

تأثیر شیوه آموزشی مبتنی بر گروه همسالان بر عملکرد جسمی بهداشت بلوغ دختران

ملیحه نوری سیستانی^{۱*}، دکتر عفت السادات مرقاتی خوئی^۲

۱- مربی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات سلامت گناباد، گناباد، ایران

۲- استادیار، دکترای ارتقاء سلامت جنسی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۱/۸، تاریخ پذیرش: ۸۸/۹/۴

چکیده

مقدمه: نوجوانان به عنوان بخش عظیمی از جمعیت جهان، در دوران بلوغ با بسیاری از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مواجه هستند. آموزش بهداشت متناسب با نیازهای آنان و با شیوه‌های نوین آموزشی از اهمیت بسیاری برخوردار است. هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر آموزش با رویکرد گروه همسالان بر عملکرد جسمی دختران پیرامون سلامت بلوغ است.

روش کار: در این مطالعه تجربی ۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران در دو گروه ۵۰ تایی آزمایش و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود. مداخله طراحی بسته آموزشی مبتنی بر رویکرد گروه همسالان بود و بعد از گذشت یک ماه و نیم میزان عملکرد از طریق پس آزمون سنجیده و با پیش آزمون در دو گروه مقایسه گردید. مبنای تقسیم بندی نمرات عملکرد ۱۰۰ بود؛ نمرات زیر ۵۰ درصد عملکرد ضعیف، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و بالای ۷۵ درصد عملکرد خوب در نظر گرفته شد.

نتایج: شیوه‌های آموزشی با رویکرد گروه همسالان باعث ارتقاء سلامت جسمی دختران نوجوان شد، آزمون‌های آماری نیز اختلاف معنی‌داری را در میانگین نمرات آگاهی و عملکرد افراد نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: رویکرد گروه همسالان باعث توانمند ساختن نوجوانان و آرایه فرصت‌هایی به آنان جهت مشارکت در فعالیت‌ها و بهبود ارتباطات بین مادران و دختران می‌شود.

واژگان کلیدی: شیوه‌های آموزشی، دختران، همسالان، بهداشت بلوغ

***نویسنده مسئول:** خراسان رضوی، گناباد، سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا

سلامت کد پستی: ۹۶۹۱۶۹۹۹۶۷ صندوق پستی: ۴۷

Email: m200_noori@yahoo.com

مقدمه

آموزش گیرنده به صورت یک طرفه عمل کرده‌اند و پویایی در شیوه‌های آموزشی به چشم نمی‌خورد و از مشارکت فعال دانش آموزان استفاده نشده است (۸-۱۰).

در مورد آموزش مسایل مرتبط با بلوغ، مدارس از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار بوده و بهترین محل جهت ایفای این نقش می‌باشد. برای این منظور لازم است مسئولان مدارس با روش‌های مختلف آموزشی آشنا شده و روشی را که در ارتقای آگاهی دانش آموزان نقش موثرتری دارد به مدد اعضای تیم بهداشتی به کار گیرند (۱۱). بهره‌گیری درست از روش‌های مختلف موجب افزایش کارایی و اثربخشی آموزش خواهد شد که در نهایت رضایت مندی فراگیران را برای مشارکت بیشتر در بحث‌ها فراهم می‌کند (۱۲).

بنابراین با توجه به افزایش روزافزون جمعیت نوجوان کشور و نیز اختصاص میزان بالایی از آن به دختران، نقش گروه همسالان، اهمیت دوران بلوغ و مسایل مربوطه، عدم آگاهی کافی دختران در مورد سلامت بلوغ و رسالت آموزش بهداشت در این زمینه، نیاز به انجام چنین مطالعه‌ای احساس شد. مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی تاثیر شیوه‌های آموزشی مبتنی بر رویکرد گروه همسالان بر عملکرد جسمی دختران پیرامون سلامت بلوغ طراحی و اجرا شد.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه تجربی است. در ابتدا از میان مناطق ۱۸ گانه شهر تهران، منطقه ۶ به صورت تصادفی انتخاب شد و از بین مدارس دخترانه مقطع راهنمایی منطقه ۶ تهران دو مدرسه به طور تصادفی به عنوان گروه آزمون و گروه شاهد تعیین شدند. تعداد ۱۰۰ نفر از دانش آموزان در دو گروه ۵۰ تایی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. همسان سازی در این دو گروه در مورد متغیرهای سن، تعداد افراد خانواده، رتبه تولد، شغل و تحصیلات پدر و مادر و سن اولین عادت ماهیانه در ابتدای مطالعه انجام پذیرفت. قابل ذکر است آزمون کای دو نیز اختلاف آماری معنی‌داری را میان این متغیرها در دو گروه

