



## بررسی مقدماتی آموزش بلوغ در دختران نوجوان: یک پژوهش کیفی

دکتر منیره انوشه\*، دکتر شمس‌الدین نیک‌نامی\*\*، دکتر رضا توکلی\*\*\*، دکتر سقراط فقیه‌زاده\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش به منظور بررسی چگونگی آموزش بلوغ در دختران نوجوان انجام شده است.  
**روش:** در این پژوهش که یک پژوهش کیفی است، ۱۰ دختر نوجوان که علائم بلوغ در آنها ظاهر شده، دست‌کم سه بار عادت ماهیانه شده‌اند، با پدر و مادر خود زندگی و در حال حاضر در یکی از مدارس راهنمایی دخترانه شهر تهران تحصیل می‌کنند، ۱۰ مادر (مادران همسین دختران) و ۱۰ مربی بهداشت مدارس راهنمایی دخترانه که دست‌کم ۱۲ سال سابقه کار در زمینه بهداشت دختران نوجوان داشته‌اند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. برای گردآوری اطلاعات، مصاحبه غیرساختاری و برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که مادران و مربیان بهداشت در فرایند آموزش بلوغ، کوتاهی مادران و مربیان بهداشتی در آمادگی و آموزش بلوغ به دختران، نبود برنامه آموزش بلوغ، آگاهی اندک و درک و شناخت ناکافی دختران، مادران و مربیان از پدیده بلوغ به‌عنوان متغیرهای مهم شناخته شده، در این پژوهش، وجود شرم در دختران نوجوان، مادران و مربیان بهداشت و نیز ناآگاهی مادران و مربیان بهداشت از تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ و نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ مطرح شد که برای تعمیم یافته‌ها نیاز به بررسی‌های جامع‌تری وجود دارد.

:

\* دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی (نویسنده مسئول).  
E-mail: Anoooshehm@hotmail.com

\*\* دکترای آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس.

\*\*\* دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ... تهران، انتهای خیابان نیاوران، سه‌راه اقدسیه.

\*\*\*\* دکترای تخصصی آمار حیاتی، دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس.

خانواده به عنوان نخستین نهاد اجتماعی مهم‌ترین نقش را در آموزش و انتقال اطلاعات و رفتارهای بهداشتی به نوجوان دارد (جکسون<sup>۷</sup> و ساندرز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). گرچه هر یک از اعضای خانواده در آموزش مسائل بلوغ به نوجوانان نقش دارند، جایگاه مادر در این میان بارزتر از دیگران می‌باشد و بیشتر نوجوانان رفتارهای بهداشتی را از مادران خود فرا می‌گیرند (احمدی، ۱۳۷۱؛ اسکندری، ۱۳۷۷؛ فیروزان، ۱۳۸۰؛ باقرصاد، ۱۳۷۹). مدارس نیز در زمینه آموزش بلوغ به دختران در جایگاه دوم قرار می‌گیرند (آزرمی، ۱۳۶۸؛ قائمی، ۱۳۷۰). اما بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیشتر پدران، مادران، نوجوانان و مربیان از مسائل بهداشتی دوران بلوغ آگاهی ندارند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶). بررسی‌های یادشده، نگارندگان را بر آن داشت تا بررسی عمیق‌تری برای شناخت چگونگی و ساختار اصلی آموزش بلوغ در دختران انجام دهند.

این بررسی یک پژوهش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای است (پپ<sup>۹</sup> و میس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰) که به منظور بررسی چگونگی آموزش بلوغ در دختران نوجوان انجام شده است. پژوهش کیفی شیوه‌ای برای شناخت مفاهیم، پنداشت‌ها، درک یک موقعیت، توصیف کلی یک تجربه طولانی و رفتار انسانی می‌باشد. این شیوه مدت‌ها به‌عنوان یک روش اساسی در علوم اجتماعی و مردم‌شناسی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، آموزش و پرورش، پژوهش‌های تاریخی و فرهنگی و همچنین بررسی‌های آموزش بهداشت و خدمات بهداشتی به کار می‌رود.

