

Effect of Group Training of Personal Hygiene during Puberty to Mothers on Parent-Child Conflicts and Controlling Over the Emotions of Their Female Adolescents

Anahita Khodabakhshi-Koolaei (PhD)¹, Shahrzad Barghei Khameneh (MSc)², Marjan Mojarab (MSc)³, Mahnaz Khatiban (PhD)^{4,*}

¹ Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

² Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

³ Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

⁴ Mother & Child Care Research Center, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding Author:** Mahnaz Khatiban, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Mahnaz.khatiban@gmail.com

Abstract

Received: 14/07/2017

Accepted: 11/09/2017

How to Cite this Article:

Khodabakhshi-Koolaei A, Barghei Khameneh S, Mojarab M, Khatiban M. Effect of Group Training of Personal Hygiene during Puberty to Mothers on Parent-Child Conflicts and Controlling Over the Emotions of Their Female Adolescents. *J Educ Community Health*. 2017; 4(2): 35-43. DOI: 10.21859/jech.4.2.35

Background and Objective: Puberty and adolescence is an important phase of human growth. Puberty leads to a set of physiological, social, and psychological changes in adolescents, which affect different dimensions of their life including parent-child relationship and the control of adolescents' emotions. This study aimed to determine the impact of group training of personal hygiene during puberty to mothers on parent-child conflicts and controlling over the emotions of the first high school course female students.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group. The study population included 30 mothers of female students of the seventh grade in Tehran, Iran in 2016. The participants were selected through cluster sampling method and randomly assigned to two groups of control and intervention. The subjects in the intervention group were trained about personal hygiene during puberty during 12 90-minute sessions. Data were collected using demographic form, conflict to parents' questionnaire, and Emotional Control Scale that were completed by mothers and daughters at pre- and post-intervention phases. Data analysis was performed using analysis of variance by the help of the SPSS software, version 16.

Results: According to the results, there was a significant difference between two groups in terms of the mean score of child-parent conflicts and all of their subscales at the post intervention phase ($P < 0.05$). In addition, after the intervention, there was a significant difference between two groups considering the mean score of emotional control and this subscales ($P < 0.05$).

Conclusion: Regarding the results, appropriate knowledge and awareness about puberty can be helpful for mothers to prevent child-parent conflicts and control their adolescents' emotions.

Keywords: Emotion; Puberty; Parent-child Relationship

اثربخشی آموزش گروهی بهداشت بلوغ به مادران بر تعارضات والد- فرزند مادران و کنترل هیجانات دختران نوجوان آنها

آناهیتا خدابخشی کولایی^۱، شهرزاد برقی خامنه^۲، مرجان مجرب^۳، مهناز خطیبان^{۴*}

^۱ دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
^۴ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: مهناز خطیبان، پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
 ایمیل: mahnaz.khatiban@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: نوجوانی و بلوغ مرحله مهمی از رشد انسان است. بلوغ باعث تغییرات فیزیولوژیکی، اجتماعی و روان‌شناختی در نوجوانان می‌شود و این تغییرات بر ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله روابط والد- فرزند و کنترل عواطف نوجوانان تأثیر می‌گذارد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی بهداشت بلوغ به مادران بر تعارضات والد- فرزند و کنترل هیجانات نوجوانان دختر انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران دانش‌آموزان دختر پایه هفتم منطقه ۱۴ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. بدین‌منظور ۳۰ مادر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بر حسب مناطق ۲۰ گانه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم گردیدند. آموزش گروهی بهداشت بلوغ طی ۱۲ جلسه هفتگی و در مدت یک ساعت و نیم انجام شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل: پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه تعارض با والدین (Conflict to Parents) و مقیاس کنترل عواطف بود که قبل و بعد از مداخله آموزشی تکمیل گردید. شایان ذکر است که داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات تعارض والد- فرزند و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین نمرات میانگین کنترل عواطف و کل خرده‌مقیاس‌های آن در دختران آن‌ها پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل کاهش نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: داشتن دانش و آگاهی‌های لازم در مورد بلوغ برای مادران و دختران نوجوان آن‌ها مفید می‌باشد و مانع بروز تعارض بین والدین با فرزندان و نیز کنترل عواطف در نوجوانان دختر می‌شود.

واژگان کلیدی: بلوغ، روابط والد- فرزند، هیجان

مقدمه

انسان آغاز می‌شود، مدتی طول می‌کشد و با انتظارات، رفتارها و نگرش‌های خاصی از سوی فرد، خانواده، دوستان، مدرسه، اجتماع، مسئولیت‌ها و تلاش در جهت کسب نقش‌های عاطفی و اجتماعی جدید همراه می‌باشد [۳]. باید توجه داشت که نوجوان برای مدیریت تکالیف زندگی مستقل و ایجاد جهت‌گیری جدید برای آینده به‌عنوان بزرگسال مستقل و مولد در تلاش می‌باشد

نوجوانی یکی از مهم‌ترین و پرارزش‌ترین دوران زندگی هر فرد محسوب می‌شود؛ زیرا سرآغاز دگرگونی‌های جسمی و روانی است [۱]. براساس آمارهای ارائه‌شده از سوی مرکز آمار ایران بیش از ۲۰ درصد از تعداد کل جمعیت کشور را نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ سال تشکیل می‌دهند [۲]. دوره نوجوانی با بروز تغییرات زیستی، بدنی و اجتماعی همراه است که از اوایل دهه دوم زندگی

موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آن‌ها را به روز کرده و یا کنترل نماید [۲۰]. در واقع کنترل هیجان موجب می‌شود که افراد واقع‌بین، نیک‌اندیش و درست‌کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در زمینه پیشرفت جامعه به شمار آیند [۲۱].

