شوند و به‌دلیل مراجعه اندک به پزشکان، خارج از دید قرار می‌گیرند. بنابر شواهد، نوجوانان فقط در صورت موارد حاد پزشکی به پزشک مراجعه می‌کنند. آزمایش‌های روتین فقط در موارد لزوم برای آن‌ها درخواست می‌شود و کمتر از ۱۰ درصد عنوان شده است. همچنین، برنامه‌های بهداشتی بیشتر بر زنان سنین باروری و تولیدمثل متمرکز شده است [۸]. این مسئله حائز اهمیت است که دختران نوجوان امروز، مادران فردا هستند. بنابراین، تأمین سلامت این گروه سنی می‌تواند ضامن عملکرد مناسب آنان در ایفای نقش خود در بزرگسالی و پرورش نسل سالم باشد [۹]. از اصلی‌ترین مسیرها برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار، سرمایه‌گذاری در تأمین نیازهای بهداشتی و سلامت دختران نوجوان است؛ زیرا دختران نوجوان در سلامت جامعه و نسل‌های آتی نقش تأثیرگذاری دارند [۱۰].

مهم‌ترین تغییر و تحول در این دوران، که اهمیت ویژه‌ای دارد و به‌عنوان نقطه عطف در نوجوانی در نظر گرفته می‌شود، بلوغ است [۱۱، ۱۲]. بلوغ روندی است که در آن، با تغییرات گسترده روانی، رفتاری، فیزیولوژیکی و ظاهرشدن صفات ثانویه جنسی، بدن کودک به شکل فرد بالغ با قابلیت تولید مثل تبدیل می‌شود [۱۳، ۱۴]. میانگین سن بلوغ در دختران ۸ تا ۱۸ سال است. عواملی نظیر وضعیت تغذیه، محل جغرافیایی زندگی، سلامت عمومی، وضعیت روحی و روانی و برخی از بیماری‌ها در زمان شروع بلوغ تأثیرگذارند [۳]. اهمیت دوران بلوغ و نوجوانی در این است که بسیاری از پیامدهای روانی و جسمی در این زمان به وجود می‌آیند و نوجوانان در این دوره با مشکلات مخاطره‌آمیز زیادی روبه‌رو می‌شوند [۱۵]. از جمله این مشکلات سوءتغذیه، فقر آهن، رفتارهای پرخطر، بیماری‌های مقاربتی، مرگ‌ومیر، سیکل‌های قاعدگی نامنظم و گاهی همراه با عوارض فراوان، معلولیت‌ها و مشکلات عدیده روانی، جسمی و اجتماعی هستند [۶]. مشکلات و عوارض دوران بلوغ قابل پیشگیری‌اند و آموزش بهداشت از راهکارهای موفق و اساسی ارتقای سطح سلامت است که از طرق مختلف به‌منظور شکل‌گیری گرایش‌ها و عقاید، شیوه رفتار، سبک زندگی بهداشتی و اصلاح آگاهی عمل می‌کند [۱۲]. آگاهی از روند طبیعی بلوغ و چالش‌ها و مشکلات آن می‌تواند سبب گذر موفق دختران نوجوان به دوران بزرگسالی و تولیدمثل شود [۱۵]. آشنایی با مسائل مرتبط با بهداشت بلوغ تأثیر محسوسی در چگونگی برخورد درست دختران با تغییرات این دوران و رفتارهای بهداشتی آنان دارد. بهداشت بلوغ دربرگیرنده اصول و مراقبت‌هایی است که به حفظ و ارتقای سلامت جسمی، عاطفی و روانی در سراسر زندگی فرد منجر می‌شود [۶]. در کشور ما به‌دلیل مسائل فرهنگی، فقدان آموزش کافی، حجب‌وحیا و گفت‌وگونکردن درباره بهداشت بلوغ، بیشتر نوجوانان و والدین آن‌ها از اطلاعات مناسب و درست در این زمینه محروم‌اند و

تا ۱۹ سال، گویش فارسی، نژاد ایرانی و ارتباط مهارتی و عاطفی مناسب بین مادر و دختر (به عبارتی مادر و دختر در زمان انجام مطالعه به دلیل مسائل خانوادگی در حالت قطع ارتباط عاطفی نباشند و با هم گفت‌وگو داشته باشند) بود. گردآوری اطلاعات در این مطالعه از اسفندماه ۱۴۰۲ تا شهریورماه ۱۴۰۳ طول کشید. مصاحبه‌ها در مرکز جامع سلامت امام خمینی و پایگاه‌های منتخب شهر قم صورت گرفت. برای انجام مصاحبه‌های فردی، با چهارده مادر واجد شرایط ورود به مطالعه و پنج نفر صاحب‌نظر کلیدی (خبرگان) در زمینه بلوغ، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختارمند انجام شد. بنابراین، در کل، نوزده مصاحبه انجام شد. مدت‌زمان مصاحبه‌های فردی در محدوده زمانی ۱۵ تا ۴۰ دقیقه با میانگین ۳۵ دقیقه انجام شد.

طریق ارتباط داده‌های کوچک و سپس ایجاد چهارچوبی برای سازمان‌دهی مفاهیم است، به گونه‌ای که می‌تواند برای توصیف یک پدیده استفاده شود [۱۹].

### نمونه‌گیری

نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد؛ زیرا هدف انتخاب افرادی بود که منبع غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در مطالعه شرکت کنند. همچنین سعی شد نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (از نظر عواملی مانند سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و ...) انجام شود (جدول ۱). معیارهای ورود به مطالعه مادران با دختران نوجوان ۱۰

جدول ۱. مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان

| شماره | سن مادر | سن دختر نوجوان | شغل      | شغل همسر | قومیت | وضعیت ازدواج | سطح تحصیلات      | وضعیت اقتصادی | تعداد فرزندان خانواده | رتبه تولد دختر نوجوان | مقطع تحصیلی دختر نوجوان | سن منارک |
|-------|---------|----------------|----------|----------|-------|--------------|------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|----------|
| ۱     | ۳۱      | ۱۱             | کارمند   | کارمند   | ترک   | متاهل        | دانشگاهی         | متوسط         | ۲                     | ۲                     | ششم ابتدایی             | ۱۱       |
| ۲     | ۳۸      | ۱۱             | خانه‌دار | کارگر    | ترک   | متاهل        | دبیرستان و دیپلم | ضعیف          | ۲                     | ۲                     | ششم ابتدایی             | ۱۲       |
| ۳     | ۴۲      | ۱۸             | کارمند   | آزاد     | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | خوب           | ۳                     | ۱                     | دیپلم                   | ۱۴       |
| ۴     | ۳۶      | ۱۲             | خانه‌دار | کارگر    | لر    | متاهل        | دبیرستان و دیپلم | متوسط         | ۲                     | ۱                     | هفتم ابتدایی            | ۱۳       |
| ۵     | ۳۶      | ۱۶             | کارمند   | -        | فارس  | مطلقه        | دبیرستان و دیپلم | متوسط         | ۳                     | ۱                     | یازدهم                  | ۱۳       |
| ۶     | ۳۸      | ۱۵             | کارمند   | آزاد     | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | خوب           | ۱                     | ۱                     | نهم                     | ۱۲       |
| ۷     | ۴۴      | ۱۴             | کارمند   | -        | فارس  | مطلقه        | دانشگاهی         | متوسط         | ۱                     | ۱                     | نهم                     | ۱۲       |
| ۸     | ۴۶      | ۱۲             | کارمند   | کارمند   | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | متوسط         | ۲                     | ۲                     | ششم                     | ۱۲       |
| ۹     | ۳۷      | ۱۱             | کارمند   | آزاد     | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | خوب           | ۱                     | ۱                     | ششم                     | ۱۱       |
| ۱۰    | ۴۱      | ۱۰             | کارمند   | کارمند   | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | متوسط         | ۲                     | ۱                     | پنجم                    | ۱۱       |
| ۱۱    | ۴۴      | ۱۶             | کارمند   | کارمند   | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | متوسط         | ۱                     | ۱                     | دهم                     | ۱۴       |
| ۱۲    | ۳۸      | ۱۱             | کارمند   | کارمند   | فارس  | متاهل        | دانشگاهی         | متوسط         | ۲                     | ۱                     | پنجم                    | ۱۲       |
| ۱۳    | ۳۵      | ۱۳             | خانه‌دار | آزاد     | فارس  | متاهل        | دبیرستان و دیپلم | متوسط         | ۴                     | ۱                     | هفتم                    | ۱۲       |
| ۱۴    | ۵۶      | ۱۹             | خانه‌دار | بیکار    | فارس  | متاهل        | ابتدایی          | متوسط         | ۲                     | ۲                     | دیپلم                   | ۱۱       |

### روش جمع‌آوری داده‌ها

پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پس از پایان مطالعه، مصاحبه‌های ضبط‌شده به دلیل رعایت اخلاق، معدوم می‌شوند.

در ابتدای هر مصاحبه از طریق پرسش‌نامه، اطلاعات فردی مورد نیاز شرکت‌کنندگان شامل سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی - اجتماعی اخذ شد. سپس از بین افراد، آن‌هایی که از

اطلاعات غنی بودند و توانایی برقراری ارتباط و تمایل به بیان اطلاعات خود داشتند، انتخاب شدند. انتخاب شرکت‌کننده بعدی بر این اصل استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر مفاهیم، در طبقات درحال پدیدار شدن کمک کند. مصاحبه‌های فردی برای مادران دختران نوجوان با سؤالات کلی راهنما مانند چه احساسی درباره بلوغ دختر نوجوان خود دارید، چه چیزهایی شما را درباره بلوغ نگران می‌کند، از مسائل مرتبط با بهداشت بلوغ چه می‌دانید و چه نیازهای آموزشی‌ای درباره مسائل مرتبط با بهداشت بلوغ دارید، شروع

شد و سپس با انجام مصاحبه، سؤالات کاوشی (بیشتر توضیح دهید؟ مثال بزنی؟) مطرح شد. سؤالات دیگر بر مبنای پاسخ‌های دریافتی از مصاحبه قبلی انجام شد. مصاحبه‌های فردی برای افراد صاحب‌نظر این حوزه با سؤالات کلی راهنما مانند مادران درباره بلوغ دختران نوجوان چه سؤالاتی را بیشتر مطرح می‌کنند، دغدغه مراجعان شما در زمینه بلوغ چیست، به نظر شما چه نیازهای آموزشی‌ای در این زمینه برای مادران وجود دارد، شروع شد و سپس با انجام مصاحبه، سؤالات کاوشی (بیشتر توضیح دهید، مثال بزنی) مطرح شد. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده است، بیان کند.

### فرایند عملیاتی تجزیه و تحلیل با ذکر مثال

در اینجا، پژوهشگر سعی کرد با نگارش نمونه‌هایی از روند انجام کار، خواننده را به درک بهتر فرایند تحلیل به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش یاری کند. در اولین قدم از فرایند تحلیل، مصاحبه ضبط‌شده به شکل نوشتاری برگردانده و چندین مرتبه خوانده شد تا درک کلی از بیانات مشارکت‌کننده حاصل شود. سپس این متن نوشتاری، براساس محتواهای مختلفی که در بر داشتند، به بخش‌های مختلفی تقسیم شدند. این بخش‌ها، که موضوع ویژه‌ای را در خود داشتند، کدگذاری اولیه شدند، به این معنا که معانی اصلی جملات مشارکت‌کنندگان در قالب یک کلمه یا چند کلمه معنی‌دار استخراج شدند. این کدها گاهی عین همان کلمه یا عبارت مشارکت‌کنندگان بود و در برخی موارد، این کلمه یا عبارت، برداشتی از جملات مشارکت‌کننده و به زبان پژوهشگر بود. برای مثال، «من از طرفی احساس خوبی دارم که با رسیدن به بلوغ، خیلی چیزهاشون تغییر می‌کنه و گاهی احساس بزرگی بهشون دست می‌ده و دوست دارن کارهای بزرگه انجام بدن، توی بحث‌ها شرکت کنن یا از این جور حرف‌ها. تو تصمیم‌گیری‌ها خیلی دوست دارن نقش مهمی داشته باشن. از طرفی هم احساس خوبی ندارم؛ چون تغییراتی که از نظر فیزیکی دارن، توی رفتارشون نشون می‌ده، عصبی می‌شن، زودرنج می‌شن، ناراحت می‌شن، گاهی وقت‌ها از شدت عصبانیت، که شاید هیچ دلیل خیلی مهمی هم برای اون عصبانیت نباشه، گریه می‌کنند، پرخاشگر می‌شن، توقعشون بالا می‌ره، دوست دارن همه باهاشون محترمانه، با احترام بیشتری صحبت کنن. خب این خصوصیتی بود که من توی دو تا دخترم دیدم و به نظرم با این رفتارهایی که از خودشون نشون می‌دن باید کنار بیایم. به کاری کنیم که با خودشون این مسائل حل بشه و نتیجه خیلی خوبی براشون داشته باشه.»

از این قسمت مصاحبه به ترتیب کدهای اولیه «احساس دوگانگی والدین در برخورد با بلوغ»، «خشمگین شدن»، «پرخاشگری یا نرمی شدید» و «نوسان خلق» استخراج شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

هر مصاحبه با کسب اجازه و حفظ محرمانگی، در محیطی آرام و مناسب، برطبق هماهنگی قبلی با مشارکت‌کنندگان ضبط شد و

سپس کلمه‌به‌کلمه تایپ شد. برای مدیریت و سازمان‌دهی داده‌ها، از نرم‌افزار مکس کیودا نسخه ۱۰ استفاده شد. سپس براساس رویکرد آنالیز محتوای Graneheim و Lundman، در شش مرحله کدگذاری انجام شد: ۱. آشناسدن پژوهشگر با داده‌ها، ۲. تولید کدهای اولیه از داده‌ها، ۳. جست‌وجو برای یافتن کدهای مشابه و تشکیل طبقات فرعی با مرور کدهای مختلف استخراج‌شده، ۴. بازنگری طبقات فرعی و مقایسه مجدد آن‌ها با داده‌ها برای اطمینان از صحت آن‌ها، ۵. قراردادن طبقات فرعی مشابه در یک طبقه و تبلور طبقات اصلی یا درون‌مایه و نام‌گذاری آن‌ها، ۶. مرور مجدد از ابتدا تا انتها و آماده‌کردن گزارش نهایی [۲۰].