بسیاری از دختران نوجوان بدون آموزش درباره قاعدگی، وقتی خود را در این مرحله از بلوغ می‌بینند دچار شگفتی می‌شوند. از سوی دیگر پسران نوجوانی که از آموزش ناکافی برخوردار بوده‌اند ممکن است به دلیل احتلام دچار افسردگی شوند (یونسکو<sup>۱</sup>، ۱۳۷۷). برای دختران و پسران نوجوان پرسش‌های زیادی در مورد تغییرات بدنی، کالبدشناسی، و کارکرد بخش‌های گوناگون دستگاه تناسلی، عادت ماهانه، بارداری، مسائل جنسی و واکنش‌های عاطفی و روانی پیش می‌آید، اما بی‌پاسخ می‌مانند (شومارکر<sup>۲</sup> و لانوزا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). مسائل دوران بلوغ و چگونگی گذر از این دوران در هر دو جنس بسیار مهم است، لیکن توجه به بهداشت دختران در دوران بلوغ از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد، چرا که دختران نوجوان افزون بر گذر از دوران حساس بلوغ از لحاظ جنسیت خود (زن‌بودن) و مسئولیت مورد انتظار جامعه دارای شرایط ویژه‌ای می‌باشند. دختران امروز، مادران فردا هستند و در زمینه وضعیت بهداشت خود و جامعه نقش کلیدی ایفا می‌نمایند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲). در جامعه ما به دلایل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی، بیشتر نوجوانان به‌ویژه دختران به اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ دسترسی ندارند و چه بسا به دلیل کسب این اطلاعات از منابع ناآگاه و نامطمئن در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جدی بدنی و روانی می‌شوند (ملک‌افضلی، زارع و جندقی، ۱۳۷۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند دخترانی که به‌طور غافل‌گیرانه با بلوغ روبه‌رو شده‌اند و از پیش هیچ‌گونه آگاهی در این باره به آن‌ها داده نشده است به انواع مشکلات عاطفی چون احساس گناه شدید، احساس کثیف‌بودن، گرایش‌های وسواسی و حتی افکار خودکشی دچار شده‌اند (بیابانگرد، ۱۳۷۶). باور عمومی بر آن است که هم خانواده و هم مدرسه باید در آموزش بلوغ نقش داشته باشند (کیومنگ<sup>۵</sup>، کیومنگ و کایرن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱).

1- UNESCO

2- Schumarker

3- Lanuza

4- World Health Organization

5- Cumming

6- Kieren

7- Jackson

8- Saunders

9- Pope

10- Mays

نظریه زمینه‌ای، یکی از رایج‌ترین شیوه‌های پژوهش کیفی است که در بررسی‌های بهداشتی کارآیی زیادی دارد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹) و در بررسی حاضر به کار رفته است (استرابرت<sup>۱</sup> و کارپنتر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). در بررسی‌های کیفی انتخاب نمونه مبتنی بر هدف است و حجم آن معمولاً کوچک می‌باشد و نمی‌توان آن را نمونه‌ای از جامعه بزرگ دانست (استرابرت و کارپنتر، ۱۹۹۹). جامعه پژوهش حاضر را افراد یا گروه‌هایی تشکیل داده‌اند که مستقیم یا غیرمستقیم پدیده را تجربه کرده یا می‌نمایند و یا افرادی که غیرمستقیم در آموزش و آسایش دختران شرکت داشته‌اند (مانند مادران و مربیان بهداشت مدارس). برای نمونه‌گیری نخست، از هر گروه (دختر نوجوان، مادر، مربی بهداشت) یک نفر انتخاب و داده‌ها گردآوری شد. همزمان نیز تحلیل داده‌ها آغاز گردید و هنگامی که شمار نمونه‌ها به ۳۰ نفر رسید اشباع اطلاعات حاصل شد به این معنی که ادامه مصاحبه و گردآوری اطلاعات، داده‌ها و کدهای جدید درخور توجهی را به دنبال نداشت (محمدی، ۱۳۸۰). ۱۰ دختر نوجوان، ۱۰ مادر و ۱۰ مربی بهداشت به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. این افراد به طور داوطلب و با رضایت خود در این پژوهش شرکت نمودند. سن دانش‌آموزان مورد بررسی بین ۱۳ تا ۱۵ سال بود که دست‌کم سه مرتبه عادت ماهیانه شده و همچنین می‌بایست در زمان اجرای پژوهش با پدر و مادر خود زندگی نموده و در یکی از مدارس راهنمایی شهر تهران مشغول به تحصیل باشند. مادران مورد بررسی، از بین مادران همسین دختران نوجوان انتخاب شدند. نمونه‌های مربی از میان مربیان بهداشتی برگزیده شدند که دارای فوق دیپلم بهداشت مدارس بوده و دست‌کم ۱۲ سال در مدارس راهنمایی دخترانه به عنوان مسئول بهداشت مدرسه کار کرده بودند. برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه غیرساختاری<sup>۳</sup> به کار برده شد.