تاکنون پژوهش‌های مختلفی در رابطه با بهداشت بلوغ صورت گرفته است. با توجه به اینکه مطالعات پیشین به بررسی اثربخشی آموزش بهداشت بلوغ بر کاهش تعارضات والد-فرزندی مادران و کنترل عواطف در دختران نوجوان آن‌ها نپرداخته‌اند، ضرورت انجام این پژوهش بیشتر آشکار می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر بر آن است تا به پرسش اساسی پژوهش مبنی بر اینکه آیا آموزش گروهی بهداشت بلوغ بر کاهش تعارضات والد-فرزندی و کنترل عواطف دختران نوجوان آن‌ها تأثیر دارد پاسخ دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای دختر نوجوان پایه هفتم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا از میان مناطق ۱۹ گانه آموزشی تهران منطقه ۱۴ انتخاب گردید. سپس از بین دبیرستان‌های دوره اول متوسطه این منطقه، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. در مدرسه منتخب مادران ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان کلاس‌های پایه هفتم برای بررسی اولیه انتخاب شدند و در ادامه پرسش‌نامه تعارضات والد-فرزندی توسط مادران و پرسش‌نامه کنترل عواطف از سوی دختران آن‌ها تکمیل گردید. در نهایت ۳۰ مادر که دارای بالاترین نمره تعارضات والد-فرزندی بودند و دختران نوجوان آن‌ها پایین‌ترین نمره کنترل عواطف را کسب نموده بودند انتخاب شدند. سپس مادران به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل سواد دیپلم برای مادران به‌منظور پاسخ‌گویی مستقلانه به پرسش‌نامه‌ها، کسب نمره پایین در پرسش‌نامه تعارضات والد-فرزندی و به‌دست آوردن نمرات پایین در کنترل عواطف از سوی دختران آن‌ها بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه در جلسات آموزشی بهداشت بلوغ و شرکت همزمان در برنامه‌های آموزشی و ارتقای سلامت پیرامون مسائل روان‌شناختی و جسمانی بلوغ.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش دربرگیرنده پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه تعارضات با والدین و پرسش‌نامه کنترل عواطف بود که مشخصات جمعیت‌شناختی سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل را شامل می‌شد. پرسش‌نامه تعارضات با والدین توسط Moreland و Schobel در سال ۱۹۸۳ با هدف سنجیدن کیفیت روابط والد-فرزند ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار ۱۵ سؤالی می‌باشد که سه تاکتیک حل تعارض یعنی استدلال (۵ سؤال)، پرخاشگری