در این زمینه، روش‌های زیر در این مطالعه به کار گرفته شدند: ۱. مصاحبه‌های پیاده‌شده چندین بار خوانده شد تا درک کلی از بیانات مشارکت‌کننده حاصل شود. سپس متن‌های نوشتاری براساس محتواهای مختلفی که در بر داشتند، به بخش‌های مختلفی تقسیم شدند و واحدهای معنایی پدیدار شدند؛ ۲. واحدهای معنایی که موضوع ویژه‌ای در خود داشتند، تحت کدگذاری اولیه قرار گرفتند، به این معنا که معانی اصلی جملات مشارکت‌کنندگان در قالب یک کلمه یا عبارت مصدری مشارکت‌کننده بود. در نتیجه، پس از بررسی واحدهای معنایی، ۸۹ کد اولیه به دست آمد که بعد از تحلیل و بررسی و قرابت معنایی و حذف کدهای تکراری، ۷۷ کد اولیه به دست آمد؛ ۳. کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس مرکزیت و تشابه معنایی طبقه‌بندی شوند. اطلاعات بدون ارتباط کنار گذاشته شدند؛ ۴. در طول تحلیل کدها، مقایسه مداوم به کار رفت، به‌گونه‌ای که هر رویدادی که در متن نوشتاری مصاحبه مشخص می‌شد یا هر کد یا طبقه ایجادشده با همه کدهای دیگر مقایسه می‌شد. اگر با آن‌ها همگونی مفهومی نداشت، به‌صورت کدی آزاد قرار می‌گرفت و اگر همگونی مفهومی داشت، به کد قبلی برمی‌گشت و آن کد را از نظر ابعاد و ویژگی‌ها غنا می‌بخشید؛ ۵. سپس محققان متون اولیه و طبقات نهایی را به‌طور جداگانه بازخوانی کردند. هر بار تغییراتی در تعداد، محتوا و نام طبقه‌ها، که باید گویای محتوای هر طبقه باشد، داده شد. همگونی مفهومی میان کدها به شکل‌گیری طبقه‌های مفهومی منجر شد و ادامه مقایسه میان طبقات به تبلور یک درون‌مایه، شش طبقه اصلی و هفده طبقه فرعی منجر شد؛ ۶. در نهایت، پژوهشگران و تعدادی از مشارکت‌کنندگان درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌ها، محتوا و نام آن‌ها نمود یافته بود، به احساس رضایت مشترک رسیدند.

### اعتباربخشی داده‌ها

در این مطالعه به‌منظور تأیید صحت یافته‌ها، از معیارهای بیان‌شده توسط لینکن (Lincoln) و گوبا (Guba) شامل اعتبار (Credibility)، قابلیت وابستگی (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability, Auditability) و قابلیت انتقال (Transferability) استفاده شد. در این زمینه، روش‌های ذیل به کار گرفته شدند: ۱. صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها به‌منظور درک عمیق از افراد تحت مطالعه؛ ۲. درگیری طولانی‌مدت

نفر دانشگاهی بود. ده نفر از مادران شاغل و بقیه خانه‌دار بودند. یک نفر وضعیت اقتصادی ضعیف، ده نفر متوسط و سه نفر خوب گزارش شد. مقطع تحصیلی دختران نوجوان از پنجم ابتدایی تا دیپلم متغیر بود. از نظر وضعیت منارک دختر نوجوان، در بعضی اتفاق افتاده و در بعضی هنوز رخ نداده بود (جدول‌های ۱ و ۲).

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، یافته‌ها در یک درون‌مایه با عنوان «مسائل چندبعدی در فرایند آموزش مادران در دوره ریش نوجوانان» تبلور یافت. این درون‌مایه شامل شش طبقه اصلی «جامعه‌پذیری»، «مسائل جسمانی»، «سبک زندگی مختص به بلوغ»، «تربیت جنسی»، «خودمراقبتی جسمی - روانی» و «مسائل روحی - روانی - عاطفی» است (شکل ۱ و جدول ۳).

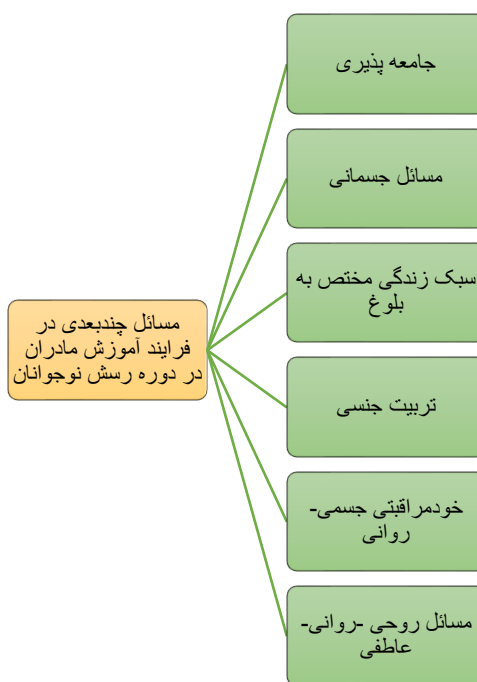
با داده‌ها و مرور و اصلاح مکرر کدهای؛ ۳. بازبینی مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه توسط مشارکت‌کنندگان؛ ۴. بازبینی مصاحبه‌ها و روند طبقه‌بندی توسط تیم تحقیق؛ ۵. شرح مبسوط تمام مراحل تحقیق از ابتدا تا انتها [۲۱].

## یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نوزده نفر بودند: چهارده نفر مادران دختران نوجوان و پنج نفر صاحب‌نظران کلیدی. شرکت‌کنندگان در رده سنی ۳۱ تا ۵۶ سال با میانگین سنی ۴۳/۵ و میانگین سابقه کار افراد صاحب‌نظر ۶/۶ سال بود. مدرک تحصیلی یک نفر از مشارکت‌کنندگان ابتدایی، چهار نفر دبیرستان و دیپلم و چهارده نفر از مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نوزده نفر بودند: چهارده نفر مادران دختران نوجوان و پنج نفر صاحب‌نظران کلیدی.

جدول ۲. مشخصات فردی خبرگان حوزه

| شماره | سن | سطح تحصیلات   | سابقه کاری | نوع استخدام | محل استخدام   |
|-------|----|---------------|------------|-------------|---------------|
| ۱     | ۳۴ | کارشناسی ارشد | ۲          | نیروی طرحی  | مرکز بهداشت   |
| ۲     | ۳۵ | کارشناسی      | ۶          | قراردادی    | پایگاه بهداشت |
| ۳     | ۳۶ | کارشناسی ارشد | ۱۰         | قراردادی    | پایگاه بهداشت |
| ۴     | ۳۶ | کارشناسی ارشد | ۱۰         | رسمی        | مرکز بهداشت   |
| ۵     | ۳۰ | کارشناسی ارشد | ۵          | نیروی طرحی  | مرکز بهداشت   |



شکل ۱. ارتباط درون‌مایه با طبقات اصلی مطالعه

جدول ۳. تبلور درون‌مایه و طبقات اصلی و فرعی پدیدآمده از داده‌های حاصل از مطالعه

| طبقات اصلی  | طبقات فرعی   | درون‌مایه                            |
|-------------|--|--------------------------------------|
| جامعه‌پذیری | تنش بین اعضای خانواده<br>ناهمگونی رفتاری در خانواده و جامعه<br>بازاندیشی آموزش‌های فراگرفته از خانواده و جامعه | مسائل چندبعدی در فرایند آموزش مادران |

|                       |                            |  |
|-----------------------|----------------------------|--|
| در دورهٔ رشد نوجوانان | مسائل جسمانی               | نشانه‌های جسمانی بلوغ<br>روش برخورد با تغییرات جسمانی بلوغ<br>میل به رفتارهای ناسالم و پرخطر<br>تغذیهٔ ناسالم<br>مدیریت فضای مجازی<br>چگونگی توضیح موضوعات جنسی<br>چگونگی توضیح موضوعات باروری<br>چگونگی توضیح در مقابله با آزار جنسی<br>چگونگی توضیح در مقابله با بیماری‌های منتقل شده از راه جنسی<br>مراقبت از خود در برابر تجاوز جنسی<br>مراقبت از خود در برابر آسیب‌های روحی - روانی<br>مراقبت از خود در برابر بیماری‌های سیستم تناسلی<br>نوسانات هیجانی عاطفی و خلقی<br>ترس و اضطراب<br>خودپندارهٔ منفی، خودزشت‌انگاری<br>اعتمادبه‌نفس کاذب و استقلال‌طلبی<br>وابستگی عاطفی به هم‌سالان و جنس مقابل |
|                       | سبک زندگی مختص به بلوغ     |  |
|                       | تربیت جنسی                 |  |
|                       | خودمراقبتی جسمی - روانی    |  |
|                       | مسائل روحی - روانی - عاطفی |  |

### طبقهٔ اول: جامعه‌پذیری

خانواده یک سطح باوری وجود داره و حالا تو نوجوون‌ها، تو نسل جدید، یه جوری هستش، بچه‌ها خیلی به تعارض می‌خورن یا خیلی باعث می‌شه که خیلی منزوی بشن، به خاطر اینکه حس می‌کنن که نمی‌تونن خودشون رو با خانواده هماهنگ بکنن، یا شروع می‌کنن به سرکشی کردن.»

گذر از سن کودکی به بزرگسالی با تغییرات عمدهٔ جسمی و روانی همراه است. یکی از تغییرات اساسی در این دوران، تمایل به گذراندن وقت بیشتر با هم‌سالان در محیط خارج از منزل و شرکت در محافل اجتماعی و ارتباط با جنس مخالف است. این مسئله سبب تأثیرپذیری رفتاری از جامعه و فاصله‌گرفتن از خانواده و باعث ایجاد ناهمگونی رفتاری در جمع خانوادگی و محیط بیرون می‌شود.

مصاحبه‌شونده شمارهٔ ۱۳ در این باره می‌گوید: «من فکر می‌کنم الان مهم‌ترین چیز تو همین بلوغ ارتباط با جنس مخالفه؛ چون از نظر روحی و جسمانی و این‌ها، خب من می‌تونم ترغیبش کنم، ولی از نظر جنس مخالف، چون جنس مخالفه، اصلاً ناخودآگاه کشیده می‌شه، مثل آهن‌ربا می‌مونه. این قدر باید اطلاعات داشته باشم که بتونم. من نمی‌دونم، واقعاً یه موقعی گیر می‌کنم از اینکه مثلاً چرا باید بره سمت یکی دیگه. آخه برگردم نگاه کنم بگم یه موقع محبت من نه، بالاخره مادر یا پدر تا یه جایی محبته، تا یه جایی تذکره، یه جایی دعواست، هشداره، این‌ها هست دیگه، اگه بخوام همه‌ش مثلاً محبت کنم یا چیز کنم، اون بازم می‌ره سمت اون طرف، چون محبت زیادی هم خراب می‌کنه.»

با ورود نوجوان به دنیای بزرگسالان و غوطه‌ور شدن در بستری بسیار بزرگ‌تر از خانواده، یعنی همان جامعه، سوآلاتی فراتر از افکار کودکان ذهن او را مشغول می‌کند که در پی پاسخ‌دادن به هر کدام، دست‌به‌گریبان دوست و افراد نوروود به حریم زندگی‌اش می‌شود. پاسخ‌هایی که دریافت می‌کند، موجب مقایسه و بازاندیشی

مشکلات نوجوانان با خانواده، باعث ایجاد تنش در بسیاری از خانواده‌ها شده است. نوجوانان ممکن است در این سن با مسائل مختلفی، که باب میل آن‌ها نیست، کنار نیایند. ممکن است دائماً با والدین و اعضای خانوادهٔ خود درگیری داشته باشند؛ زیرا می‌خواهند در این سن، استقلال خود را اثبات کنند و زندگی‌شان را تحت کنترل داشته باشند. برطبق مصاحبه‌های انجام شده با مادران، آگاهی از چگونگی برخورد صحیح در هنگام ایجاد این تنش‌ها بین نوجوان و والدین و دیگر اعضای خانواده در هنگام بلوغ از نیازهای اساسی والدین است.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳ می‌گوید: «چون دوران بلوغ دوره‌ای است که حس استقلال‌طلبی دارن، دچار یکسری تضادهای درونی می‌شن و فکر می‌کنن که همهٔ حرف‌هایی که می‌زنن درسته و بهترین راه و بهترین انتخاب رو خودشون می‌تونن برای خودشون داشته باشن. این باعث می‌شه که یک تضادهایی بین خودشون و خانواده ایجاد بشه و این من رو نگران کرده بود که چطوری می‌تونم بچه‌ام رو با خودم و شرایطی که براش پیش اومده وفق بدم.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰ می‌گوید: «مثلاً الان تو خونه برادرش رو نگه داشته، یه مقدار روابطش با برادرش دچار تنش شده. مثلاً قدیم وقتی که برادرش ناخواسته کتابش رو پاره می‌کرد، خیلی راحت می‌گذشت، ولی الان نه. می‌گه تو از قصد کردی، تو دیدی کتاب من وسطه. یکی این می‌گه، یکی اون می‌گه. من جدیداً دیگه می‌رم تو اتاق، در رو قفل می‌کنم. دوست دارم واقعاً بدونم که تو این موقع چه کاری باید انجام بدم، ولی پرخاش آن‌چنانی رو فعلاً ازش ندیدم.»

مطلع کلیدی شمارهٔ ۵ در این باره می‌گوید: «یکی از مشکلاتی که وجود داره برای نوجوون‌ها، مشکلات رفتاری هست، یعنی به خاطر تفاوت نسلی که بین نوجوان و خانواده‌اش وجود داره و اینکه تو

داشته باشد. ممکنه مثلاً قاعدگی اتفاق بیفته، چیزهایی که پرسیده بهش توضیح دادم، ولی به توضیحاتم اعتماد ندارم. نمی دونم مادرها از کجا در این موردها اطلاعات کافی پیدا کنند.»

مطلع کلیدی شماره ۳ می گوید: «خوبه که هر دو جنس اطلاع داشته باشن، بدونن داره چه اتفاقی می افته، یه تفکرات فانتزی دارن؛ مثلاً وقتی در مورد خونریزی پرپود به بچهها توضیح می دی، فکر می کنن وای الان قراره چه اتفاقی بیفته، چه خونی بیاد و چی بشه و مثلاً داستان این جوریه. وقتی خب علمی بهش توضیح بدی، حجم خونریزی ای که داره، مثلاً شکل چه می دونم رحم چیه، به چه شکله این فرایند خونریزی، چی می شه که اتفاق می افته، اینها رو خیلیها نمی دونن.»