پرسش‌ها در مصاحبه عبارت بودند از: الف) باورها، ارزش‌ها، نگرش‌ها، آگاهی‌ها، تجارب و احساسات

پیرامون بلوغ، ب) اجزاء و شیوه‌های آموزش بلوغ در دختران نوجوان، ج) مسائل و مشکلات موجود در آموزش دختران و د) انتظارات و راه‌حل‌های پیشنهادی برای آموزش بلوغ به دختران. زمان و محل مصاحبه توسط افراد مورد بررسی تعیین شد (کلاس خالی، کتابخانه، نمازخانه و اطاق بهداشت مدرسه، محل کار مادر و یا پژوهشگر). تمام مصاحبه‌ها با رضایت افراد روی نوار صوتی ضبط شد و مدت آنها در مجموع ۸۱۰ دقیقه (برای هر نمونه به طور متوسط ۲۵ تا ۳۰ دقیقه) بود. سپس متن کامل مصاحبه (کلمه به کلمه) همراه با یادداشت‌هایی از واکنش آزمودنی‌ها در حین مصاحبه، پیاده و نسخه‌برداری شد. پیاده‌کردن هر مصاحبه به طور متوسط ۱۴-۱۲ ساعت به طول انجامید. داده‌ها براساس تجزیه و تحلیل روش نظریه زمینه‌ای کدگذاری و دسته‌بندی گردید و هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها، در صورت نیاز به رفع ابهامات بعضی از داده‌ها و همچنین برای تکمیل اطلاعات، مصاحبه تکرار شد. به بیان دیگر، برای تحلیل داده‌ها روش مقایسه پیوسته<sup>۳</sup> به کار برده شده است (استرابرت و کارپنتر، ۱۹۹۹). تمام مصاحبه‌ها نسخه‌برداری و کدگذاری شده و توسط سه نفر از صاحب‌نظران بررسی و تأیید شد. در مرحله اول مفهوم‌سازی ۱۲۴ داده کدگذاری شده به دست آمد و در مراحل دوم و سوم مفهوم‌سازی، این ۱۲۴ داده در ۱۲ مفهوم با ۳ عنوان کلی خلاصه گردید. سپس در مرحله تکمیل مفهوم، مفاهیم و متغیرهای اساسی در فرآیند آموزش بلوغ مشخص و با یافته‌های بررسی‌های گذشته، پیرامون موضوع تحقیق، مقایسه و تحلیل شدند و متغیر اصلی تعریف و تعیین گردید.

براساس تحلیل داده‌های به دست آمده چهار متغیر اساسی مشخص شد که عبارتند از:

1- Straubert                      2- Carpenter  
3- unstructured interview  
3- constant comparative analysis

۱- وجود شرم و خجالت در بین دختران، مادران و مربیان بهداشتی در فرآیند آموزش بلوغ. کلیه نمونه‌ها به مسأله وجود "شرم و خجالت" در بین دختران، مادران و مربیان در دوران بلوغ اشاره داشته‌اند. هنگامی که تغییرات جسمی در دختران رخ می‌دهد، شرم و خجالت در دختران نوجوان آغاز می‌شود، خود مادران و مربیان بهداشتی نیز چون این احساس را تجربه کرده‌اند در هنگام آموزش، این احساس بر آن‌ها چیره شده و نمی‌توانند اطلاعات و آموزش‌های لازم را به دختران ارائه دهند و همچنین مادران و مربیان بهداشتی برای رعایت احساس دختران (شرم و خجالت) از بازگ کردن مسائل بلوغ خودداری می‌کنند.