[۴]. مهم‌ترین تغییر و تحول نوجوانی بلوغ است که در حقیقت نقطه عطف و دوره بحرانی انتقال از کودکی به بزرگسالی و مرحله‌ای از رشد و نمو می‌باشد [۵]. از آنجایی که علائم بلوغ یکی پس از دیگری ظاهر می‌شوند ممکن است با کمبود آگاهی در مورد این دوران سبب سردرگمی و بروز مشکلات متعددی برای نوجوانان شوند [۶]؛ در نتیجه ناآگاهی در مورد تغییرات بلوغ می‌تواند سرچشمه استرس و اضطراب نقش‌های روانی باشد [۷]. در بسیاری از کشورهای آفریقایی سطح دانش و آگاهی دختران در ارتباط با دوران بلوغ پایین گزارش شده است [۸]؛ به‌عنوان مثال در پژوهشی در تونس نشان داده شد که بیشتر دختران در مورد بلوغ و پیامدهای آن آگاهی ندارند و از سطح سلامت عمومی پایینی برخوردار هستند [۹]. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز بیانگر آن می‌باشند که سطح آگاهی دختران درباره بلوغ و رفتارهای صحیح بهداشتی آن‌ها نسبت به این پدیده بسیار پایین‌تر از حد انتظار است که این امر می‌تواند حاصل عدم انتقال اطلاعات صحیح از والدین به دختران باشد که این خود از ضعف آگاهی، پایین بودن سطح تحصیلات و عدم وجود ارتباط صحیح و نزدیک بین والدین و نوجوان ناشی می‌شود [۱۰]. در مقابل طیف وسیع تغییرات بلوغ و ناآگاهی‌های مربوط به آن، کسب راه‌کارهای مناسب سازگاری برای نوجوان بسیار حائز اهمیت می‌باشد و کمبود در این زمینه پیامدهای زیان‌باری از جمله نابه‌هنجاری‌ها، مشکلات شخصیتی و عاطفی، اختلالات رفتاری و تعارضات را به دنبال خواهد داشت [۱۱]. از سوی دیگر این دوره با شکل‌گیری هویت، افزایش خودمختاری، استقلال و قرارگرفتن در معرض محیط و رفتارهای جدید توصیف می‌گردد [۱۲]. مسائل و مشکلات مربوط به بلوغ از یک سو و تلاش فزاینده نوجوان برای دستیابی به خودمختاری و استقلال از سوی دیگر می‌تواند منجر به ایجاد احساسات منفی و افزایش تعارضات در نوجوانی شود [۱۳]. تعارض امری اجتناب‌ناپذیر در روابط خانوادگی است [۱۴] که به شکل‌های مختلف ظهور پیدا می‌کند. تعارض والدین و نوجوان از جمله موارد شایعی است که در این دوره سنی بسیار مشاهده می‌شود [۱۵]. تعارض به دلیل خواسته‌های متقابل چه به‌صورت صحیح و چه به‌صورت اشتباه می‌تواند به منزله دخالت در دستیابی به اهداف فرد مقابل (فرزند) باشد [۱۶]. علاوه‌براین گاهی تعارضات به این دلیل است که فرزندان با افزایش سن خواستار دگرگونی‌هایی در رفتار والدین خود هستند و در مقابل والدین اغلب تصویری از یک فرزند آرمانی در ذهن خود دارند و همواره فرزند خویش را با آرمان‌های خود مقایسه می‌کنند که این روند به تعارض و ناسازگاری بین والد و فرزند دامن می‌زند [۱۷]. از دیگر پیامدهای منفی تعارض والد-فرزند می‌توان به خشونت، نزاع‌های خانوادگی، فرار از خانه، اعتیاد، افسردگی، اضطراب و نظایر آن اشاره کرد که از طریق کنترل هیجان می‌توان آن‌ها را مدیریت نمود [۱۸]. توانایی کنترل عواطف برای سازگاری با تجربیات استرس‌زای زندگی ضروری می‌باشد [۱۹] و به فرد می‌آموزد که چگونه عواطف خود را در

زیرمقیاس‌های خشم ۷۲ و ۷۳ درصد، برای زیرمقیاس خلق افسرده ۹۱ و ۷۶ درصد، برای زیرمقیاس اضطراب ۸۹ و ۷۷ درصد و برای زیرمقیاس عاطفه مثبت ۸۴ و ۶۴ درصد در ارتباط با یک نمونه از دانشجویان دوره لیسانس به دست آمده است. روایی افتراقی و همگرایی آن نیز محاسبه گردیده است [۲۴]. شایان ذکر می‌باشد که ضریب پایایی مقیاس کنترل عواطف به وسیله Dahesh مورد بررسی قرار گرفت [۲۵] و مقدار آلفای کرونباخ برای مقیاس کنترل عواطف ۸۴ درصد، برای خرده‌مقیاس خشم ۵۳ درصد، برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۶۰ درصد، برای خلق افسرده ۷۶ درصد و برای اضطراب ۶۴ درصد برآورد گردید که نشان‌دهنده مناسب بودن مقیاس کنترل عواطف می‌باشد [۲۶، ۲۷].

پس از کسب رضایت آگاهانه از تمامی آزمودنی‌ها، اطلاعات مربوط به پیش‌آزمون توسط ابزارهای پژوهش اندازه‌گیری شد. آموزش گروهی بهداشت بلوغ طی ۱۲ جلسه هفتگی و ظرف مدت یک ساعت و نیم برای گروه آزمایش برگزار گردید. لازم به ذکر است که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. محتوای جلسات شامل یک بسته آموزشی در مورد بلوغ و علائم آن و چگونگی رعایت بهداشت بلوغ، کاهش تعارضات با والدین و کنترل هیجانات بود (جدول ۱).

کلامی (۵ سؤال) و پرخاشگری فیزیکی (۵ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند [۲۲]. سؤالات این پرسش‌نامه دارای مقیاس ۵ درجه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد است و دامنه تغییرات برای هر مقیاس بین ۵ تا ۲۵ می‌باشد؛ به طوری که نمره ۵ نشان‌دهنده عدم تعارض در رابطه و نمره ۲۵ نشان‌دهنده بیشترین تعارض است. دامنه نمرات برای کل آزمون نیز بین ۱۵ تا ۷۵ می‌باشد که نمره ۱۵ نشان‌دهنده عدم تعارض بوده و نمره ۷۵ بیانگر وخیم بودن رابطه است. لازم به ذکر می‌باشد که پایایی پرسش‌نامه برای کل آزمون معادل ۰/۷۴ و برای خرده‌مقیاس‌های استدلال برابر با ۰/۵۸، پرخاشگری کلامی معادل ۰/۶۵ و پرخاشگری فیزیکی برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۳].