از علل اصلی نگرانی در برخورد با تغییرات جسمانی بلوغ آگاهی نداشتن، آگاهی ناقص یا محدود، یا اطلاعات نادرست مادران در این زمینه است. بهترین راه برای برطرف کردن این دغدغه، فراهم آوردن آگاهی و بینش دقیق، صحیح و به موقع است.

مصاحبه شونده شماره ۱ در این باره می گوید: «مثلاً خود دخترم هی می گفت که مامان نکنه بلوغ زودرسه؟ چون همین دیشب تازه عادت ماهیانهش شروع شد. گفت نکنه زود پرپود شدم، بهش گفتم که نه زودرس نیست و اینها، ولی اینکه باز خودم یه کم ته دلم نگرانی داشتم. با اینکه خودم می دونم نه منارک زودرسه، نه اینکه بلوغ زودرس محسوب می شه؛ چون دخترم دقیقاً ۱۱ سال و نیمشه و خود منم تقریباً همون ۱۲ سال و چند ماهم بود که عادت هام شروع شد، ولی باز اطلاعاتم محدوده.»

مصاحبه شونده شماره ۱۲ می گوید: «علائم درد داره، چی باید بخوره؟ نمی دونم. بعداً این اتفاق براش بیفته، چه علائمی براش نشون می ده. مثلاً چی می شه؟ درد داره. اگه یه موقع درد داره، من چی بهش باید بدم؟ چه دارویی بهش بدم.»

مصاحبه شونده شماره ۳ می گوید: «وقتی که این اتفاق برای دخترم افتاد، می ترسیدم که نکنه دچار ضعف بدنی بشه، بی حال بشه، دچار کسالت بشه، نتونه از پس خودش بر بیاد. منم همهش این نگرانی رو داشتم. آدم نگرانی ش به خاطر کم سوادی و ناآگاهی.»

مطلع کلیدی شماره ۵ بیان می کند: «چیزی که بیشتر میان می گن اینه که آیا می شه بلوغ، حالا مثلاً می گم چون بلوغ رو بیشتر مترادف با قاعدگی می دونن، مثلاً میان می گن می شه این رو عقب بندازیم یا اینکه مثلاً یه ذره متوقفش بکنیم که حالا یه ذره دیرتر این اتفاق بیفته، حالا عوارضش را نمی دونم.»

#### طبقه سوم: سبک زندگی مختص به بلوغ

دوره بلوغ دوره ای پرهیجان و دشوار است که به صورت طبیعی در محیط جسمانی و عقلانی نوجوان شکل می گیرد. یکی از دغدغه های والدین مدیریت رفتارهای ناسالم نوجوان است. از جمله این رفتارها می توان کشش به مصرف مشروبات الکلی، دخانیات و مواد مخدر، الگو برداری از رفتارهای نامناسب، استراحت و فعالیت بدنی نامناسب و

آموزش های فراگرفته از خانواده و جامعه قبلی می شود. مصاحبه شونده شماره ۹ بیان می کند: «مخصوصاً تو سن بلوغ، ولی حرف مثلاً معلمش یا مثلاً مشاور یا یه آدمی که خیلی دوش داره، یکی بهش بگه یا دوستی که خیلی صمیمی باشه. فقط آدم می ترسه که دوست صمیمیه یه دفعه اطلاعات غلط به بچه نده. اینش فقط آدم رو نگران می کنه.»

مصاحبه شونده شماره ۸ بیان می کند: «شاید اون موقع ایراد بگیره که من رو بد تربیت کردی؛ اگر منم مثل بقیه بودم، یه زندگی خیلی راحتی رو داشتم که بیرون مثلاً بچهها دعوا کردن، دادوبیداد کردن، من نتونستم دفاع بکنم. چرا؟ چون این جوریه به من گفتم. من این قسمت هاش واقعاً برام سخته که یه سری چیزها رو گفتم رعایت بکن. سنش رفته بالاتر، از ابتدایی این جوریه بهش گفتم این حدودودها رو نگه دار، ولی سنش که رفته بالا، دیگه بچهها دعوا کردن و فحش دادن، یه چیزی گفتم به این. این هم حدودود و حرمتها رو نگه می داره و هیچ چیزی نتونسته بگه، فقط با اعصاب خرد برمی گرده. فاصله اش از بچهها زیاد می شه. دیگه این رو نمی دونم. دیگه حالا ما بخوایم با سبک خودمون بچهها رو تربیت بکنیم، یا با شرایط فعلی این معضلیه دیگه؛ چون می پرسن دیگه هر دفعه یه موردی شبیه این پیش میاد، برمی گردم میان می پرسن.»

#### طبقه دوم: مسائل جسمانی

باوجود جنس یکسان مادران و دختران و داشتن تجربه بلوغ مادران، اکثر مصاحبه شوندهگان درباره نشانه های جسمانی بلوغ، مانند رشد پستانها و موهای زائد، جهش رشد قدی، عرق و بوی نامطبوع، آکنه، ماهیگی و همچنین ترتیب بروز این نشانه ها، اطلاعات کلی و محدود داشتند.

مصاحبه شونده شماره ۳ در این باره می گوید: «مثلاً یکی از علائمی که اتفاق می افته، رویش جوانه پستانهاست که دخترخانمها هی سعی می کنن لباسهایی که می پوشن، مخصوصاً جلو پدرشون و برادرشون و جلو خانواده هاشون، راحت باشه؛ چون احساس خجالت دارن. یه حیایی دارن، ما بهشون می گیم روی این قضیه این قدر حساس نباشن، این یک روال طبیعی و باید خودش رو با این شرایط وفق بده و کم کم این قضیه براش عادی می شه، ولی واقعا نمی دونم درست توضیح دادم یا نه. کلاً اطلاعاتم در این مورد کمه.»

مصاحبه شونده شماره ۱ می گوید: «از علائم بلوغ، که خب از اون جهش رشديه، اولین نشونه ای که می بینیم رشد سینه هاست دیگه، ولی خب اون جهش رشدی که انگار یه دفعه قدشون رشد می کنه، قبل از رشد سینه ها اتفاق می افته. بعدش اینکه رشد موهای زیر بغل و موهای شرمگاهی شروع می شه و بعد پرپود می شن، ولی نیاز دارم در این مورد بیشتر بدونم.»

مصاحبه شماره ۸ این گونه مطرح می کند: «قاعدگی می شه آخرین مورد. دیگه تو جسم چیز خاصی ندارن. حالا می گم کتاب گرفتم براش بخونه. خودش حالا علاقه مند بوده. مثلاً حالا آمادگی

گذراندن وقت زیاد در فضای مجازی را نام برد.

مصاحبه‌کننده شماره ۱ در این باره بیان می‌کند: «یکی از سؤال‌ها یا یکی از دغدغه‌ها این بود؛ در مورد مصرف مشروبات الکلی و دخانیات، مثل سیگار و قلیون؛ اینکه حالا بچه‌ها بهش گرایش دارند و من چه جوری باید برخورد داشته باشم که این‌ها سمتش کشیده نشن و اینکه وابستگی براشون پیش نیاد، بالاخره اون آسیب‌شناسی هست. مثلاً حالا توی جمعی باشیم، قلیونی باشه، مثلاً می‌گم باشه، خب حالا اگه الان دوست داری امتحانش کنی امتحان کن، ایراد نداره، ولی حالا اینکه در مورد آسیب‌هاش بگم و خودم یه الگوی خوب باشم براش، اینم راستش یه کم دغدغه هست، اینکه مثلاً حالا بچه واقعاً سمت این کشیده نشه، نمی‌دونم چطوری باید آگاهی داد.»

مصاحبه‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «اینکه به نظرم بچه‌ها رو با یه سری از این گروه‌ها آشنا کنیم، بچه‌ها مثلاً می‌رن می‌گن نمی‌دونم فلان گروه موسیقی خوبه، خارجی مارجی‌ها رو می‌گن. حالا ایرانی که هیچی می‌گن خوبه. بعد سعی می‌کنن که همه‌ش ازش تقلید کنن. لباسشون رو اون مدلی می‌پوشن، شلوارشون رو؛ نمی‌دونم توی دست می‌خوان بزنن؛ اختلاف می‌شه دیگه، بین خانواده و بچه. به نظرم که راجع به این چیزا گنجونده بشه خوبه. هم اطلاعات به خانواده‌ها بدن همین که به بچه‌ها بدن حالا مثلاً اونا در یک جای دیگه با یک فرهنگن ما در ایران زندگی می‌کنیم با این فرهنگ که بچه‌ها آروم‌آروم این چیزها رو یاد بگیرن که فرهنگ غنی خودمون رو توی مغزشون کنیم، نه اینکه این‌ها این‌قدر مغزشون خالی باشه که برن از یه جای دیگه مثلاً الگوبرداری کنن این‌جوری باشه. نمی‌دونم چطور در این موارد راهنمایی کنم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۳ اظهار می‌کند: «خودش فکر می‌کرد این خیلی قضیه حادیه و باعث می‌شه که تو یک سری از فعالیت‌های ورزشی و اجتماعی براش محدودیت ایجاد بشه.»

گرایش به خوردن بیش از حد بعضی مواد غذایی مانند شکلات، شیرینی و غذاهای دودی و حاوی مواد افزودنی از دیگر چالش‌های مطرح‌شده توسط مادران در دوران بلوغ دختران نوجوان است. نگرانی بیشتر در به‌خطر افتادن سلامتی، افزایش وزن و تأمین‌نشدن ریزمغذی‌های اصلی با مصرف این مواد غذایی و محدودیت اطلاعات آن‌ها در این زمینه است.

مصاحبه‌شونده شماره ۲ می‌گوید: «بی‌اشتهایی به غذا دارن، اما خب خوردن تنقلات تند رو دوست دارن، مثل چیپس و پفک تند یا مواد قندی مثل شکلات و شیرینی رو خیلی دوست دارن بخورن، ولی این که من چطوری بهشون راهنمایی کنم که کمتر استفاده کنند رو نمی‌دونم.»

#### طبقه چهارم: تربیت جنسی

دوره پرچالش بلوغ جنسی با ترشح هورمون‌های تستوسترون و استروژن آغاز می‌شود. در طول این روند، هورمون‌های ترشح‌شده در تعادل احساسی نوجوان تأثیر می‌گذارد و به‌صورت تناوبی سبب

شکل‌گیری هیجانانگیز در نوجوان می‌شود. این هیجانانگیز سبب بروز کنجکاوی در این زمینه می‌شود و نوجوان را با سؤالات متعدد روبه‌رو می‌کند. تقریباً اکثر مادران دربارهٔ چگونگی توضیح موضوعات جنسی از قبیل میل و رابطهٔ جنسی و کنجکاوی دربارهٔ اندام‌های جنسی، دغدغه و درگیری ذهنی داشتند.

مصاحبه‌شونده شماره ۱ در این باره می‌گوید: «مثلاً اینکه بچه‌ها رابطهٔ جنسی رو فهمیده بودن و از من می‌خواستن که بهشون توضیح بدم و من همیشه به این‌ها همه‌چیز رو بدون رودربایستی و راحت توضیح داده بودم، این خیلی برام سخت بود، می‌گفتم خب مثلاً چه جوری بهشون توضیح بدم که اون تنفره ایجاد نشه، تفکر بد ایجاد نشه یا گرایش خاصی توشون ایجاد نکنم؛ چون خونده بودم که نباید به حالت بد بگی که اون حالت تنفر ایجاد بشه یا یه جوری نگی که یه گرایش خاصی تو ذهن بچه ایجاد بشه. به‌خاطر همین خیلی دغدغه داشتم که نحوهٔ بیانم تو این موضوع چی باشه.»

و می‌گوید: «اینکه حالا هم‌زمان با این دورهٔ نوجوانی میل جنسی بیدار می‌شه، اون گرایش به جنس مخالف، اینکه حالا شاید بخواد وارد اون روابط دوست‌دختر دوست‌پسری بشه، معمولاً بعد از اینکه این اتفاق‌ها می‌افته، خب بلوغم داره پیش می‌ره، اون تمایلات جنسی هم که بیدار می‌شه، حس می‌کنم که باید بیشتر کنارش باشم و اینکه از این بابت بیشتر دغدغه دارم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۴ بیان می‌کند: «یکی از نگرانی‌های دیگه مینه که دربارهٔ رابطهٔ جنسی پدر و مادر یا حالا دختر و پسر اطلاع پیدا بکنه از طریق دوستاش و این دل‌نگرانیمه و زودتر از سنش با این موضوع مواجه نشه و نمی‌دونم چطوری این خطرها را بهش توضیح بدم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۸ اظهار می‌کند: «واقعاً سخته که بخوام دربارهٔ روابط توضیح بدم. تابه‌حال به این برنخوردم، ولی می‌دونم سخته. این برای خودم خیلی یه جوریه. انگار حریمه، نمی‌دونم خیلی سخته بخوام دربارهٔ رابطهٔ جنسی براش توضیح بدم.»

مطلع کلیدی شماره ۳ می‌گوید: «دربارهٔ انواع رابطه‌های جنسی، مثلاً تفکرات اشتباهی دربارهٔ اینکه رابطهٔ مقعدی اگه باشه مشکلی ایجاد نمی‌کنه، بیماری ایجاد نمی‌کنه، چه در پسرها، چون دو تا پسر خیلی وقت‌ها این تجربه رو دارند، چه بین دختر و پسر، بعد در مورد انواع این پوزیشن‌ها و راه و شکل‌های این رابطهٔ جنسی، حالا پیرو همون داستان پردهٔ بکارت که گفتم، این توضیحات داده بشه.»

کنجکاوی نوجوان در زمینهٔ جنسی، موضوعات باروری، از جمله بارداری و محافظت جنسی، را هم در بر می‌گیرد. معمولاً چگونگی توضیح این قبیل موارد برای مادران مبحثی چالش‌برانگیز است.