رویکرد آموزشی گروه همسالان از استراتژی‌های موثر تغییر رفتار است که در فعالیت‌های انجام شده از تمامی حواس پنجگانه استفاده می‌شود، قدرت تفکر و خلاقیت افراد افزایش می‌یابد و مشارکت همه جانبه افراد در مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و حتی ارزشیابی شیوه‌های آموزشی مشاهده می‌گردد (۱). در مطالعه انجام شده در ۱۰ کشور از آفریقا، آسیا، آمریکای لاتین و کاربین با استفاده از رویکرد آموزشی گروه همسالان آشکار کرد این رویکرد یک استراتژی موثر در پیش‌گیری از بیماری ایدز بوده است و هم‌چنین باعث افزایش اعتماد به نفس افراد خواهد شد و به طور کلی جنبه‌های روانی و اجتماعی افراد رشد پیدا می‌کند (۲).

از بحرانی‌ترین پدیده‌های دوران نوجوانی، بلوغ می‌باشد. اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر موفقیت آمیز به دوران بزرگسالی می‌گردد (۳). در ایران و طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۲۵/۱ درصد کل جمعیت را گروه سنی ۱۴-۱۱ سال تشکیل می‌دهد که ۵۰ درصد این تعداد دختران هستند (۴). داشتن شناخت و آگاهی در مورد سلامت بلوغ و خطرات تهدید کننده سلامتی در این دوران و آگاهی از دلایل و علل بروز تغییرات خاص این دوران می‌تواند سبب پیش‌گیری از بسیاری از مشکلات نوجوانان شده و در کاستن از ناراحتی‌های این نسل موثر باشد (۵). از طرفی دیگر سرمایه‌گذاری اندک در زمینه آموزش دختران و زنان دستاورد مضاعفی را در تمامی ابعاد توسعه اجتماعی به دنبال خواهد داشت (۶).

آموزش بهداشت بلوغ به دلیل شرایط خاص و بحران‌های روحی دوران بلوغ، افزایش آمادگی نوجوانان در قبال این تغییرات و کاهش ترس حاصل از آن و بهبود وضعیت روحی و رفتاری آنها، هم‌چنین پیش‌گیری از کسب اطلاعات ناصحیح یا از افراد بی‌صلاحیت در مورد بهداشت باروری در این مقطع سنی ضروری به نظر می‌رسد (۷). مطالعات زیادی جهت بهداشت بلوغ نوجوانان انجام شده است اما همه به روش سنتی عمل کرده‌اند. آموزش دهنده و

پس آزمون به فاصله یک ماه و نیم بعد از مداخلات آموزشی انجام شد. درضمن از تمامی افراد شرکت کننده در طرح رضایت نامه جهت تمایل به شرکت در این تحقیق گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل و تی زوج صورت گرفت. مبنای تقسیم بندی نمرات ۱۰۰ بود؛ زیر ۵۰ درصد عملکرد ضعیف، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد عملکرد متوسط و بالای ۷۵ درصد عملکرد خوب محاسبه شد.

نتایج

در این پژوهش ۷۱ درصد دختران بین سنین ۱۴ تا ۱۵ سال و ۵۷ درصد فرزند دوم به بعد خانواده بودند. ۶۵ درصد در خانواده‌های کمتر از ۴ نفر زندگی می‌کردند، ۶۰ درصد مادران خانه‌دار و ۵۷ درصد پدران شغل آزاد داشتند. ۵۸ درصد مادران و ۶۳ درصد پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. آزمون‌های آماری اختلاف معنی‌داری را در مورد متغیرهای زمینه‌ای بین دو گروه مورد و شاهد نشان نداد. هم‌چنین در ابتدای مطالعه نمرات عملکرد دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند (جدول ۱). بعد از مداخلات آموزشی با رویکرد گروه همسالان میانگین نمرات عملکرد جسمی دختران نوجوان افزایش یافت، به طوریکه میانگین نمرات عملکرد جسمی دختران گروه آزمایش به $74/63 \pm 2/5$ و در گروه شاهد به $29/71 \pm 4/35$ رسید، آزمون آماری تی زوج بین میانگین نمرات عملکرد دختران گروه آزمایش در قبل و بعد اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$) ولی در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲). آزمون آماری تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین نمرات دو گروه در بعد از آموزش نشان داد ($p < 0/001$).