۲- کوتاهی مادران و مربیان بهداشت مدرسه در آمادگی و آموزش دختران از نظر بلوغ. متغیر دیگری که در هنگام مصاحبه‌ها و گردآوری داده‌ها مورد تأکید نمونه‌های پژوهش قرار داشت، کوتاهی مادران و مربیان در آمادگی و آموزش دختران بود که رابطه تنگاتنگی با متغیر پیشین یعنی شرم و خجالت دارد. همه افراد مورد بررسی باور داشتند که مادران و مربیان بهداشت مسئول آمادگی و آموزش دختران هستند ولی از کوتاهی و بی‌توجهی آن‌ها شکایت داشتند. همچنین خود مادران و مربیان به کوتاهی خود باور داشتند.

۳- نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ. همه مربیان بر این باور بودند که ما در سطح کشور برنامه آموزش فراگیر نداریم که براساس آن آموزش دهیم و حتی به وسایل کمک آموزشی نوشتاری و غیرنوشتاری دسترسی نداریم. این مربیان از نداشتن فرصت آموزش و یا کلاس جداگانه و مشخصی برای آموزش در این زمینه ناراحت بودند.

۴- کم‌اطلاعی و درک و شناخت ناکافی دختران، مادران و مربیان بهداشت از پدیده بلوغ. پاسخ نمونه‌های پژوهش در مورد پدیده بلوغ و مسائل آن

نشان داد که آن‌ها شناخت کافی از موضوع مورد بحث ندارند، حتی نمی‌توانستند به خوبی بلوغ را تعریف کنند و از مسائل و نکات بهداشتی این دوران آگاهی کافی نداشتند. بیشتر توضیحات آن‌ها درست نبود و تنها در مورد بروز نشانه‌های بلوغ که به تجربه دریافته بودند، اظهارات درستی داشتند.

همان‌گونه که بیان شد کوتاهی مادران و مربیان بهداشتی در آمادگی و آموزش دختران یکی از متغیرهایی است که مورد توجه پژوهش حاضر قرار گرفته است. پژوهش‌های گذشته (سهرابی، ۱۳۷۷؛ اسکندری، ۱۳۷۷) نیز غفلت و ناتوانی مادران را در آمادگی، حمایت و انتقال اطلاعات به دختران گزارش نموده‌اند. اما تا به حال در مورد نقش مدارس و مربیان بهداشتی در این زمینه، پژوهشی انجام نشده است.

نبود برنامه مناسب آموزش بلوغ که نمونه‌های پژوهش مورد تأکید قرار داده بودند، ممکن است بیانگر این باشد که افراد جامعه ما به ویژه نوجوانان از برنامه مدون و مناسبی در زمینه آموزش بلوغ برخوردار نیستند (ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۷۷).

کم آگاهی و شناخت ناکافی دختران، مادران و مربیان بهداشت مدارس از پدیده بلوغ و مسائل مربوطه، یکی از یافته‌های مهم این بررسی بوده است. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده این یافته را تأیید می‌کنند (همان‌جا، فیروزان، ۱۳۸۰؛ باقرصاد، ۱۳۷۹؛ محمدی، ۱۳۷۱؛ سهرابی، ۱۳۷۷).

با توجه به یافته‌های این بررسی و یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده در سطح کشور، به نظر می‌رسد بیشتر نوجوانان به ویژه دختران از اطلاعات درست و مناسب در ارتباط با تغییرات بدنی و روانی دوران بلوغ برخوردار نیستند (ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۷۷).

بررسی‌های انجام‌شده در کشور، مهم‌ترین علت‌های این محرومیت را ناآگاهی و شناخت ناکافی مادران از

پدیده بلوغ (کریمی، رحیمی نیا و کمالی، ۱۳۷۷؛ سهرابی، ۱۳۷۷) و کوتاهی آن‌ها در آمادگی و آموزش دختران گزارش کرده‌اند (اسکندری، ۱۳۷۷). در این بررسی‌ها علت ناآگاهی و بی‌توجهی مادران ارزیابی نشده است. آموزش در زمینه چگونگی رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ توسط خانواده، مدرسه و آموزش‌های همگانی صورت می‌گیرد (اسکندری، ۱۳۷۷) و مسئولیت آموزش در زمینه سلامتی و بهداشت دوران بلوغ دختران بر عهده مادر و مدارس می‌باشد (آلنسون، ۱۳۷۰). از این رو در پژوهش حاضر سه عنصر یادشده، یعنی دختران، مادران و مربیان بهداشت مدارس، مورد بررسی قرار گرفتند.