مصاحبه‌شونده شماره ۶ در پاسخ به این سؤال پرسشگر که «چه چیزهایی شما را دربارهٔ بلوغ نگران می‌کند؟» این‌گونه نقل می‌کند: «فقط گرایش به جنس مخالف، اتفاقات جنسی‌ش، قضیهٔ سکس و بارداری ناخواسته. ممکنه بچه به‌خاطر اینکه سنش کمه، زود گول بخوره و نمی‌دونم چطور این‌ها را بهش بفهمونم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۱ می‌گوید: «یه بُعد دیگه مثلاً درباره

آسیب‌های روحی و روانی بلوغ به دلیل آثار هورمونی و انتقال از دورهٔ کودکی به بزرگسالی و ورود به دنیای بزرگ‌تر، همواره با شدت متفاوت در همهٔ نوجوان‌ها دیده می‌شود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳ در این باره می‌گوید: «دختر من تو دورهٔ بلوغ خیلی استقلال طلب شده بود. مثلاً دوست داشت خودش کارهاش رو انجام بده. خودش برای هر کاری تصمیم‌گیری کنه، من اصلاً باهاش مقابله نمی‌کردم. همه‌ش بهانه‌گیری می‌کرد، می‌گفت من بهتر متوجه می‌شم، تو نمی‌دونی، تو شرایط من رو درک نمی‌کنی، من که خودم رو بهتر از تو می‌شناسم، تو که من رو نمی‌شناسی، من باید برای خودم تصمیم بگیرم، من باید برای آیندهٔ خودم نگران باشم، من می‌دونم برای آینده‌م باید چی کار کنم. در این زمان من نمی‌دونستم چطور باهاش رویارویی کنم.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۶ می‌گوید: «الانم که همهٔ بچه‌ها دستشون به گوشی و خب ارتباط گرفتن با یه شمارهٔ تلفن و توی فضای اینستا و این‌ها، بچهٔ من خودش اینستا نداره، حالا نه اینکه ندونه اینستا چیه و این‌ها، تو گوشی من و گوشی پدرش اطلاعات در مورد اینستا داره، ولی قبول کرده که الان نداشته باشه، واتساپ رو داره، حالا تلگرام و این‌ها هست، نمی‌شه بگی مثلاً هیچ‌کدوم از اپ‌ها رو نداشته باشه، ولی می‌گم آگاهی به بچه بدی، مثلاً من الان خودم به بچه‌ام این آگاهی رو دادم که حتی یه خط ناشناس رو جواب نده، تا موقعی که مطمئن نشدی، می‌تونم حتی جواب بدی، ولی ببینی مزاحمه بلاک کنی. یه سری آگاهی از نظر آموزش فضای مجازی و این‌ها رو باید به بچه داد که دیگه نترسه و می‌تونه این کار رو بکنه. در قبالت ترسیدی، به پدر و مادر بگو، پدر و مادر همیشه پشتت هستن، ولی خب ما هم اطلاعاتمون کافی نیست.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵ می‌گوید: «خب نمی‌دونستم که نباید این کارو بکنم، نمی‌دونستم که با زور نمی‌شه بچه رو نگه داشت. واقعاً من به‌زور به یاسمن می‌گفتم از این گروه بیا بیرون. اون می‌گفت نه، بعد من زدم گوشی‌ش رو شکستم که این بچه گذاشت رفت از خونه. من حتی یاسمن رو زدم. بعد از خونه رفت، حالا دنبالش گشتم و این‌ها خودش دوباره برگشت خونه. بچهٔ فوق‌العاده منطقه‌ایه. بعد می‌دونست که از خونه رفتن اصلاً هیچ فایده‌ای نداره. بعد برگشت خونه. من دوباره زدمش؛ چون مقصر خودم بودم که حالا بله خب، دوباره زدمش. بهش گفتم که این رو نمی‌زنم به خاطر گروه، این رو به خاطر این می‌زنم که از خونه رفتی بیرون. گفتم یاسمن هرچی شد تو خونه، هر مسئله‌ای پیش اومد، از در این خونه رفتی بیرون، دیگه مادری به نام عاطفه نداری. من واقعاً خودم آگاهی نداشتم، اصلاً نباید این رفتار رو باهاش می‌کردم.»

مطلع کلیدی شمارهٔ ۳ بیان می‌کند: «جوونا می‌گن والدینشون خیلی گیر می‌دن. حس می‌کنن دست‌وپاشون رو بستن. درکشون نمی‌کنن. اصلاً حرفاشون رو نمی‌فهمن و نمی‌تونن باهاشون همدلی خوبی داشته باشند. درک نمی‌شن. بیشترین مشکل بچه‌ها با والدینشون اینه که درک نمی‌شن و این به خاطر کمبود دانش هست به نظر من.»

محافظت از بارداری، راه‌های بارداری، راه‌های حفاظتی جنسی، که مثلاً از کاندوم چه جوری می‌شه استفاده کرد، راه انتقال بیماری‌ها به چه صورت هستش، مثلاً یه نوجوونی سکس دهانی داشت، ولی اون رو جز سکس حساب نمی‌کرد و نمی‌دونست که از همین طریق اچ‌آی‌وی و ایدز می‌تونه بهش منتقل بشه.»

مطلع کلیدی شمارهٔ ۱۱ در این باره می‌گوید: «خانواده‌ها حالا خیلی روشن‌فکر و اپن‌ماینند (Open mind) شدن. رابطهٔ جنسی براشون مشکلی نداره. حداقل ما راه محافظت رو به این‌ها یاد بدیم که بعداً دچار STD (بیماری‌های منتقله از راه جنسی) و حاملگی و این بساط‌ها نشن.»

### طبقهٔ پنجم: خودمراقبتی جسمی - روانی

با تغییرات هورمونی دوران بلوغ و شروع ماهیگیری، ممکن است دختران نوجوان با مسائلی از قبیل خون‌ریزی خارج از زمان ماهیگیری، ترشحات بدبو و عفونت ناحیهٔ تناسلی مواجه شوند. یکی دیگر از دغدغه‌های مادران چگونگی رعایت بهداشت فردی بود تا از این دست مسائل که خود مادران هم ذکر کردند، پیشگیری شود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۱ می‌گوید: «حمام رفتنش چطوریه؟ رعایت کردن مثلاً بهداشت فردی‌ش؟ بوی عرق تنش؟ این‌ها رو برای مادرهایی که حالا به‌قول معروف، یک مقدار سرشون شلوغ‌تره و بچه‌های بیشتری دارن، حالا یه ذره فرهنگ پایین‌تری دارن و این چیزها رو عیب می‌دونن بگن بد نیست که مامانه گوشهٔ ذهنش باشه که حالا دختره من به این سن رسیده، پانزده سالشه، حواسم باشه که مثلاً براش فلان لباس زیر رو بگیرم، فلان مدل مثلاً چیز رو بگیرم که این بچه نخواد بعداً توی مدرسه مسخره بشه، بچه‌ها مثلاً بگن لباست بو می‌ده، البته باید برای همه مادرها توضیح بدن.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸ این‌گونه می‌گوید: «در مورد بلوغ جسمی بحث حمام رفتن شاید قبلاً هم این‌جوری بود. یه زمانی می‌گفتن توی این فواصل نباید حمام بری، بعد رسید به اینکه نه مشکلی نداره، الان تفاوتی که هست، طب سنتی این‌ها رو قبول نداره. این چالشه، منم واقعاً نمی‌دونم که مثلاً حمام بره یا نره، حالا خودم کاری رو که برحسب دورهٔ خودم بوده انجام دادم که برحسب علمی پیش رفتم، نخواستم به قبل نگاه بکنم، ولی الان که مطالعه می‌کنم، طب سنتی یه چیزی می‌گه، علم جدید یه چیز دیگه می‌گه.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲ مطرح می‌کند: «ترشحات از چه سنی شروع می‌شه؟ اصلاً از چه سنی روال طبیعی‌شه که شروع بشه و تا کی ادامه داره؟ اصلاً این ترشحات هر بار باید تکرار بشه؟ کمتر یا بیشتر بشه؟ چی باعث این‌ها می‌شه؟»

مطلع کلیدی شمارهٔ ۴ اظهار می‌کند: «در مورد خود پرپود صحبت بشه که چه تایمی داره. اوایل ممکنه مثلاً روزهاش کمتر باشه. ممکنه که چند ماه یه بار بشه تا جا بیفته، مثلاً بدن طرف به هر ماه پرپودشدن عادت کنه و این‌طور نباشه که یک ماه پرپود بشه، دو ماه نشه، بترسه. اینکه این‌ها براشون جا بیفته و دیگه متوجه بشن.»

نوجوانی دورانی سخت برای همه است؛ زیرا در این سن، کودکان هم از لحاظ روانی و هم از لحاظ جسمی، شروع به رشد می‌کنند. متأسفانه، برخلاف تصور، آزار جنسی در این سنین بسیار شایع است. ممکن است نوجوان مورد آزار و اذیت جنسی قرار بگیرد و به خاطر ترس و ذهنیت منفی و خجالت، نتواند این موضوع را به کسی بگوید و از کسی کمک بگیرد. میزان توجه جنسی در دخترها بیشتر از پسرهاست و این موضوع باعث خجالت‌کشیدن و ناراحت‌شدن دخترها می‌شود؛ به خصوص اینکه دخترها سوءنیت‌ها را بیشتر و بهتر از پسرها درک و حس می‌کنند. اظهارنظرهای صریح جنسی برای نوجوانان خیلی استرس‌آور و ناراحت‌کننده است. ممکن است آزار و اذیت‌های جنسی از سوی غریبه‌ها رخ بدهد، ولی تحقیقات و گزارش‌ها نشان می‌دهند که معمولاً آزار و اذیت جنسی از سوی افراد آشنا، دوستان و نزدیکان بیشتر صورت می‌گیرد.

مصاحبه‌شونده شماره ۱۳ در این باره می‌گوید: «بله، چون جنس مخالف بیشترین ضربه رو می‌زنه. خب، دختره دیگه، داریم می‌گیم مثلاً حیثیت دختر به چی شه. من اگر خدایی نکرده اجازه بدم این بره مثلاً با پسرها رفت‌وآمد بکنه. رفیقشان یه موقعی اگر خدایی نکرده توی محیط خالی... اون رابطه خطرناکه، اون رابطه خیلی وحشتناکه. در کل، من خیلی دوست ندارم با جنس مخالف حرف بزنه، ولی نمی‌دونم چطور این رو بهش حالی کنم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۵ بیان می‌کند: «بچه اومد خونه من دیدم که گردنش و رو سینه‌اش کبوده. من متوجه شدم. خب من زنم. می‌فهمم. حالا چیزی که بود، این‌ها رابطه برقرار نکرده بودن. خب فقط در حد همین بوسیدن و این چیزها بود، ولی خیلی ناراحت شدم، ولی نمی‌دونستم الان باید چی کار کنم، به روم نیارم، یا دعواش کنم، یا کار دیگه.»

مصاحبه‌شونده شماره ۱ می‌گوید: «به نظرم یه مورد دیگه‌ای هم که بهتره مادرها آموزش ببینن، رابطه بین خواهر و برادرها، نه تنها خواهر و برادرها، دایی و خواهرزاده، عمو و خواهرزاده و برادرزاده و در مورد زناي محارم و تجاوزاتی هست که توسط محارم صورت می‌گیره. اینکه این حد ارتباط هم در همون قسمت محافظت‌های جنسی و این‌ها گنجانده بشه که مثلاً دختر توی خونه چه پوششی داشته باشه، نوع ارتباط خواهر و برادری، پدر و دختری چه جوری باید باشه. این‌ها رو کسی توضیح نمی‌ده و اطلاعات مادرها کمه.»

### طبقه ششم: مسائل روحی - روانی - عاطفی

تأثیر بلوغ در حیطه روحی و روانی نوجوان و چگونگی برخورد با آن، بیش از هر مسئله دیگری ذهن مادران را درگیر کرده است. از این رو، مادران در پی یافتن آگاهی و اطلاعات کافی برای مواجهه و رویارویی با این قضیه، به راه‌های گوناگونی روی آورده‌اند، از جمله مراجعه به مشاوره، پزشک، منابع متعدد چاپی و الکترونیکی. با این حال به‌دنبال مرجعی کامل، به‌روز و منسجم‌اند. مصاحبه‌شونده شماره ۱۰ می‌گوید: «حالا مثلاً علایقش رو

می‌بینم چیه. الان جدیداً خیلی نیاز به آغوش پیدا کرده و دوست داره همه‌ش من رو بغل کنه، آخر شب من رو بوس کنه، می‌گه تو هم حالا یه بوس بکن، نمی‌دونم خیلی لمسی شده، بیشتر تو این زمینه است. حالا نمی‌دونم این تا چه حد خوبه یا اصلاً بده، نمی‌دونم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۱۱ می‌گوید: «می‌گم کلاً تغییر خلق‌وخوشون خیلی زیاد هستش و چه جوری بگم، مهم اینه که ما چه جوری برخورد کنیم؛ چون زود عصبانی می‌شن، ما باید خونسرديمون رو حفظ کنیم. این که رابطه ما در این موارد باهاشون چطور باشه رو نمی‌دونم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۴ می‌گوید: «چون که خیلی آرومه، خیلی ساکنه، ولی یه وقت‌هایی خیلی پرخاشگری می‌کنه، سر کوچک‌ترین چیزی عصبانی می‌شه، یه غذای خوبی نداشته باشیم، عصبانی می‌شه، پرخاشگری می‌کنه و واکنش نشون می‌ده و من می‌مونم چه کار کنم.» و می‌گوید: «خودم نیاز دارم یکی راهنمایی‌م کنه، آگاهم کنه که چطوری باهاش برخورد کنم. وقتی که پرخاشگری می‌کنه یا هر رفتاری از خودش نشون می‌ده، واکنش نشون می‌ده، من رفتاری نشون می‌دم که اون رو آروم کنم.»

ترس و اضطراب ناشی از آسیب‌های روانی بلوغ در مسائل متفاوتی تأثیرگذار است که مصاحبه‌شوندگان به این موارد اشاره کرده‌اند: احساس آشفتگی فکری و روانی، خجالت و پنهان‌کاری و قدرت

نه‌گفتن کم. مصاحبه‌شونده شماره ۸ می‌گوید: «استرسی که دارن همه‌چیز رو تحت‌شعاع قرار می‌ده، یه فکری به حال استرس و اضطراب بچه‌ها کنن که مادر و جامعه چه جوری برخورد کنن. چی کار می‌شه کرد برای بچه‌ها توی این فواصل. اکثریت هم به نظر من دارن خیلی کم می‌شن که بچه‌ای نداشته باشن. معضلات بعدی هم داره؛ چون استرس شروع بیماری‌های بعدیه. از لحاظ روحی و روانی خیلی به هم می‌ریزن.»