مقیاس کنترل عواطف توسط Chamless و Williams در سال ۱۹۷۷ برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود تألیف شده است و شامل ۴۲ سؤال با ۴ زیرمقیاس با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت می‌باشد. طیف پاسخگویی این ابزار از نوع لیکرت ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) است. در این مقیاس ۸ گویه مربوط به خلق افسرده، ۱۳ گویه مربوط به اضطراب و ۱۳ گویه مربوط به عاطفه مثبت می‌باشد. اعتبار درونی و بازآزمایی این آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۹۴ و ۷۸ درصد، برای

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش گروهی بهداشت بلوغ به مادران

جلسات	اهداف	محتوا
اول	- آشنایی مادران با یکدیگر و با مشاور - آشنایی مادران با اهداف کارگاه	- خوش آمدگویی توسط مشاور - گفتگوی کلی مادران با یکدیگر و با مشاور - مروری بر اهداف کلی کارگاه
دوم	- اطلاع‌یابی از سطح آگاهی مادران از پدیده بلوغ	- پرسش و پاسخ با مادران در زمینه پدیده بلوغ - پرسش و پاسخ با مادران در زمینه تغییرات جسمی، روانی، فیزیولوژیکی و اجتماعی بلوغ
سوم	- آشنایی مادران با پدیده بلوغ و ابعاد آن - آشنایی مادران با عملکرد هورمون‌های بدن	- توصیف پدیده بلوغ - تشریح تغییرات جسمی، روانی، فیزیولوژیکی و اجتماعی در دوران بلوغ دختران - بحث و تبادل نظر با مادران
چهارم	- آگاهی مادران از بلوغ زودرس و دیررس	- تعریف بلوغ زودرس و دیررس - تشریح عوامل ایجادکننده بلوغ زودرس و دیررس - بحث و تبادل نظر با مادران
پنجم	- آگاهی مادران از بیماری‌های شایع دوران بلوغ	- توضیح دیسمنوره و بیماری‌های شایع همراه با بلوغ - توضیح برخورد با بیماری‌های شایع همراه با بلوغ - توضیح خرافه‌ها و باورهای اشتباه در ارتباط با قاعدگی - بحث و تبادل نظر با مادران
ششم	- شناخت مادران نسبت به اهمیت بهداشت بلوغ	- تعریف بهداشت بلوغ - ارائه راه‌کارهای چگونگی انجام بهداشت بلوغ - بحث و تبادل نظر با مادران
هفتم	- درک مادران از مفهوم تعارض و ارتباط آن با تغییرات بلوغ	- تعریف تعارض - توضیح چگونگی ایجاد تعارض - توضیح عوامل تأثیرگذار بر شدت تعارض - بحث و تبادل نظر با مادران

ادامه جدول ۱.	
هشتم	- اطلاع‌یابی از میزان تعارضات مادران با نوجوان - بحث و تبادل نظر در مورد میزان تعارضات مادران با نوجوان - بحث و تبادل نظر در ارتباط با انتظارات فرزندان آنها
نهم	- آگاهی مادران از چگونگی کاهش تعارضات والد-فرزندی - ارائه راه‌کارهایی برای بهبود رابطه والد-فرزندی - بحث و تبادل نظر با مادران
دهم	- درک مادران از هیجانات، عواطف و ارتباط بلوغ با تغییرات خلقی - تعریف عواطف و هیجانات - توضیح عوامل تأثیرگذار بر تغییرات عواطف در دوره بلوغ - بحث و تبادل نظر با مادران
یازدهم	- آگاهی مادران نسبت به راه‌کارهای افزایش کنترل عواطف - چگونگی ایجاد مهارت کنترل عواطف - بحث و تبادل نظر با مادران
دوازدهم	- مروری بر محتوای آموزشی جلسات قبل - ارائه خلاصه‌ای از جلسات - بحث و تبادل نظر با مادران

سال و در گروه کنترل $39/33 \pm 4/40$ سال بود. از سوی دیگر در هر دو گروه مورد مطالعه بیشتر شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم بودند. شایان ذکر است که مقایسه مشخصات دموگرافیکی بین مادران دو گروه تفاوت معناداری را به لحاظ سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل نشان نداد (جدول ۲).

داده‌های توصیفی در ارتباط با متغیرهای مورد بررسی در هریک از گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است. به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه آموزش بهداشت بلوغ بر تعارضات والد-فرزندی مادران و کنترل عواطف دختران و خرده‌مقیاس‌های آن از آزمون کواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون Levene نشان داد که در تمامی متغیرهای مورد بررسی، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$). در مورد نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد که نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها در تمامی متغیرهای مورد مطالعه بود ($P > 0/05$).