جدول ۱. مقایسه فراوانی عملکرد دختران در ابتدای مطالعه میان دو گروه آزمون و شاهد

	گروه آزمایش	گروه شاهد	P
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
پایین	۴۹(۴۹/۵)	۵۰(۵۰/۵)	
متوسط	۱(۱۰۰)	-	۰/۳۱
جمع	۵۰(۵۰)	۵۰(۵۰)	

آزمون و شاهد نشان نداد. در ابتدای پژوهش، نیازسنجی جامعی در دو فاز کمی و کیفی در مورد اولویت‌های آموزش سلامت بلوغ انجام شد. شرایط ورود قاعده شدن دختران، داشتن مادر و هم‌چنین علاقه مندی افراد جهت شرکت در این مطالعه بود بنابراین دانش آموزان پایه اول و دوم راهنمایی به دلیل تعداد کم دخترانی که به سن منارک رسیده بودند کنار گذاشته شدند و این پژوهش بر روی دانش آموزان سال سوم انجام شد. تعداد کل دانش آموزان سال سوم در گروه آزمون ۵۷ نفر بود که از این تعداد ۷ نفر از آنها به دلیل نداشتن شرایط لازم کنار گذاشته شدند. البته این افراد در تمامی فعالیت‌ها در صورتی که علاقه‌مند بودند شرکت داده می‌شدند و حتی پرسش‌نامه‌های مربوطه را نیز تکمیل کردند اما در تجزیه و تحلیل آماری این پرسش‌نامه‌ها محاسبه نشدند. در گروه آزمون، آموزش‌ها با رویکرد گروه همسالان صورت پذیرفت، بدین ترتیب که از دو کلاس پایه سوم ۱۳ نفر داوطلب و علاقه‌مند به عنوان گروه همسالان انتخاب شدند. مداخلات آموزشی ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک هفته به طول انجامید. روش‌های آموزشی به کار گرفته شده شامل جمع‌آوری مطالب آموزشی و کنفرانس توسط گروه همسالان، بحث گروهی و تهیه پمفلت و پوستر بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای خودساخته شامل ۲ قسمت خصوصیات دموگرافیک و سوالات مربوط به عملکرد جسمی سلامت بلوغ (۲۸ سوال) نوجوانان بود. اعتبار علمی محتوی با استفاده از کتب، مجلات، مقالات علمی و هم‌چنین الگوگیری از پرسش‌نامه تحقیقات انجام شده در خارج و داخل ایران و با نظرخواهی از اساتید دانشگاه بررسی و پس از اصلاحات لازم مورد تایید قرار گرفت. اعتماد علمی پرسش‌نامه توسط روش آزمون مجدد تعیین شد. بدین ترتیب که ده نفر از دانش آموزان به فاصله یک هفته با پرسش‌نامه آزمون شدند که نتایج حاصل از آن تعیین و با توجه به نظر اساتید، تغییرات و اصلاحات لازم در پرسش‌نامه اعمال شد. ضریب همبستگی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

روزانه از ۱۲ درصد به ۲۴ درصد و یک روز در میان از ۵۴ درصد به ۶۶ درصد افزایش پیدا کرد و حمام هفتگی از ۳۴ درصد به ۱۲ درصد کاهش یافت. ۸۸ درصد دختران از نشستن در وان یا کف حمام اجتناب کرده و ایستاده حمام می‌کردند، موزدایی موهای تناسلی حداقل ماهی یکبار از ۶۶ درصد به ۹۲ درصد افزایش پیدا کرد.

دختران در صورت خارش یا سوزش در ناحیه تناسلی، این موضوع را با مادرشان در میان می‌گذارند به طوریکه بعد از مداخلات آموزشی از ۷۶ درصد به ۹۴ درصد افزایش یافت و همچنین مراجعه به پزشک همراه با مادر در صورت وجود خارش یا سوزش در ناحیه تناسلی از ۵۸ درصد به ۷۲ درصد افزایش نشان داد. بنابراین روابط بین دختران و مادران بهبودی را نشان می‌دهد و دختران نوجوان راحت‌تر مشکلات خود را با مادران در میان می‌گذاشتند.