مصاحبه‌شونده شماره ۹ این‌گونه مطرح می‌کند: «حالا منم سعی کردم مثلاً توی پرپودی‌ش، تازه یک بار یا دو بار شده، هنوز منظم نیست، فقط اون خجالت و ترسش رو بریزم؛ چون زمان خود ما همه‌ش پنهان می‌کردیم که مثلاً کسی نفهمه ما سینه‌مون دراومده یا مثلاً پرپود شدیم. سعی کردم از این موضوع خجالت نکشه یا اینکه اگر به نوار بهداشتی نیاز داره، عنوان کنه، خجالت نکشه، ای وای زشته، من نپرسم، نرم از مغازه نخرم، ولی نمی‌دونم کارم درسته یا نه.»

مصاحبه‌شوندگان بیش از هر مسئله دیگری بر تغییرات روانی، چالش‌های آن، چگونگی مواجهه و برخورد مناسب با آن‌ها تأکید کردند.

مصاحبه‌شونده شماره ۶ در این باره می‌گوید: «شاید تو جمع یه ذره منزوی‌تر باشن، مثلاً سختشون باشه ارتباط بگیرن و صحبت کنن، ولی با گروه هم‌سالان خودشون خوبن.»

و می‌گوید: «مثلاً فرم بینی‌ش چون یه حالتی متورم می‌شه و جوش‌های صورت و این‌ها داره، یه ذره از نظر ظاهری فکر می‌کنن که زشت شدن و یه ذره ارتباطشون با بیرون سخت می‌شه. این مسئله

دخترها دوست هستی، خب می‌تونی با پسردایی و پسرعمو دوست باشی، صحبت بکنی و اینکه خجالت نکشی، ولی باز مطمئن نیستم دارم درست می‌گم یا نه.»

مصاحبه‌شونده شماره ۱۳ می‌گوید: «من فکر می‌کنم الان مهم‌ترین چیز توی همین بلوغ ارتباط با جنس مخالفه؛ چون از نظر روحی و جسمانی بهش نیاز دارند، ولی اینکه مادر چطور توضیح بده که خودشون رو کنترل کنن، نمی‌دونم.»

مصاحبه‌شونده شماره ۱ اذعان می‌کند: «اینکه حالا هم‌زمان با این دوره نوجوانی میل جنسی بیدار می‌شه، اون گرایش به جنس مخالفه، اینکه حالا شاید بخواد وارد اون روابط دوست‌دختر دوست‌پسری بشه، حس می‌کنم که باید بیشتر کنارش باشم و اینکه از این بابت بیشتر دغدغه دارم.»

### بحث

هدف از مطالعه حاضر تبیین نیازهای آموزشی مادران در زمینه بهداشت بلوغ دختران نوجوان بود. سؤال اصلی مطالعه حاضر این بود که نیازهای آموزشی مادران درباره بلوغ چیست. لذا، در پاسخ به این سؤال می‌توان گفت که نیازهای آموزشی مادران در یک درون‌مایه اصلی با عنوان «مسائل چندبعدی در فرایند آموزش مادران در دوره رشد نوجوانان» با طبقات اصلی «جامعه‌پذیری»، «مسائل جسمانی»، «سبک زندگی مختص به بلوغ»، «ترتیب جنسی»، «خودمراقبتی جسمی - روانی» و «مسائل روحی - روانی - عاطفی» قرار می‌گیرد.

جامعه‌پذیری در دختران نوجوان در زمان بلوغ، یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین فرایندهای اجتماعی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. این دوره، که با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی همراه است، می‌تواند در نحوه تعاملات اجتماعی دختران با دیگران تأثیر زیادی بگذارد. در این زمان، دختران نوجوان ممکن است از طریق تغییرات هورمونی و فیزیکی، که در بدنشان رخ می‌دهد، احساسات و افکار پیچیده‌ای داشته باشند. این تغییرات ممکن است موجب افزایش حساسیت به نظرهای دیگران و نیاز به پذیرش و تأسیس هویت فردی شوند. در نتیجه، محیط‌های اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و دوستان، در فرآیند جامعه‌پذیری نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ارتباطات والد - فرزند در جامعه‌پذیری دختران نوجوان نقش کلیدی دارد. تعارض بین والدین و فرزندان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کاهش سازگاری اجتماعی نوجوانان باشد و ارتباط ضعیف والدین با فرزندان می‌تواند به انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری منجر شود. در مقابل، دخترانی که در محیط خانوادگی حمایتگر رشد می‌کنند، مهارت‌های اجتماعی بهتری دارند و در روابط اجتماعی موفق‌تر عمل می‌کنند.

نوروزی و همکاران در سال ۱۳۹۷ پژوهشی توصیفی روی ۲۷۳ دانش آموز دختر و والدین آن‌ها انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی والدین و تعاملات والد - فرزند و سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر، رابطه معنادار وجود دارد

رو من مادر چطور می‌تونم توضیح بدم که تأثیر داشته باشه.» مصاحبه‌شونده شماره ۹ این‌گونه بیان می‌کند: «ولی آدم متوجه می‌شه رفتار عوض شده و تو فکر فرورفتن بیشتر می‌شه.»

و می‌گوید: «مثلاً نه‌گفتن، مثلاً اعتمادبه‌نفس بچه‌ها بالا باشه، قدرت نه‌گفتن داشته باشن و اینکه خوشحال زندگی کردن. به برنامه‌ای باشه که مثلاً بچه‌ها مسائلشون رو خودشون بتونن حل بکنن. به والدین و خانواده و دوست و فامیل وابسته نباشن، اینکه رو پای خودشون وایستن، بیشتر جنبه روانی اون اعتمادبه‌نفس خیلی مهمه که روی بلوغ بچه‌ها خیلی تأثیر می‌ذاره.»

با ورود به دنیای بزرگ‌سالان، نوجوان این احساس را در خود میابد که قادر به انجام هر کاری به‌تنهایی و در حد بزرگ‌سالان است. مصاحبه‌شونده شماره ۳ این‌گونه نقل می‌کند: «دختر من تو دوره بلوغ خیلی استقلال طلب شده بود. مثلاً دوست داشت خودش کارهاش رو انجام بده. برای هر کاری خودش تصمیم‌گیری کنه. من اصلاً باهاش مقابله نمی‌کردم. همه‌ش بهانه‌گیری می‌کرد. همه‌ش می‌گفت من بهتر متوجه می‌شم، تو نمی‌دونی، تو شرایط من رو درک نمی‌کنی.»

و می‌گوید: «نوجوان فکر می‌کنه که همه حرف‌هایی که می‌زنه درست و بهترین راه و انتخاب رو خودش می‌تونه برای خودش داشته باشه. حالا ما چطور برایش توضیح بدیم که ننگه مرغ یک پا داره و اونه که درست می‌گه.»

مصاحبه‌شونده شماره ۷ می‌گوید: «بعد این‌ها یه خرده هم خلق‌وخوش تغییر کرده بود. پارسال مثلاً یه جورایی، نه که خودخواه بشه، فقط خودش رو در نظر می‌گرفت و منم منم می‌کرد.»

مطلع کلیدی شماره ۳ مطرح می‌کند: «بخش دیگه داستان اصلاً بحث‌های زیباییه، خود مامان‌ها خیلی درگیر این موضوع هستن که عمل زیبایی کنن و خودشون رو این‌جوری کنن، خودشون رو اون‌جوری کنن. حالا من نمی‌گم بحث زیبایی بده، ولی تفکری که به نوجوانشون می‌ده هم شاید بعضی وقت‌ها بازخورد این‌جوری بهشون می‌ده در مورد چاقی و لاغریشون، در مورد شکل بینی‌شون، نمی‌دونم چشمش، فلانش، ابروش، فقط بچه‌ها همه‌ش تو یه تضادی هستن که خب از لحاظ مدرسه و این‌ها هم نمی‌تونن این کارها رو بکنن. حالا به‌هرحال، زیر هجده سال از نظر بحث‌های زیبایی باید کنترل بشه، دیگه عمل‌های زیبایی نمی‌شه انجام داد و این‌جور داستان‌ها، ولی اون طرز تفکر مادرها تو این موضوعات خیلی تأثیر می‌ذاره و فکر می‌کنم اطلاعات خوبی ندارند که دارن چه تأثیری می‌ذارن رو بچه‌هاشون.»

نوجوان در دوران بلوغ غرق در احساسات است و این احساسات سبب بروز شیفتگی، هیجانات عاطفی و شور و اشتیاق به جنس مقابل می‌شود. مادران درباره افراط در بروز این احساسات، برقراری ارتباط با جنس مقابل و وابستگی عاطفی، نگرانی بسیاری دارند.

مصاحبه‌شونده شماره ۹ این‌گونه مطرح می‌کند: «حالا یه ذره سخت هست، خیلی هیجان‌ش بالاست، حالا دوست‌پسر که نداره، ولی خب سعی نمی‌کنم که خیلی بخوام بگم نه این خیلی زشته یا خیلی بده. نباید حتماً دوست بشی، در حد نرمال، همون‌طوری که مثلاً با

[۲۲]. همچنین، مطالعه‌ای روی سیصد نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بروجرد در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ نشان داد که بین متغیرهای تعارض والد - فرزند و سازگاری اجتماعی نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد و تعارض بین والد - فرزند می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کاهش سازگاری اجتماعی نوجوانان باشد [۲۲]. پژوهشی توصیفی روی چهارصد نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی با هدف بررسی نقش عوامل اجتماعی در جامعه‌پذیری نوجوانان، حاکی از آن است که بین خانواده، مدرسه، گروه همسالان و جامعه‌پذیری، ضریب همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این موضوع نشان‌دهنده نقش محوری خانواده در عصر حاضر است که با ورود عوامل جامعه‌پذیری دیگر، همچنان نقش خانواده پررنگ‌تر از عوامل دیگر است. بنابراین، تقویت بنیان خانواده، به دلیل تأثیر منحصربه‌فردش، توصیه می‌شود [۲۳].

از جمله مواردی که مصاحبه‌شوندگان مطرح کردند، مشورت دختران نوجوان با دوستان صمیمی در زمینه مسائل بلوغ بود که همسان‌سازی خانواده‌ها و همگونی آموزش‌ها در مدارس از این نظر، می‌تواند سبب انتقال اطلاعات درست و مناسب به این گروه سنی شود. مطالعه‌ای روی ۳۵۰ دانش‌آموز پسر و دختر مقاطع راهنمایی و متوسطه مدارس نشان داد ارتباط مناسب و داشتن اطلاعات در زمینه بلوغ و اختصاص دادن زمان کافی در برقراری ارتباط با همکلاسی‌ها، از عوامل مؤثر در انتقال اطلاعات بین نوجوانان در مدارس است [۲۴]. در ایران، مطالعات نشان داده‌اند دریافت آموزش می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی در دوره بلوغ، نقش مهمی داشته باشد. می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش والدین و نوجوانان و افزایش میزان آگاهی آن‌ها در دوره بلوغ حائز اهمیت است و در جهت این هدف، بهتر است به برنامه‌ها و مدل‌های مداخله مناسب در دوره بلوغ و قبل از آن توجه شود [۲۵].

به نظر می‌رسد خانواده، همسالان و فرهنگ از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری هویت دختران در دوران بلوغ هستند. حمایت والدین، ایجاد بسترهای آموزشی صحیح در مدارس و استفاده آگاهانه از رسانه‌ها می‌تواند در تسهیل فرایند جامعه‌پذیری و کاهش اضطراب ناشی از بلوغ، نقش مؤثری داشته باشد [۲۶].

در مطالعه ما، در زمینه جامعه‌پذیری دختران نوجوان شکاف فکری بین والدین و دختران مطرح شد. در دوران بلوغ، دختران با تغییرات هورمونی روبه‌رو می‌شوند که می‌تواند موجب تغییرات شدید عاطفی و روانی شود. این تغییرات اغلب باعث ایجاد شکاف‌های فکری و اختلاف‌نظرها میان دختران نوجوان و والدین می‌شود. مطالعه‌ای نشان داد در دوران بلوغ، دختران نوجوان به دنبال استقلال و شکل‌دهی هویت خود هستند که این موضوع می‌تواند باعث ایجاد اختلافات فکری و تنش‌های خانوادگی شود. نوجوانانی که استقلال بیشتری می‌خواهند، ممکن است با والدین خود دچار تضاد شوند [۲۷]. تنش‌های خانوادگی موجبات اضطراب و افسردگی را در نوجوانان فراهم می‌کند. این موضوع می‌تواند به رشد هویت و اعتمادبه‌نفس نوجوان آسیب وارد کند و مشکلات رفتاری بیشتری را

در خانواده ایجاد کند [۲۸]. مطالعات حاکی از آن است که برقراری ارتباط مناسب بین مادر و دختر نوجوان موجب گذر راحت‌تر از تنش‌های دوره بلوغ می‌شود.

در پژوهشی که تعداد ۴۱۵ نفر از نوجوانان دختر و پسر و ۲۳۰ نفر از والدین آن‌ها شرکت داشتند، گزارش شد بین دیدگاه‌های نوجوانان و والدین درباره مشکلات ارتباطی نوجوانان و والدین در زمینه‌های استقلال‌طلبی، بلوغ جنسی و کسب شخصیت نوجوانان، اختلاف معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از تأثیر ارتباط سالم نوجوانان با والدین در زمینه‌های کسب هویت نوجوانان، استقلال‌طلبی، بلوغ جنسی و تضمین بهداشت روانی آن‌ها بود. می‌توان چنین استنباط کرد که دوره بلوغ یک زمان حساس برای جامعه‌پذیری است و والدین، معلمان، دوستان و رسانه‌ها باید به‌دقت از نیازها و چالش‌های دختران نوجوان آگاه باشند تا از فرایندهای سالم و سازنده در این دوره حمایت کنند. آگاهی صحیح مادران از نحوه مناسب برخورد با این چالش‌ها با توجه به نقش حمایتی آن‌ها، می‌تواند به‌عنوان عنصر کلیدی در این زمینه مطرح شود [۲۹].