یک هفته پس از پایان یافتن جلسات، پس‌آزمونی جهت اندازه‌گیری مجدد متغیرهای وابسته اجرا شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، نتیجه پرسش‌نامه‌ها در صورت تمایل شرکت‌کنندگان در پژوهش در اختیار آنها قرار داده می‌شد. علاوه‌براین به تمامی شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که نوشتن مشخصات هویتی الزامی نیست و اطلاعات به‌صورت محرمانه جمع‌آوری خواهد شد. پس از اتمام فرایند پژوهش نیز سه جلسه آموزشی برای مادران گروه کنترل برگزار گردید. در ادامه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (مانند تحلیل کواریانس تک متغیره) توسط نرم‌افزار آماری SPSS 16 استفاده شد. ذکر این نکته ضرورت دارد که سطح معناداری در آزمون‌های مورد استفاده کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمون $40/53 \pm 45/5$

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

مشخصات دموگرافیک مادران	آزمون		سطح معناداری
	فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰/۰)	$P > 0/05$
دیپلم	۹ (۶۰/۰)	۷ (۴۶/۰)	
فوق دیپلم	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	
لیسانس	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	
شغل			
شاغل	۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)	$P > 0/05$
خانه‌دار	۱۲ (۸۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	
وضعیت تأهل			
زندگی با همسر	۱۱ (۷۳/۳)	۱۲ (۸۰/۰)	$P > 0/05$
طلاق گرفته	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	
فوت همسر	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	
ازدواج مجدد	۱ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مورد بررسی در هر یک از گروه‌ها

متغیرهای هدف	گروه آزمون (تعداد=۱۵)		گروه کنترل (تعداد=۱۵)	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تعارض با والدین (تکمیل شده توسط مادران)				
حل تعارض استدلال	۱۲/۶۶±۱/۱۳	۱۵/۱۳±۱/۴۱	۱۲/۸۶±۱/۴۵	۱۲±۱/۱۳
پرخاشگری کلامی	۸/۰۶±۱/۲۲	۶/۹۳±۱/۰۹	۷/۴۷±۱/۷۶	۷/۸۶±۱/۲۴
پرخاشگری فیزیکی	۶/۲۶±۱/۰۳	۵/۶±۰/۷۳	۶/۵۳±۰/۹۹	۶/۳۳±۰/۸۹
نمره کل	۲۸/۴±۳/۱۳	۲۷/۶۶±۲/۳۱	۲۸/۶۶±۵/۰۸	۲۶/۲±۱/۵۹
کنترل عواطف (تکمیل شده توسط دختران)				
خشم	۳۷/۲±۶/۹۳	۳۰/۷۲±۵/۲۲	۶/۵۱±۳/۶۶	۳۶±۶/۶۱
خلق افسرده	۳۶/۲±۸/۶۷	۳۰/۷۳±۵/۲۲	۳۵/۹۳±۶/۰۷	۳۷±۶/۱۲
اضطراب	۵۳/۸۶±۶/۶۸	۴۷/۱۳±۵/۹	۵۰/۸±۶/۹۴	۴۹/۲±۶/۰۵
عواطف مثبت	۴۴/۱۳±۸/۵۲	۴۷/۴۶±۷/۴۸	۴۳/۳۳±۹/۰۱	۴۲/۴±۸/۰۴
نمره کل	۱۷۵/۲۶±۲۳/۸۵	۱۵۴±۲۲/۶۸	۱۶۶/۷۳±۲۲/۱۷	۱۶۴/۶±۱۸/۲۱

عواطف مثبت با توجه به سطح معناداری به ترتیب $F=۱۷/۱۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $F=۳۹/۶۲$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $F=۱۰/۴۲$ ، $P<۰/۰۰۰۴$ ، $F=۲۰/۸۵$ و $P<۰/۰۰۰۱$ تفاوت معناداری مشاهده شد. علاوه بر این با در نظر گرفتن ضریب اتای $۰/۴۲$ ، $۰/۶۲$ ، $۰/۳۰$ و $۰/۴۶$ می‌توان دریافت که تفاوت‌های موجود در دو گروه آزمون و کنترل قادر است ۴۲ ، ۶۲ ، ۳۰ و ۴۶ درصد از واریانس متغیرهای خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت را به صورت معناداری با توان $۰/۹۹$ ، $۰/۶۳$ تبیین نماید. بر مبنای جدول ۳ با توجه به F محاسبه شده ($۷/۲۴$) و سطح معناداری $۰/۰۴۹$ تفاوت معناداری در نمرات حل تعارضات والد-فرزندی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده می‌شود.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین دو گروه آزمون و کنترل در متغیرهای حل تعارض استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی با توجه به F و سطح معناداری به ترتیب $F=۶۴/۶۸$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $F=۳۹/۹۱$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتای $۰/۶۵$ ، $۰/۴۹$ و $۰/۱۹$ می‌توان استنباط کرد که تفاوت‌های موجود در دو گروه آزمون و کنترل قادر است ۶۵ ، ۴۹ و ۱۹ درصد از واریانس متغیرهای حل تعارض، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را به طور معناداری با توان $۰/۹۹$ و $۰/۶۳$ تبیین کند. از سوی دیگر در متغیرهای خشم، خلق افسرده، اضطراب و