در این بررسی شرم و خجالت به‌عنوان مهم‌ترین عامل مؤثر در فرآیند آموزش بلوغ به دختران شناخته شد. دختران از هنگام بروز نشانه‌های بلوغ، احساس شرم و خجالت می‌کنند و زنان در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون از آن به‌عنوان مهم‌ترین واکنش در دوران بلوغ خود به‌ویژه در نخستین عادت ماهیانه یاد می‌کنند و این واکنش روانی عاطفی را مهم‌ترین خاطره و تجربه از دوران نوجوانی خود می‌دانند (لی<sup>۱</sup> و سسرکون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶).

شیوه‌هایی که افراد در ارتباط با شرم و خجالت ناشی از بروز نشانه‌های بلوغ به کار می‌گیرند، عبارت از دوری کردن از بحث پیرامون بلوغ، خندیدن و طفره رفتن و بالاخره کنار آمدن با موقعیت‌های خجالت می‌باشد (فلامنگ<sup>۳</sup> و مورس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱). در بررسی حاضر شیوه پرهیز از بحث پیرامون بلوغ و بی‌توجهی نسبت به آن بیشتر گزارش شده است و این امر می‌تواند سبب عدم پیشرفت در زمینه تدوین و اجرای برنامه مناسب آموزش بلوغ شود. برای ارائه آگاهی و اطلاعات به نوجوان، افزون بر عواملی چون زمان، محتوا و شیوه آموزش، به شرایط نوجوان نیز باید توجه کرد (مک‌گروری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵). شرم و خجالت یکی از این شرایط است (کاف<sup>۶</sup> و ریردان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵).

پژوهشگران نظریه پیشنهادی خود را که لازم است در بررسی‌های آینده مورد ارزیابی قرار گیرد بدین ترتیب بیان می‌کنند: در صورتی که شرم و خجالت موجود در بین دختران، مادران و مربیان، تبیین و توجیه شود، باعث (۱) تدوین و اجرای آموزش مناسب بلوغ، (۲) تشویق مادران و مربیان برای آمادگی و آموزش دختران (۳) افزایش آگاهی و شناخت دختران، مادران و مربیان از پدیده بلوغ و از این رو سبب ارتقای بهداشت دختران نوجوان خواهد شد.

در این بررسی با بهره‌گیری از مهارت‌های مختلف برقراری ارتباط و تلاش برای ایجاد محیط صمیمی و راحت برای پاسخگویان، در پاره‌ای موارد، شرم و حیا موجب خودداری از ارائه پاسخ کامل به برخی پرسش‌ها گردید. البته در این موارد برای گرفتن پاسخ پافشاری نمی‌شد، از این رو نبود کنترل این عامل را به‌عنوان محدودیت جدی این پژوهش می‌دانیم. محدودیت تعمیم یافته‌ها به دلیل روش کیفی مطالعه نکته مهم دیگر قابل بیان در این مطالعه است.

آزرمی، یدا... (۱۳۶۸). *برنامه‌ریزی محتوای بهداشتی برای دوره راهنمایی تحصیلی نظام آموزش و پرورش*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس (ص ۳).

آلنسون، ویلیام (۱۳۷۰). *روانشناسی بلوغ و تربیت جنسی کودکان و نوجوانان*، ترجمه فضل‌الله شاملویی پور و پروین قائمی. تهران: انتشارات حسام (ص ۱۹۵).

احمدی، احمد (۱۳۷۱). *روانشناسی نوجوانان و جوانان*، تهران: انتشارات مشعل (صص ۲۰۹-۱۲۸).

اسکندری، منیژه (۱۳۷۷). *بررسی تأثیر مشاوره با مادران بر رفتارهای بهداشتی دختران در دوران قاعدگی در مدارس راهنمایی دختران*

1- Lee  
2- Sasser-Coen  
3- Flaming  
4- Morse  
5- McGrory  
6- Koff  
7- Rierdan

ملک افصلی، حسین؛ زارع، محمد؛ جندقی، جعفر (۱۳۷۷). تعیین نیازهای آموزشی دختران سمنانی در ارتباط با بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی مناسب برای تأمین آن. *بهداشت خانواده*، سال سوم، شماره ۹ (صص ۱۱-۳).

نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۷۶). نوجوانی و ضرورت آموزش بهداشت روانی و جنسی در سازگاری بلوغ جنسی. *ماهنامه پیوند*، شماره ۲۲۱ (صص ۴۱-۳۴).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۶). *بهداشت نوجوانان: راهنمای والدین و مربیان*، چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت بهداشتی، اداره کل بهداشت خانواده، (صص پیشگفتار).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹). *مقالات تحقیقی کیفی ۸-۵*، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل آموزش جامعه پزشکی، (صص ۱۱).

یونسکو، دفتر مرکزی منطقه‌ای در آسیا و اقیانوسیه - بانکوک (۱۳۷۷). *راهنمای آموزش نوجوانان*، ترجمه دکتر ناصر کلانتری و مهتاب علیزاده. تهران: نشر و تبلیغ بشری (صص ۵).

Cumming, D.C., Cumming, C.E., & Kieren, D.K. (1991). Menstrual mythology and sources of information about menstruation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 164, 427-476.

Flaming, D., & Morse, J.M. (1991). Minimizing embarrassment: boy's experiences of pubertal changes. *Issues of Comparative Pediatric Nursing*, 14, 211-230.

Jackson, D., & Saunders, R. (1993). *Child Health Nursing*, Philadelphia: Lippincott Co.

Koff, E., & Rierdan, J. (1995). Preparing girls for menstruation; recommendation from adolescent girls. *Adolescence*, 30, 798-811.

Lee, J., & Sasser-Coen, J. (1996). Memories of menarche: Older women remember their first period. *Journal of Aging Studies*, 10, 83-102.

شهر ارسنجان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۵۲-۵۱).

باقرصاد، فاطمه (۱۳۷۹). *بررسی نیازهای آموزش بهداشت بلوغ جسمی دختران جهت تدوین برنامه آموزش مناسب با آن، در مدارس راهنمایی منطقه ۶ تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۷).

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۶). *روانشناسی نوجوانان*، تهران: نشر فرهنگ اسلام (صص ۵۴-۵۳).

سهرابی، ثریا (۱۳۷۷). بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی دختران دانش‌آموز در دوران بلوغ (شهرکرد، ۱۳۷۶). *بهداشت جهان*، سال سیزدهم، شماره اول (صص ۴۹-۳۸).

فلاحی خشک‌ناب، مسعود (۱۳۸۰). *طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری توانبخشی چندبعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک*، پایان‌نامه دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۱۳۹).

فیروزان، آریتا (۱۳۸۰). *بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان در دوران عادت ماهیانه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۱۷۹-۷۲).

قائمی، علی (۱۳۷۰). *مجموعه بحث‌ها در زمینه شناخت، هدایت و تربیت نوجوانان و جوانان*، چاپ نهم، تهران: انتشارات امیری (صص ۴۸-۴۲).

کریمی، افتخار؛ رحیمی‌نیا، معصومه؛ کمالی، پرویز (۱۳۷۷). بررسی نگرش مادران نسبت به آموزش بلوغ دختران دوره راهنمایی در شهر تهران. *فصلنامه پرستاری و مامایی*، سال پنجم، شماره ۱۸ و ۱۹ (صص ۸۳-۸۰).

محمدی، خدیجه (۱۳۷۱). *بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دختران سال چهارم دبیرستان‌های شهر تهران درباره بهداشت دوران قاعدگی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۴۸).

محمدی، عیسی (۱۳۸۰). *طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت مشارکتی برای کنترل فشارخون بالا*، پایان‌نامه دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (صص ۲۰).

McGrory,A.(1995). Education for menarche. *Pediatric Nursing*,21,439-443.

Pope,C., & Mays,N.(2000). *Qualitative Research in health care*. London: British Medical Books.

Schumarker,R.,&Lanuza,R.(1998).*Sex Education: In too late?* Baltimore:University of Maryland. (p.p.

3-5).

Straubert,H.,&Carpenter,D.(1999).*Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott, (p.106).

World Health Organization. (1992). *Women health across age and frontier*. Geneva:WHO, (p.25).