از جمله تغییرات جسمانی بلوغ دختران، افزایش چربی بدن در نواحی خاص، پهن شدن لگن و تغییرات پوستی مانند آکنه را می‌توان نام برد [۳۰]. دوران بلوغ یکی از مراحل بحرانی رشد است که در آن تغییرات فیزیکی بزرگی در دختران نوجوان، از جمله رشد ناگهانی قد، افزایش وزن و تغییرات در اندازه سینه‌ها و اندام‌های تناسلی رخ می‌دهد [۳۱]. این توالی ممکن است در برخی دختران متفاوت باشد و عوامل ژنتیکی، محیطی و سلامتی می‌توانند در زمان‌بندی و ترتیب این تغییرات تأثیر بگذارند [۳۲]. ماهیگی (قاعدگی) یکی از تغییرات جسمانی مهم در دختران نوجوان است که در آن، هورمون‌های جنسی به‌طور طبیعی تنظیم می‌شوند [۳۳]. دردهای جسمانی مانند دردهای قاعدگی و مشکلات عضلانی در دختران نوجوان در دوران بلوغ شایع هستند. این دردها می‌توانند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کیفیت زندگی این نوجوانان را تحت تأثیر قرار دهند [۳۴]. این مسائل، به‌ویژه زمانی که شامل دردهای قاعدگی، خون‌ریزی‌های شدید و اختلالات هورمونی هستند، قابل توجه‌اند [۳۵]. در پژوهشی درباره بهداشت دوران ماهیگی، گزارش شد آموزش مادران در مقایسه با آموزش معمول، در ارتقای رفتارهای بهداشت قاعدگی دختران نوجوان روش مؤثرتری است [۳۶].

علل بلوغ زودرس ممکن است شامل مسائل مغزی، تومورها، یا عوامل ژنتیکی باشد. علائم شامل رشد زود هنگام پستان‌ها در دختران، رشد موهای زائد و شروع قاعدگی است [۳۷]. در مطالعه‌ای به کاهش سن شروع بلوغ در دهه‌های اخیر اشاره شده است و بر اهمیت تشخیص دقیق و به‌موقع آن تأکید دارند [۳۸]. بنابراین، والدین باید با دختران خود درباره تغییرات جسمی و عاطفی که تجربه می‌کنند، به‌شکلی صریح و بدون قضاوت صحبت کنند. ایجاد فضایی که دختران بتوانند بدون خجالت و ترس احساسات خود را بیان کنند، ضروری است [۱۶]. والدین باید اطلاعاتی متناسب با سن کودک درباره بلوغ

نوجوانان از طریق مادران در این زمینه و همچنین آشنا کردن آن‌ها با مضرات و پیامدهای مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر را به‌عنوان اقدامات پیشگیرانه در نظر گرفت. آموزش‌های پیشگیرانه و برنامه‌های آموزشی می‌توانند به دختران نوجوان در درک بهتر خطرهای ناشی از رفتارهای پرخطر کمک و آن‌ها را به اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر ترغیب کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد حمایت اجتماعی و ارتباط مثبت نوجوان با خانواده می‌تواند از بروز رفتارهای پرخطر در دختران نوجوان جلوگیری و به آن‌ها کمک کند تا در اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر تصمیمات بهتری بگیرند [۴۵].

در مطالعه ما، مسائل روحی، روانی و عاطفی، از جمله نیازهای آموزشی مادران، به‌عنوان یک طبقه اصلی، تبلور یافت. مسائل روحی و روانی با مسائل عاطفی در دوران بلوغ با یکدیگر آمیخته است؛ زیرا از تغییرات هورمونی و تأثیر آن در عملکرد مغز نشئت می‌گیرد. تغییرات هورمونی یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های دوران بلوغ، نوسانات خلقی و تغییرات عاطفی شدید در دختران نوجوان است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افزایش هورمون‌های جنسی، از جمله استروژن و پروژسترون، می‌تواند در عملکرد مغز تأثیر بگذارد و موجب تغییرات خلقی و افزایش حساسیت عاطفی شود. این تغییرات ممکن است باعث شود دختران نوجوان احساساتی مانند غم، شادی شدید، عصبانیت ناگهانی و اضطراب را به دفعات بیشتری تجربه کنند [۴۶]. پژوهشی روی ۲۵۹۸ دانش‌آموز نشان داد نوسانات خلقی نه تنها تحت تأثیر تغییرات بیولوژیکی و هورمونی قرار دارند، بلکه عوامل اجتماعی مانند فشارهای خانوادگی، انتظارات تحصیلی و تأثیرات رسانه‌ای نیز نقش مهمی در شدت این تغییرات ایفا می‌کنند [۴۷، ۴۸]. دختران نوجوان در دوران بلوغ ممکن است به دلیل تغییرات هورمونی و اجتماعی، نوسانات عاطفی، روحی - روانی و خلقی بیشتری تجربه کنند. این نوسانات می‌تواند به مسائل روانی، از جمله افسردگی و اضطراب، منوط شود [۴۹].

در پژوهش دیگری روی ۲۷۱۹ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال با هدف ارزیابی پرخاشگری نوجوان به والدین، گزارش شد دختران نوجوان در دوران بلوغ، به دلیل فشارهای اجتماعی و هورمونی، رفتارهای پرخاشگرانه‌تری از خود نشان می‌دهند و این رفتارها شامل پرخاشگری فیزیکی و روانی است. در این زمینه، پرخاشگری روانی در برابر مادر نمره بالاتری کسب کرد [۴۹، ۴۲]. از این رو، کسب مهارت رفتاری در مادران از طریق افزایش آگاهی و آموزش مادران برای مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان، از جمله نیازهای اساسی شناخته می‌شود. در مطالعه دیگری به منظور تعیین میزان تمایل به پرخاشگری نوجوانان و ارتباط آن با عملکرد خانواده روی هشتصد دانش‌آموز دختر و پسر سال اول تا سوم دبیرستان‌های شهر اصفهان، به این نتیجه دست یافتند که عملکرد خانواده در کاهش و افزایش پرخاشگری نوجوانان مؤثر است [۵۰]. تجارب نوجوانان از خشم و عصبانیت و نگرانی را می‌توان به‌عنوان پاسخی به احساس گسست بین زندگی واقعی و آنچه آن‌ها انتظار دارند قلمداد کرد [۵۱].

و تغییرات آن ارائه دهند، تا از ترس و سردرگمی جلوگیری شود [۳۹]. استفاده از کتاب‌ها و منابع معتبر می‌تواند به آموزش صحیح کمک کند. والدین با ایجاد محیطی امن، آموزش صحیح، حمایت عاطفی و پیگیری پزشکی مناسب می‌توانند به فرزند خود کمک کنند تا این دوره را با آرامش بیشتری پشت سر بگذارد [۳۷].

در مطالعه ما، سبک زندگی مختص دوران بلوغ از جمله طبقات اصلی تبلور یافته بود. همان‌طور که در مطالعات متعددی به آن پرداخته شده است، سبک زندگی نوجوانان در دوران بلوغ دستخوش تغییراتی می‌شود. در پژوهشی گزارش شد رفتارهای غذایی ناسالم در زمان بلوغ با پیامدهای نامطلوب سلامتی در بزرگسالی همراه است. براساس نتایج این مطالعه، بر حمایت از اهمیت سرمایه‌گذاری بیشتر در ابتکارات آموزشی برای افزایش آگاهی والدین به‌منظور پشتیبانی از نوجوانان درباره انتخاب‌های رژیم غذایی تأکید شده است [۴۰]. در کشورهایی با درآمد کم و متوسط، شیوع اضافه‌وزن در نوجوانی افزایش یافته است که عمدتاً ناشی از رشد اقتصادی و شهرنشینی سریع است. مطالعه‌ای نشان داد شیوع رفتارهای بی‌حرکی با افزایش سن افزایش می‌یابد و نسبت بالای نوجوانان با رفتار کم‌تحرك با سطح اجتماعی و اقتصادی بالاتر، رابطه مستقیم دارد. این مطالعه حاکی از آن است که برای مقابله با رفتارهای کم‌تحرك در نوجوانان، به راهکارهای مداخله‌ای از طریق اقدامات آموزشی در خانواده‌ها و مدارس نیاز است [۴۱].

دختران نوجوان در دوران بلوغ، به‌ویژه در مواجهه با استرس‌های اجتماعی و تحصیلی، در معرض خطر مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب قرار دارند. این مسائل می‌توانند به بروز رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر یا الکل منجر شوند. مطالعه‌ای بر ۳۸۵ نوجوان دختر و پسر چهارده تا نوزده سال با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوان براساس ابعاد مثبت و منفی سلامت روان، شش حوزه از رفتارهای پرخطر شایع در نوجوانان را، شامل خشونت، خودکشی، مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتار جنسی ناپایمن، بررسی کردند. مقایسه بین نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند و آن‌هایی که رفتار پرخطر ندارند نشان داد در بین این دو گروه، در اغلب شاخص‌های منفی و مثبت سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، با افزایش احتمال اضطراب، افسردگی، خودپنداره منفی و افکار خودکشی همراه بوده است. بنابراین، به نظر می‌رسد ارتقای شاخص‌های مختلف سلامت روان در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان با رفتارهای پرخطر، باید از موارد ضروری انگاشته شود و در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار گیرد [۴۲].

هم‌سالان منبع تأثیرگذاری مهمی برای رفتار نوجوانان هستند. هم‌سالان می‌توانند رفتارهای پرخطر را از جمله مصرف مواد و خشونت ترویج کنند [۴۳]. مطالعه‌ای نشان داد یکی از برجسته‌ترین و ثابت‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای مصرف مشروبات الکلی تأثیر هم‌سالان است [۴۴]. از این رو، می‌توان آگاهی‌بخشی صحیح به

دختران در دوران بلوغ مشکلات بیشتری را در شناسایی و توصیف احساسات تجربه می‌کنند؛ این مسئله می‌تواند تأثیر بلوغ را در افسردگی و اضطراب توضیح دهد [۵۲]. عوامل مختلفی مانند فشار هم‌سالان، تغییرات در ظاهر بدن، افزایش مسئولیت‌های اجتماعی و انتظارات تحصیلی می‌توانند در افزایش اضطراب نقش داشته باشند. علاوه بر این، نوجوانانی که در این دوره حمایت اجتماعی کافی دریافت نمی‌کنند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دختران در دوران بلوغ نیاز شدیدی به حمایت‌های روانی و عاطفی دارند. آموزش صحیح درباره تغییرات بلوغ و ایجاد فضای گفت‌وگوی آزاد در خانواده می‌تواند در کاهش استرس و بهبود سلامت روانی دختران نوجوان مؤثر باشد [۵۳]. تغییرات فیزیکی، که در دوران بلوغ رخ می‌دهد، می‌توانند تأثیرات قابل توجهی بر خودپنداره و تصویر بدن دختران نوجوان داشته باشند. اضطراب‌های مربوط به این مسئله می‌تواند برای هر دو جنس فلج‌کننده باشد و آثار ناتوان‌کننده آن گاهی به مشکلات سلامت روان منجر می‌شود [۵۴].

مطالعه‌ای نشان داد دختران نوجوان در دوران بلوغ ممکن است به دلیل تغییرات جسمی، از بدن خود احساس نارضایتی داشته باشند و به زشت‌انگاری دچار شوند. همچنین، گزارش شد هم‌سالان و رسانه‌ها ممکن است بر ادراک دختران نوجوان تأثیر بگذارند. برطبق نتایج این مطالعه، برنامه‌هایی که ارتباط بین مادران و نوجوانان را درباره ادراک بدنی ترویج می‌کنند، ممکن است در نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامتی آن‌ها مفید واقع شود [۵۵]. در مطالعه‌ای کیفی با هدف تعیین مؤلفه‌های احساس تنهایی نوجوانان دختر براساس تجارب زیسته آنان روی سی نوجوان دختر با میانگین سنی شانزده سال انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده از دختران نوجوان، بیشتر از احساس تنهایی در محیط خانواده مثل احساس طردشدن، سرزنش شدن، شنیده‌نشدن و همچنین اعتمادداشتن خانواده به آنان رنج می‌برند. آن‌ها در ارتباطات و محیط اجتماعی، نیاز به همدم، همراه و حامی و هم‌صحبت دارند و در برقراری ارتباط با دیگران ناتوان بودند. به علاوه، از احساس اشتراک‌نداشتن با دیگران رنج می‌بردند و در جمع احساس تنهایی می‌کردند. به لحاظ هیجانی و فردی، احساساتی چون بی‌اعتمادی به دیگران، ناامیدی و تسلیم شدن در برابر تنهایی را تجربه می‌کردند و از ابراز احساسات خود ناتوان بودند. در نهایت، احساس تنهایی خانوادگی بخش مهمی از احساس تنهایی نوجوانان دختر را تشکیل داد. به منظور پیشگیری یا درمان احساس تنهایی نوجوانان دختر، لازم است در مداخلات درمانی و برنامه‌های آموزشی مادران، به این مؤلفه‌ها توجه بیشتری شود [۵۶].

دختران نوجوان در دوران بلوغ ممکن است به دلیل تغییرات جسمی و اجتماعی، احساس کاهش اعتمادبه‌نفس داشته باشند. این کاهش اعتمادبه‌نفس می‌تواند در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد [۵۷]. آموزش بهداشت متناسب با نیازهای آنان، با شیوه‌های نوین آموزشی و از طریق منابع موثق، اهمیت بسیاری دارد. برطبق پژوهش‌ها، مهم‌ترین و موثق‌ترین منبع آموزش

برای دختران نوجوان، مادران آن‌ها هستند. در مطالعه‌ای گزارش شد ارائه برنامه‌های آموزشی مدون به مادرانی که نوجوان در دوره بلوغ دارند، می‌تواند در افزایش عزت‌نفس دختران نوجوان نقش ارزنده‌ای داشته باشد [۵۸]. دختران در دوران بلوغ سطوح بالاتری از شرم، به‌ویژه شرم بدنی و رفتاری، احساس گناه و ناراحتی روانی را گزارش کرده‌اند. احساس شرم با عزت‌نفس کم، خصومت و پریشانی روانی همراه است [۵۹]. در مطالعه‌ای روی نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ سال با هدف بررسی میزان سازگاری در روابط نوجوانان با والدین، گزارش شد با افزایش احساس استقلال‌طلبی در نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ سال، تعارضات فزاینده‌ای در روابط آنان با والدین رخ می‌دهد و به‌نحوی از اختیارات والدین فاصله می‌گیرند. درحالی‌که نوجوانان ۱۶ تا ۲۰ ساله مفهوم استقلال را به‌درستی درک می‌کنند و روابط خود را با والدین بهبود می‌بخشند، با این حال، این موضوع فقط در برخی از نوجوانان دیده شده است [۶۰].