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری با هدف مقایسه متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته	مجموع مجذورها	df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
تعارض با والدین (تکمیل شده توسط مادران)							
حل تعارض استدلال	۶۴/۶۸	۱	۶۴/۶۸	۴۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
پرخاشگری کلامی	۱۲/۰۷	۱	۱۲/۰۷	۲۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
پرخاشگری فیزیکی	۲/۳	۱	۲/۳	۵/۷۳	۰/۰۲۲	۰/۱۹	۰/۶۳
کنترل عواطف (تکمیل شده توسط دختران)							
خشم	۱۹۲/۸۸	۱	۱۹۲/۸۸	۱۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۷
خلق افسرده	۳۰۳/۹۴	۱	۳۰۳/۹۴	۳۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
اضطراب	۱۳۵/۰۵	۱	۱۳۵/۰۵	۱۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۸۷
عواطف مثبت	۱۱۷/۸۴	۱	۱۱۷/۸۴	۲۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹

$P<۰/۰۵$

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره با هدف مقایسه متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته	مجموع مجذورها	df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
حل تعارض با والدین	۱۶/۸۸	۱	۱۶/۸۸	۷/۲۴	۰/۰۴۹	۰/۱۴	۰/۵۱
کنترل عواطف	۲۳۱۹/۶۴	۱	۲۳۱۹/۶۴	۶۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

$P<۰/۰۵$

همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتای ۰/۱۴ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت‌های موجود در دو گروه آزمون و کنترل قادر است ۰/۱۴ درصد از واریانس حل تعارض والد- فرزند را به‌طور معناداری با توان ۰/۵۱ تعیین کند.

همچنین با توجه به F محاسبه‌شده (۶۵/۲۴) و سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری در کنترل عواطف دختران نوجوان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مشاهده می‌شود. از سوی دیگر با در نظر گرفتن ضریب اتای ۰/۷۱ می‌توان استنباط نمود که تفاوت‌های موجود در دو گروه آزمون و کنترل قادر است ۰/۷۱ درصد از واریانس کنترل عواطف دختران نوجوان را به‌طور معناداری با توان ۱ تبیین کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی بهداشت بلوغ بر تعارضات والد- فرزندی و کنترل هیجانات نوجوانان دختر صورت گرفت. براساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش دریافت شد که آموزش گروهی بهداشت بلوغ منجر به کاهش معناداری در نمرات تعارضات والد- فرزندی در مادران گردیده است. همچنین یافته‌ها اثربخشی آموزش گروهی بهداشت بلوغ به مادران بر کنترل عواطف دختران آن‌ها در گروه آزمایش را تأیید نمودند.

لازم به ذکر است هرچند پژوهشی که به‌طور مستقیم به این مهم بپردازد یافت نشد؛ اما مطالعات مشابه انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهند که هرچه اطلاعات مادران پیرامون بهداشت بلوغ کم باشد، احتمال تعارضات مادر- دختری شدیدتر است و پرخاشگری و عدم کنترل عواطف در نوجوانان بیشتر خواهد بود. همچنین نتایج مطالعات Joshi و Sharma [۲۸]، Sijtsma و همکاران [۲۹] و Talor و همکاران [۳۰] حاکی از آن بود که با افزایش تعارضات والد- فرزندی، پرخاشگری کلامی و فیزیکی در فرزندان افزایش می‌یابد.

Leersnyder و همکاران [۳۱] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین کنترل عواطف با بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در نوجوانان رابطه وجود دارد. علاوه بر این نتایج مطالعات Taylor و همکاران [۳۲] و Visser و همکاران [۳۳] حاکی از آن بود که کنترل عواطف، رفتارهای خودتنظیمی را تسهیل می‌کند و افرادی که کنترل هیجانی ضعیفی دارند عمدتاً در پیش‌بینی پیامدهای منفی رفتار خود دچار مشکل هستند [۳۴].

فرایند بلوغ و تغییرات روان‌شناختی و عاطفی ناشی از آن می‌تواند منجر به بی‌ثباتی عاطفی و روانی در دختران نوجوان شود و این مسأله بر تعارض دختران با مادران آن‌ها دامن می‌زند. در بسیاری از مواقع عدم درک صحیح از تغییرات جسمانی بلوغ که

موجب تحولات روان‌شناختی و بی‌ثباتی عاطفی در نوجوانان می‌شود به نزاع‌های والد- فرزندی می‌انجامد و جالب آن است که با ارائه اطلاعات لازم در مورد تغییرات همه جانبه بلوغ و نحوه تأثیر آن بر بدن و روان دختران نوجوانان می‌توان از اختلافات بین مادر و دختر کاست [۳۵، ۳۶]؛ از این رو می‌بایست پیش از آنکه دختران و مادران آن‌ها با پدیده بلوغ مواجه شوند، آموزش‌های لازم برای بهداشت بلوغ و تحولات ناشی از آن به آن‌ها ارائه گردد تا آگاهی از این روند بتواند کمک شایانی برای دختران در کنترل عواطف و افزایش تاب‌آوری در آن‌ها باشد [۳۷]. در کنار کارآمدی نتایج به‌دست‌آمده، این پژوهش با برخی محدودیت‌ها نیز مواجه بود که یکی از آن‌ها محدود بودن نتایج به مادران و نوجوانان دختر آن‌ها در یک منطقه آموزشی (منطقه ۱۴) شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ می‌باشد. علاوه بر این می‌توان به عدم امکان پیگیری به‌منظور بررسی اثرات میان مدت و طولانی مدت مداخله پس از پایان یافتن پژوهش اشاره کرد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزش بهداشت بلوغ و تأثیرات مثبت روان‌شناختی و عاطفی آن به‌طور همزمان برای مادران و دختران نوجوان آن‌ها به‌منظور درک بهتر از شرایط دختران خود در این دوران در مدارس برگزار گردد تا بدین‌شکل از تعارضات والد- فرزندی کاسته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که آموزش گروهی بهداشت بلوغ باعث کاهش تعارضات والدین و فرزندان می‌شود و بر کنترل عواطف نوجوان آن‌ها مؤثر می‌باشد؛ از این رو پرداختن به مسائل نوجوانان و آگاه‌سازی آن‌ها در مورد بهداشت بلوغ از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. با توجه به پایین بودن آگاهی‌های نوجوانان در ارتباط با بلوغ و اهمیت آموزش بهداشت در این دوره به مسئولان، مربیان بهداشت و مشاوران مدارس توصیه می‌شود که جلسات آموزشی مستمر و مداومی را به‌صورت فردی و گروهی برای مادران دختران نوجوان برگزار کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در دانشگاه شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی، مسئولان این دانشگاه، مدیران دبیرستان‌های دختران منطقه آموزشی ۱۴ تهران، مادران و دانش‌آموزان عزیز که آن‌ها را در اجرای این پژوهش یاری رساندند ابراز می‌دارند.