از دیگر نیازهای آموزشی مادران در مطالعه ما، آشنایی دختران نوجوان با جنس مقابل و وابستگی عاطفی به او و محدودبودن آگاهی مادران در رویارویی با این مسئله بود. مطالعه‌ای نشان داد نوجوانان پیامدهای رابطه با جنس مخالف را به اشکال مختلف مانند لذت عاطفی، وابستگی، مشکلات آموزشی، درگیری فضای ذهنی، تنوع‌طلبی، لذت جنسی، میل به تجرد، ترس از ازدواج و بازاندیشی تجربه می‌کنند. آن‌ها به تدریج به دلیل تجربه رابطه عاطفی، جنسی و کسب لذت حاصل از آن، به این رابطه و لذت ناشی از آن خو می‌گیرند، به طوری که به بودن با جنس مخالف وابسته می‌شوند [۶۱]. دختران نوجوان ممکن است احساسات جدیدی به جنس مخالف پیدا کنند که بخشی از فرایند طبیعی بلوغ جنسی است [۶۲]. تحقیقات نشان داده‌اند که در دوران بلوغ، دختران نوجوان ممکن است برای اولین بار وارد روابط جنسی شوند. این تجربه‌ها می‌تواند در سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر بگذارد [۶۳]. مطالعه‌ای کیفی روی بیست نفر از والدین، معلمان و متخصصان حوزه تربیت جنسی نشان داد لازم است والدین با نگاه واقع‌بینانه به مسائل جنسی نوجوانان، سواد تربیت جنسی را در خود را به‌روز کنند و با توجه به شرایط روحی و شخصیتی نوجوان، با این‌گونه مسائل برخورد درست و صحیح داشته باشند. آموزش جنسی در دوران بلوغ می‌تواند به بهبود خودآگاهی و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه درباره مسائل جنسی کمک کند.

تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش‌های جنسی می‌توانند به کاهش رفتارهای پرخطر مانند روابط جنسی بدون محافظت و بارداری‌های ناخواسته در میان نوجوانان منجر شوند. این آموزش‌ها با افزایش آگاهی و مهارت‌های تصمیم‌گیری، نوجوانان را قادر می‌سازند تا انتخاب‌های بهتری در روابط جنسی خود داشته باشند [۶۴]. ناآگاهی از مسائل جنسی می‌تواند به رفتارهای پرخطر، از جمله بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی، منجر شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که آموزش‌های جنسی می‌توانند به کاهش نرخ بارداری‌های نوجوانان کمک کنند [۶۵]. دسترسی به اطلاعات و

است که به نوجوانان کمک می‌کند تا با استرس و اضطراب خود کنار بیایند. خودمراقبتی ذهنی به معنای روش‌های روانی مانند مدیتیشن، ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تفکرات مثبت است که می‌تواند به دختران نوجوان در مقابله با مسائل روحی و روانی کمک کند. این روش‌ها به کاهش استرس و تقویت تاب‌آوری روانی آن‌ها کمک می‌کند. خودمراقبتی روانی برای حفظ سلامت جسمی ضروری است. دختران نوجوان با یادگیری چگونگی راه‌های مقابله با استرس، می‌توانند از مسائل جسمی ناشی از آن جلوگیری کنند. دختران نوجوان ممکن است در دوران بلوغ با استرس‌های مختلفی، از جمله فشار اجتماعی، مشکلات خانوادگی و تغییرات جسمی، روبه‌رو شوند. بنابراین، خودمراقبتی جسمی و روانی می‌تواند به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی کمک کند و از مشکلات جسمی برآمده از آن بکاهد [۷۵].

تاب‌آوری یا توانایی مقابله با چالش‌ها و بازگشت به وضعیت عادی بعد از مواجهه با مسائل، یکی از جنبه‌های مهم سلامت روان است. خودمراقبتی روانی می‌تواند به دختران نوجوان کمک کند تا تاب‌آوری خود را تقویت کنند و در مواجهه با مشکلات روحی مقاوم‌تر شوند. افزایش توان روحی می‌تواند آن‌ها را از مسائل جسمی ناشی از آن بیشتر مقاوم کند. حمایت اجتماعی خانواده می‌تواند به دختران نوجوان کمک کند تا احساسات خود را به اشتراک بگذارند و با مشکلات روحی و روانی خود مقابله کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شبکه‌های حمایتی به کاهش استرس و تقویت سلامت روانی نوجوانان کمک می‌کنند. مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی برنامه تقویت بنیان خانواده برای استفاده در والدین با نوجوانان در طی ۱۰ سال نشان داد این برنامه موجب بهبود کارکردها و توانایی‌های خانواده و کاهش مسائل روحی و جسمی نوجوانان شده است. بنابراین، آگاه‌سازی والدین در زمینه مقابله نوجوانان در برابر مسائل جسمی و روانی از جمله موارد ضروری به شمار می‌رود [۷۶].

یکی از محدودیت‌های این مطالعه وجود مشکل در هماهنگی برای انجام مصاحبه‌ها بود. برای برطرف کردن این مسئله، سعی شد پس از معرفی خود، با هماهنگ کردن زمان مناسب از نظر مصاحبه‌شونده و با در نظر گرفتن احساس راحتی و تمرکز بیشتر مشارکت‌کننده، مصاحبه انجام شود، تا تأثیر این محدودیت در تجزیه و تحلیل داده‌ها تا جای ممکن برداشته شود. محدودیت دیگر همانند دیگر پژوهش‌های کیفی، تعمیم‌پذیری جزئی آن است که درباره همه تحقیقات کیفی وجود دارد.

### نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های مطالعه ما، نیازهای آموزشی مادران در دوران رشد دختران نوجوان متکثر و چندبعدی است و در مسائلی مانند جامعه‌پذیری نوجوانان، مسائل جسمی، روحی، عاطفی، تربیت جنسی نوجوانان و خودمراقبتی روانی - جسمی و همچنین در زمینه اصلاح سبک زندگی آن‌ها مشهود است. نیازهای آموزشی مادران در زمینه بلوغ

خدمات بهداشتی از عوامل کلیدی در پیشگیری از بارداری نوجوانان است. مطالعات نشان می‌دهد که آموزش‌های جنسی می‌تواند به کاهش مشکلات روانی، مانند اضطراب و افسردگی مرتبط با مسائل جنسی، در میان نوجوانان کمک کنند. این آموزش‌ها با افزایش آگاهی و اعتمادبه‌نفس، نوجوانان را قادر می‌سازند تا با چالش‌های روانی مرتبط با بلوغ و مسائل جنسی بهتر کنار بیایند [۶۶]. تحقیقات تأکید می‌کنند که برنامه‌های آموزشی باید جامع و متناسب با سن نوجوانان و مسائل فرهنگی طراحی شوند، تا به درک صحیح و سالم از مسائل جنسی منجر شوند. این برنامه‌ها باید شامل اطلاعات دقیق، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حمایت‌های روانی باشند [۶۷].

بارداری‌های ناخواسته و مشکلات بهداشت جنسی و به‌دنبال آن‌ها سقط‌های غیرقانونی و بیماری‌های منتقل‌شونده جنسی نیز ممکن است در نوجوانان اتفاق بیفتد. لذا، به‌منظور کاهش بارداری‌های برنامه‌ریزی‌نشده در گروه سنی نوجوانان، مداخلات باید حول محور آموزش‌های پیشگیرانه، شامل آموزش سلامت، مشاوره‌های فردی و گروهی و آموزش والدین و همچنین آموزش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری باشد [۶۸]. والدین در آموزش مسائل جنسی و باروری به دختران نوجوان نقش مهمی دارند. حمایت خانواده در ارائه اطلاعات درست و مناسب می‌تواند از رفتارهای پرخطر جلوگیری کند و سلامت جنسی دختران را ارتقا دهد [۶۹]. مطالعه‌ای کیفی با هدف تربیت جنسی نوجوانان عوامل زمینه‌ساز آن با تأکید بر روابط میان فردی با والدین انجام شده است. نتایج به‌دست‌آمده شامل مقولاتی مانند آگاهی والدین از مسائل جنسی و آثار جسمی و روحی آن، ارائه رفتارهای مناسب در خانواده از سوی والدین، آگاهی و مسلط بودن والدین به برخی از مهارت‌های ارتباطی در جهت ارتباط بهتر با نوجوانان، آموزش والدین و اجتماعی کردن و انتقال درست هنجارها و ارزش‌های جنسیتی به فرزندان و وجود ارتباط عاطفی در خانواده بود [۷۰].

در مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین مفهوم خودمراقبتی روی ۵۲ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال، در نهایت یافته‌ها در پنج مضمون اصلی شامل تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، رعایت بهداشت، خواب و پرهیز از مصرف توتون، تنباکو و مواد مخدر و الکل خلاصه شد. تغییر سبک زندگی مؤلفه‌ای است که در دوران بلوغ تغییر می‌کند و لازم است تا آگاهی‌مداری نوجوانان درباره خطرهای آن انجام شود [۷۱].

در مطالعه ما، خودمراقبتی جسمی روانی، از جمله نیازهای آموزشی مادران دختران نوجوان، در یک طبقه اصلی تبلور یافت؛ زیرا مادران در این زمینه اطلاعات کافی نداشتند تا به دختران نوجوان درباره خودمراقبتی توضیح دهند. خودمراقبتی در دوران ماهیگیری بخش مهمی از مراقبت جسمی دختران نوجوان است و شامل استفاده از محصولات بهداشتی مناسب، آگاهی از تغییرات جسمی و هورمونی و مراقبت از سلامت روانی در دوران ماهیگیری می‌شود. توجه به این مسائل به دختران کمک می‌کند تا دوره ماهیگیری را با کمترین مسئله پشت سر بگذارند [۷۲-۷۴]. خودمراقبتی روانی شامل روش‌هایی

### تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

زینب دانش در جمع‌آوری نمونه‌ها و تهیه پیش‌نویس اولیه مقاله، سارا اسمعیل‌زاده در ویرایش کلی مقاله، محبوبه دارابی در کمک به تهیه پیش‌نویس اولیه مقاله و منصوره یزدخواستی در تمام مراحل تنظیم مقاله و ویرایش نهایی آن مشارکت فعال داشتند.

### ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه رعایت شده است. اخذ کد اخلاق (IR.ABZUMS.REC.1402.298) از دانشگاه علوم پزشکی البرز، حضور و خروج داوطلبانه در مطالعه، اخذ رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان و محرمانگی مشخصات شرکت‌کنندگان از جمله موارد ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه است.

### حمایت مالی

این مطالعه بدون سقف اعتباری و حمایت مالی انجام شده است.

دختران نوجوان پدیده‌ای است که تحت‌تأثیر متن اجتماعی، فرهنگی، سواد دانشی، شرایط فردی و مسائل مرتبط با سلامت، سلامت باروری یا بیماری قرار می‌گیرد. درک نیازهای واقعی مادران و به تناسب آن، طراحی روش‌های آموزشی مبتنی بر آن، می‌تواند توانمندی آن‌ها را در روند تربیت نسل نوجوان بهبود بخشد. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با شناخت واقعی نیازهای آموزشی مادران در دوره بلوغ دختران نوجوان مبتنی بر فرهنگ جامعه، می‌تواند به پرشدن شکاف‌های دانشی آن‌ها نیز بینجامد. از سوی دیگر، در جهت دستیابی به اهداف توسعه پایدار به دلیل وجود نقش دوگانه دختران نوجوان در سلامت جامعه و نسل‌های آتی، گام مؤثری برداشته خواهد شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است. از مشارکت‌کنندگانی که تجربه خود را در زمینه بهداشت بلوغ در اختیار ما قرار داده‌اند، سپاسگزاریم؛ زیرا بدون مشارکت آنان، انجام این مطالعه میسر نبود. همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز قدردانی می‌شود.

## REFERENCES

- Majdpour M, Parhizkar S, Mousavizadeh A, Shams M. Mothers' views about sexuality education to their adolescent girls; A qualitative study. *Toloobehdasht*. 2017;16(3):93-105. PMID: 28183332 DOI: 10.118/s12978-017-0291-8
- Tehrani MM, Pourabbasi A. Evaluating female adolescents' puberty challenges and comparing them with their mothers' concerns about puberty. 2019.
- Mazloomi Mahmoodabad S, Norouzi S, Norouzi A, Hajizadeh A, Zare A. Effect of health belief model in adopting prevention and control of health behaviors during puberty high school students in Ardakan City. *TB*. 2013;12(1):56-66. [Link]
- Morowati Sharifabadi M, Najafi S. Study of knowledge, attitude and practice of parents about psychological changes in puberty and its association with adolescent-parent relationship in the female students of seventh and third grade of secondary schools in the city of Zanjan. *TB*. 2017;15(5):69-80. [Link]
- Azizi M, Fathi R. The effect of puberty health education on 12-14 year-old girls' mental health and identity styles. *J Ilam Uni Med Sci*. 2017;25(1):159-68. DOI: 10.29252/sjimu.25.1.159
- Abedi R, Tol A, Majlessi F, Mahmoodi MM. Determining the effect of an educational intervention based on constructs of Health Belief Model on Promotion of Physical Puberty Health among student girls. *Razi Med J Sci*. 2015;22(137):84-94. [Link]
- Shirzadi S, Shojaeizadeh D, Taghdisi M, Hossein F, Doshmangir P. Determine the effect of group discussion as an educational method on promoting the knowledge of teen girls concerning puberty health who live in welfare boarding centers in Tehran. *TB*. 2013;12(1):178-88. [Link]
- Shakour M, Yamani N, Ehsanpou S, Alizadeh S. Reproductive health needs assessment of girl and boy teenagers. *Armaghane J*. 2016;21(8):816-29. [Link]
- Mohsenizadeh SM, Ebadinejad Z, Dashtgrad A, Moudi A. Effect of puberty health education on awareness health assessment and general health of females studying at junior high schools of Ghaen city. *Iran J Nurs Res*. 2017;12(2):27-36. [Link]
- Hoseini Z, Akbari Torkestani N, Majidi A, Moslemi A. The Effects of Problem-solving-based Puberty Group Counseling on Adolescent Girls' Health Concerns. *J Arak Uni MedSci*. 2021;24(4):470-81. DOI: 10.32598/jams.24.4.538.2
- Ataie Mv, Bassak Ns, Mehrabizadeh Hm, Ataie Mr, Ataie Ms. The Effect of Puberty Mental Health Training on Aggression and Fear of Body Image in Male Second Grade High School Students in Ahvaz. 2014;5(20):138-48. [Link]
- Kazemi Z. The effect of family variables on information rate of guidance school female students about maturity health. *J Fam Res*. 2012;8(31):319-35. [Link]
- Akoochakian E, Afkhami Aghda M. Study of Effects of Training Biological, Cognitive and Emotional Characteristics of Mothers on Improving Relations Between Parent-Child Adolescent Girls with Precocious Puberty. *TB*. 2018;17(2):70-83. [Link]
- Askarinejad F, Kian M, Mazloomi Mahmoodabad SS. Designing the puberty health curriculum for girl students of secondary education in Iran. *TB*. 2018;16(6):43-52. [Link]
- Mohammad Acs, Mirghafourvand M, Rahmani A, Seidi S, Safari E, Mahini M, et al. The effect of software on knowledge and performance of teenage girls toward puberty hygiene: a randomized controlled trial. *Iran J Med Educ*. 2014;14(2):110-21. [Link]
- Kalantary S, Ghana S, Sanagoo A, Jouybari L. Puberty and sex education to girls: experiences of Gorganians' mothers. *JHPM*. 2013;2(3):74-90. [Link]
- Simbar M, Alizadeh S, Hajifoghaha M, Golezar S. Review of Iranian adolescents' educational needs for sexual and reproductive health. *JIsfahan Med Sch*. 2017;34(412):1563-72. [Link]
- Agzamova M, Mamatkulova K. The Concept of Educational Need and Its Role in the Process of Professional Development of Directors of Preschool Education. *Herald pedagogiki Nauka i Praktika*. 2021;1(2).
- Kleinheksel A, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR. Demystifying content analysis. *Am J Pharm Educ*. 2020;84(1):7113. PMID: 32292185 DOI: 10.588/ajpe7113
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to

- achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;**24**(2):105-12. [PMID: 14769454](#) [DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001](#)
21. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. *Jossey-Bass*. 1981;.[[Link](#)]
  22. Dehghan M, Rasooli A. The role of parent-child conflict and attributional styles in prediction of social adjustment in adolescent girls. *Q J Health Breeze*. 2016;**4**(3):21-7.[[Link](#)]
  23. Ghorbani A, Jomenia SJ. The role of social factors [family, school, peer group] in socialization of students in Golestan province. *J Appl Sociol*. 2018;**29**(2):113-28. [DOI: 10.22108/jas.2018.100602.1013](#)
  24. Halimi L, Rabari ED, Majdzadeh R, Haghdoost A. Investigating the impact of the social network in the transfer of puberty information among adolescent students in Hamadan.*IRJE*. 2023;**18**(4)270-81. [[Link](#)]
  25. Akrami L, Malekpuor M, Faramarzi S, Abedi A. The Effect of Education Program for Mothers and Adolescents on Reducing Behavioral Problems and Increasing the Social Skills of Adolescent Girls during Puberty. *Clin Psychol Pers*. 2020;**17**(2):113-24. [DOI: 10.22070/cpap.2020.2912](#)
  26. Shali S, Abde-Molaei M. The Impact of Socialization Factors on Adolescents' Identity [Peers, School, and Mass Media].*QJFR*. 2015;**12**(2):117-36. [[Link](#)]
  27. Branje S. Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Deve Perspect*. 2018;**12**(3):171-6. [DOI: 10.1111/cdep.12278](#)
  28. Kelly AB, Mason WA, Chmelka MB, Herrenkohl TI, Kim MJ, Patton GC, et al. Depressed mood during early to middle adolescence: A bi-national longitudinal study of the unique impact of family conflict. *J Youth Adolesc*. 2016;**45**:1604-13. [PMID: 26861643](#) [DOI: 10.1007/s10964-016-0433-2](#)
  29. Nasiri M, Tefagh M, Maghsudi J, Hassan ZA. Comparative investigation of adolescents' communicational problems with parents from the points of view of these two groups. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2001;**3**(2)31-8.[[Link](#)]
  30. Moghimi A, Razaghi AM, Ebrahim B. Puberty in the school girls of Shahr-e-Ray. 2003.
  31. Brooks-Gunn J. Pubertal processes and girls' psychological adaptation. In: *Biological-Psychosocial Interactions in Early Adolescence*. *Routledge*.2021.[[Link](#)]
  32. Shim YS, Lee HS, Hwang JS. Genetic factors in precocious puberty. *Clin Exp Pediatr*. 2021;**65**(4):172. [PMID: 34665958](#) [DOI: 3345/cep.2021.00521](#)
  33. Hillard PJA. Menstruation in adolescents: what do we know? And what do we do with the information? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;**27**(6):309-19. [PMID: 25438706](#) [DOI: 10.1016/j.jpog.2013.12.001](#)
  34. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, Soliman NA, Elalaily R, El Kholly M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different countries. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2016;**87**(3):233. [PMID: 28112688](#)
  35. Davila J, Alderman EM. Heavy menstrual bleeding in adolescent girls. *Pediatr Ann*. 2020;**49**(4):e163-e9. [PMID: 32275760](#) [DOI: 10.3928/19382359-202003](#)
  36. Jarrahi R, Golmakani N, Mazlom SR. Comparison of small group-based education with maternal participation and routine education on adolescent girls' menstrual health behaviors, a clinical trial. *J Hayat*. 2020;**26**(1):15-27.[[Link](#)]
  37. Latronico AC, Brito VN, Carel J-C. Causes, diagnosis, and treatment of central precocious puberty. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;**4**(3):265-74. [PMID: 26852255](#) [DOI: 10.1016/s2213-8587\(15\)00380-0](#)
  38. Leone T, Brown LJ. Timing and determinants of age at menarche in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2020;**5**(12):e003689. [PMID: 33298469](#) [DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003689](#)
  39. Nazila N, Masoumeh Shaz, Mohammad Ali D. Investigating the educational needs of parents of female students in the field of adolescent health. 2014.
  40. Borraccino A, Lemma P, Berchiappa P, Cappello N, Inchley J, Dalmasso P, et al. Unhealthy food consumption in adolescence: role of sedentary behaviors and modifiers in 11-, 13- and 15-year-old Italians. *Eur J Public Health*. 2016;**26**(4):650-6. [PMID: 27085192](#) [DOI: 10.1093/eurpub/ckw056](#)
  41. Dias PJP, Domingos IP, Ferreira MG, Muraro AP, Sichieri R, Gonçalves-Silva RMV. Prevalence and factors associated with sedentary behavior in adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2014;**48**(2):266-74. [PMID: 24897048](#) [DOI: 10.1590/s0034-8910.2014048004635](#)
  42. Jazayeri A. The role of positive and negative mental health in adolescent's health risk behaviors. *S REFAHJ*. 2006;**5**(19):75-90. [[Link](#)]
  43. Banyard V, Waterman E, Edwards K, Valente TW. Adolescent peers and prevention: Network patterns of sexual violence attitudes and bystander actions. *J Interpers Violence*. 2022;**37**(13-14):NP12398-NP426. [PMID:33719678](#) [DOI: 10.1177/08862650521997448](#)
  44. Leung RK, Tombourou JW, Hemphill SA. The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychol Rev*. 2014;**8**(4):426-57. [PMID: 25211209](#) [DOI: 10.1080/17437199.2011.587961](#)
  45. Zimmerman MA, Stoddard SA, Eisman AB, Caldwell CH, Aiyer SM, Miller A. Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Dev Perspect*. 2013;**7**(4):215-20. [DOI: 10.1111/cdep.12042](#)
  46. Blakemore S-J. Adolescence and mental health. *Lancet*. 2019;**393**(10185):2030-1. [PMID: 31106741](#) [DOI: 10.1016/s0140-6736\(19\)31013-x](#)
  47. Angsukiattavorn S, Seeherunwong A, Panitrat R, Tipayamongkholgul M. Prevalence and distribution pattern of mood swings in Thai adolescents: a school-based survey in the central region of Thailand. *BMC Psychiatry*. 2020;**20**(1)-191. [PMID: 32349714](#) [DOI: 10.1186/s12888-020-02605-0](#)
  48. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. Explanatory style and achievement, depression, and gender differences in childhood and early adolescence. In: *Explanatory Style*. *Routledge*. 2014. [[Link](#)]
  49. Calvete E, Gámez-Guadix M, Orue I, González-Diez Z, de Arroyabe EL, Sampedro R, et al. Brief report: The Adolescent Child-to-Parent Aggression Questionnaire: An examination of aggressions against parents in Spanish adolescents. *J Adolesc*. 2013;**36**(6):1077-81. [PMID: 24215954](#) [DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.08.017](#)
  50. Glichin M. Tendency toward aggression in adolescents and the role of family. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2002;**6**(1):36-41.
  51. Larson R, Asmussen L. Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions. In: *Adolescent Stress*. *Routledge*.2017.[[Link](#)]
  52. Van Der Cruisjen R, Murphy J, Bird G. Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females. *PLoS One*. 2019;**14**(1):e0210519. [PMID: 30650139](#) [DOI: 10.1371/journal.pone.0210519](#)
  53. Mokari H, Khaleghparast S, Samani LN. Impact of puberty health education on anxiety of adolescents. *Int J Med Research Health Sci*. 2016;**5**(5):284-91. [[Link](#)]
  54. Rosenbaum M-B. The changing body image of the adolescent girl. In: *Female Adolescent Development*. *Routledge*. 2014.[[Link](#)]
  55. Pope M, Corona R, Belgrave FZ. Nobody's perfect: A qualitative examination of African American maternal caregivers' and their adolescent girls' perceptions of body image. *Body Image*. 2014;**11**(3):307-17. [PMID: 24958667](#) [DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.04.005](#)
  56. Mehrandish N, Salimi BH, Naeimi E. The Components of Loneliness of Teenage Girls Based on Their Lived Experiences. *J Couns Res*. 2019;**18**(70):4-34. [DOI: 10.29252/jcr.18.70.4](#)
  57. Erol RY, Orth U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 2011;**101**(3):607-19. [PMID: 21728448](#) [DOI: 10.1037/a0024299](#)
  58. Kheyrikhah M, Mokarie H, Neisani L, Hoseini F. The impact of puberty health education on self-concept of adolescents. *IJNR*. 2013;**8**(3):47-57.[[Link](#)]
  59. Velotti P, Garofalo C, Bottazzi F, Caretti V. Faces of shame: Implications for self-esteem, emotion regulation, aggression, and well-being.. *J Psychol*. 2017;**151**(2):171-84

- PMID: 27858531 DOI: 10.1080/00223980.2016.1248809
60. Hadiwijaya H, Klimstra TA, Vermunt JK, Branje SJ, Meeus WH. On the development of harmony, turbulence, and independence in parent-adolescent relationships: A five-wave longitudinal study. *J Youth Adolesc.* 2017;**46**(8):1772-88. PMID: 28044242 DOI: 10.1007/s10964-016-0627-7
  61. Mohammadi F, Mohammadi H. Qualitative study of consequences of relationship with opposite sex among youth (case study: Mashhad youth). *Soc Stud Res Iran.* 2017;**5**(4):641-62. DOI: 10.22059/jjsr.2017.60896
  62. Fortenberry JD. Puberty and adolescent sexuality. *Horm Behav.* 2013;**64**(2):280-7. PMID: 23998672 DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
  63. Baams L, Dubas JS, Overbeek G, Van Aken MA. Transitions in body and behavior: A meta-analytic study on the relationship between pubertal development and adolescent sexual behavior. *J Adolesc Health.* 2015;**56**(6):586-98. PMID: 25636818 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.11.019
  64. Tahmasebzadeh SD, Azimpour E, Imamzadeh A, Abbaszadeh M. Investigating the process of sex education for Iranian adolescents: a grounded theory study. *Curric Res.* 2022;**11**(2):126-53. [Link]
  65. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health.* 2018;**15**(1):15. PMID: 29374479 DOI: 10.1186/s12978-018-0460-4
  66. Obstfeld LS, Meyers AW. Adolescent sex education: a preventive mental health measure. *J Sch Health.* 1984;**54**(2):68-70. PMID: 6563314 DOI: 10.1111/j.1746-1561.1984.tb08768.x
  67. Nagpal AN, Fernandes C. Attitude of parents toward sex education. *Int J Indian Psychol.* 2015;**2**(4):38-43. DOI: 10.25215/0204.063
  68. Nik Khessa N, Nourizadeh R, Dastgiri S, Mehrabi E. Prevention strategies of unplanned pregnancies among adolescents: A systematic review. *Payesh.* 2018;**17**(4):443-53. [Link]
  69. Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to parents about adolescent sexuality. *Pediatr Clin North Am.* 2017;**64**(2):305. PMID: 28292447 DOI: 10.1016/j.pcl.2016.11.002
  70. Torbati S, Esmaeili T, Khosravi N. A qualitative study of adolescent sexual education and its underlying factors with emphasis on interpersonal relationships with parents (Case study: parents in Tehran). *Med J Mashhad Univ Med Sci.* 2020;**12**(45):77-104. DOI: 10.22038/mjms.2020.18375
  71. Zare E, Simbar M, Shahhoseini Z. Explaining the concept of self-care in adolescents. *J Qual Res Health Sci.* 2016;**5**(4):395-405. [Link]
  72. Torabati S, Esmaeili T, Khosravi N. Qualitative Study of Sexual Education for Adolescents and Its Contextual Factors with Emphasis on Interpersonal Relationships with Parents (case study: parents in Tehran). *Sociol Stud.* 2020;**12**(45):77-104. DOI: 10.22038/mjms.2020.18375
  73. Zare E, Simbar M, Shahhoseini Z. Explaining the concept of self-care in adolescents. *J Qual Res Health Sci.* 2016;**5**(4):395-405. [Link]
  74. Chandra-Mouli V, Patel SV. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low-and middle-income countries. *Reprod Health.* 2017;**14**(1):30. PMID: 28249610 DOI: 10.1186/s12978-017-0293-6
  75. Khaksar Azgandi A, Pakdaman M, Kurashiki H. The Effectiveness of Media Literacy Training in Adolescent Internet Addiction. *Pajouhan Sci J.* 2023;**21**(1):8-14. DOI: 10.61186/psj.21.1.8
  76. Mahdiyar M, Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C. The effectiveness of rational-emotional therapy and solution focused group therapy on social anxiety disorder in students of Shiraz University. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2019;**6**(3):118-128. DOI: 10.29252/shenakht.6.3.118