REFERENCES

1. Maleki AK, Delkhoush MA, Ebadi KA, Ajali A. Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls. *J Behav Sci.* 2010;4(2):155-61. [Persian]
2. National census of population and housing of Iran; 2006. Statistical Center of Iran. Available at: URL: <http://amar.sci.org.ir>; Accessed Sep 10, 2013.
3. Gunnar MR, Collins WA. Development during the transition to adolescence: the minnesota symposia on child psychology. New York: Psychology Press; 2013.
4. Shaffer DR, Kipp K. Developmental psychology: childhood and adolescence. 8th ed. Belmont, California: Cengage Learning; 2014.
5. Christensen KY, Maisonet M, Rubin C, Holmes A, Flanders WD, Heron J, et al. Progression through puberty in girls enrolled in a contemporary British cohort. *J Adolesc Health.* 2010;47(3):282-9. PMID: 20708568 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.005
6. Mokarie H, Kheyrikhah M, Neisani L, Hoseini F. The impact of puberty health education on self concept of adolescents. *Iran J Nurs Res.* 2013;8(3):47-57. [Persian]
7. Farmihani Farahani M. A glance at sexual education at different educational levels. *J Mental Health.* 2011;1(1):19-28. [Persian]
8. Naisi N, Aivazi AA, Hoseiny Rad M, Direkvand Moghadam A, Pournajaf A. Knowledge, attitude and performance of K-9 girl students of Ilam city toward puberty health in 2013-14. *Ilam Univ Med Sci.* 2016;24(1):28-34. DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.28 [Persian]
9. 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 J Med Sci.* 2015;22(137):84-94. [Persian]
10. Nouri SM, Merghati KE. The impact of peer-based educational approaches on girls' physical practice of pubertal health. *Arak Med Univ J.* 2011;12(4):129-35. [Persian]
11. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Latalova K, Sigmundova Z. Relationship Between internalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014;35(8):711-7. PMID: 25702300
12. Steinberg BS. The making of female president and prime ministers: the impact of birth order, sex of sibling, father-daughter dynamics. *Political Psychol.* 2012;22(1):89-110. DOI: 10.1111/0162-895X.00227
13. Vadadian Z, Ghanbari HB, Mashhadi A. Effectiveness of multifamily group therapy on solving parent-adolescent conflicts and reduction of aggression in 14-15 years old girls in Mashhad. *Clin Psychol Stud.* 2011;4(1):18-42. [Persian]
14. Karami K, Nazari EM, Zahrakar K. The effectiveness of group-based solution-driven counseling on reducing parent-child conflicts in adolescents. *J Pract Counsel.* 2013;3(1):77-92. [Persian]
15. Ghafoorinasab J, Kimyayi E, Asgharinekah M. Study of group family therapy method trainings effectiveness on reduce parent-child conflicts. Researches of sixth national conference on family pathology, Tehran University, Tehran, Iran; 2014. [Persian]
16. Tlkhayy A. Effect of life skills training program on parent-child conflict adolescents. *Iran Tarbiat Moalem.* 2011;2:32-7. [Persian]
17. Osouli A. Study between metacognition beliefs with educational self-regulation and students-parents conflict. [Master Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaei University; 2016. [Persian]
18. Ghasemi Yazdabadi M, Esmaeili M, Kalantarkooshe SM. Teaching the pattern of verbal communication effectiveness on reducing mother-daughter conflicts based on Quran verses. *Cultural Educ Quart Women Fam.* 2016;10(34):7-23. [Persian]
19. Szczygiel D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personal Individ Differ.* 2012;52(3):433-7. DOI: 10.1016/j.paid.2011.11.005
20. Tahmasebian H, Khazaei H, Ashrafi M, Saeipour M, Hoseini SA. Normalization of emotion control scale. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2014;18(6):349-54. [Persian]
21. Orkib H, Ronen T. Basic psychological needs satisfaction mediates the association between self-control skills and subjective well-being. *Front Psychol.* 2017;8:936. PMID: 28638362 DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00936
22. Sanei Zaker B. Family and marriage scales compiled. 4th ed. Tehran, Iran: Bessat Publication; 2009. [Persian]
23. Salami M, Hosseinpour M, Attari YA. The effectiveness of problem-solving skill training on parent-child conflicts among the girl students of high schools in Behbahan. *Innovat Manage Educ.* 2010;2(5):31-47. [Persian]
24. Williams KE, Chambless DL, Ahrens A. Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behav Res Ther.* 1997;35(3):239-48. PMID: 9125104
25. Dahesh Z. Behavioral and emotional-focused counseling effectiveness on affective control between female adolescents in Kashkoyeh-Rafsanjan. [Master Thesis]. Marvdasht, Iran: Islamic Azad University of Marvdasht Branch; 2009. [Persian]
26. Bagyan M, Dortaj F, Mohammadamini M. Alexithymia and affective control in students mothers with or without learning disability. *J Learn Disabil.* 2012;2(2):6-24. [Persian]
27. Crichton J, Ibisomi L, Gyimah SO. Mother-daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: Experiences from an informal settlement in Nairobi, Kenya. *J Adolesc.* 2012;35(1):21-30. PMID: 21783241 DOI: 10.1016/j.adolescence.2011.06.008
28. Sharma M, Joshi HL. Role of family environment and parenting style in adjustment among male adolescents. *Int J Curr Res Acad.* 2015;3:252-63. [Persian]
29. Sijtsema JJ, Nederhof E, Veenstra R, Ormel J, Oldehinkel AJ, Ellis BJ. Effects of family cohesion and heart rate reactivity on aggressive/rule-breaking behavior and prosocial behavior in adolescence: the tracking adolescents' individual lives survey study. *Dev Psychopathol.* 2013;25(3):699-712. DOI: 10.1017/S0954579413000114
30. Talor LK, Merrilees CE, Goeke-Morey MC, Shirlow P, Cummings EM. Trajectories of adolescent aggression and family cohesion: the potential to perpetuate or ameliorate political conflict. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45(2):114-28. PMID: 25310245 DOI: 10.1080/15374416.2014.945213
31. De Leersnyder J, Kim H, Mesquita B. Feeling rights feeling good: psychological well-being and emotional fit with culture in autonomy-versus relatedness promoting situations. *Front Psychol.* 2015;6:1-12. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00630
32. Taylor L, Hiller M, Taylor RB. Personal factors and substance abuse treatment program retention among felony probationers: theoretical relevance of initial vs. shifting scores on impulsivity/low self-control. *J Criminal Justice.* 2013;41(3):141-50. DOI: 10.1016/j.jcrimjus.2013.01.001
33. Visser L, de Winter AF, Veenstra R, Verhulst FC, Reijneveld SA. Alcohol use and abuse in young adulthood: do self-control and parents perceptions of friends during adolescence modify peer influence? The Trails study. *Addict Behav.* 2013;38(12):2841-6. PMID: 24018228 DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.08.013
34. Chauchard E, Levin KH, Copersino ML, Heishman SJ, Gorelick DA. Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addict Behav.* 2013;38(9):2422-7. PMID: 23685328 DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.04.002
35. Sudeshna R, Aparjita D. Determinants of menstrual hygiene among adolescent girls: a multivariate analysis. *Nat J Community Med.* 2012;3(2):294-301.
36. Ostovar R, Fararuei MO, Mohamed F. Comparison of classic vs. role plays teaching methods on the menstrual hygiene behavior of secondary school girls in Iran. *Armaghane Danesh.* 2013;18(5):410-9. [Persian]
37. Ashtari N, Pourebrahim T, Khodabakhshi Koolae A,

Khosh Konesh A, Khatiban M. Premenstrual syndrome can affect people's resilience and quality of life. The aim of this study was to determine the impact of awareness group training of premenstrual syndrome on resilience and

quality of life in the female high school students. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul.* 2015;23(1):63-73. [Persian]

Archive of SID