بحث

با تحلیل یافته‌ها در این مطالعه کارآیی رویکرد گروه همسالان در سلامت بلوغ دختران کاملاً آشکار می‌شود. موثر بودن رویکرد آموزشی گروه همسالان بر آن تئوری استوار است که اطلاعات حساس، راحت‌تر بین افراد همسن و سال مطرح می‌شود. شناخت خوب همسالان از محیط اجتماعی- فرهنگی گروه هدف، بهبود هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های حمایت‌کننده نگرش‌های مثبت و رفتارهای بهداشتی و درگیر شدن نوجوانان در طراحی طرح‌های مربوط به خودشان از مزایای رویکرد گروه همسالان شمرده شده است (۱۳).

در این پژوهش مشخص شد قبل از آموزش ۷۰ درصد دختران گروه آزمایش و ۸۶ درصد دختران گروه شاهد دارای عملکرد پایینی پیرامون بهداشت جسمی دوران بلوغ بودند. در مطالعه دیگری نیز نتایج نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۳ درصد) نسبت به بهداشت جسمی دوران بلوغ از عملکرد ضعیفی برخوردار بودند (۱۴) در این مطالعه ۵۸ درصد گروهی که با رویکرد همسالان آموزش دیدند عملکرد بالایی کسب کردند در حالیکه ۶

جدول ۲. مقایسه میانگین عملکرد دختران درباره بهداشت جسمی بلوغ قبل و بعد مداخلات آموزشی در دو گروه آزمون و شاهد

شاهد	آزمون	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
قبل مداخله	۳۰/۵۷ (۲/۸۱)	۲۶/۵ (۱/۸۵)	
بعد مداخله	۳۴/۶۳ (۲/۵)	۲۹/۷۱ (۴/۳۵)	
P	<۰/۰۰۱	۰/۶۸	

قبل از مداخلات آموزشی ۷۰ درصد دختران گروه آزمایش و ۸۶ درصد دختران گروه شاهد دارای عملکرد پایینی نسبت به بهداشت جسمی دوران بلوغ بودند و در بعد آموزش‌ها ۵۸ درصد گروهی که با رویکرد همسالان آموزش دیدند عملکرد خوبی نسبت به تغییرات رفتاری بلوغ کسب کردند در حالی که ۶ درصد دختران گروه شاهد دارای عملکرد خوبی بودند.

بعد از مداخلات آموزشی دختران گزارش کردند در تغذیه هنگام عادت ماهیانه از مواد پروتئینی (ماهی، گوشت، تخم مرغ)، لبنیات (شیر، ماست، کره و خامه) و سبزیجات بیشتری استفاده می‌کنند (۷۶ درصد به ۹۶ درصد)، از خوردن چربی‌ها و شیرینی‌های اضافی خودداری می‌کنند (۴۲ درصد به ۶۲ درصد) و از مواد سرخ کردنی کمتری استفاده می‌نمایند (۳۸ درصد به ۷۲ درصد).

رفتارهای بهداشتی دختران در دوران قاعدگی بدین ترتیب بهبودی نشان داد: تعویض نوار بهداشتی قبل خیس شدن کامل و احساس بوی نامطبوع و پیچیدن نوار بهداشتی آلوده در کاغذ و انداختن آن در سطل زباله به ۹۹ درصد افزایش پیدا کرد. استفاده از لباس زیر با جنس نخی و رنگ روشن از ۶۲ درصد به ۷۲ درصد و تعویض هر روز لباس زیر از ۶۴ درصد به ۸۸ درصد افزایش نشان داد. ۸۸ درصد افراد لباس زیر شسته را در معرض نور آفتاب قرار دادند، ۹۰ درصد دختران در دوران عادت ماهیانه به طرز صحیح طهارت می‌گرفتند (ابتدا ناحیه تناسلی و سپس مقعد شسته شود) و ۹۶ درصد دختران پس از هر بار توالیت یا بعد از تعویض نوار بهداشتی و طهارت دست‌های خود را با آب و صابون می‌شستند، از حمام در طول عادت ماهیانه استفاده بیشتری می‌کردند (۶۴ درصد به ۸۸ درصد) که دفعات حمام

همسالان را نمی‌توان دلیلی بر موثر نبودن این رویکرد دانست.

یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد در کلاس‌های آموزش بهداشت به خصوص موضوعات حساسی مانند روابط جنسی و سوء مصرف مواد، آموزش‌ها با رویکرد گروه همسالان نتایج بهتری را نشان می‌دهد تا این که آموزش‌ها توسط معلم انجام شود. هم‌چنین تأثیر این رویکرد در کلاس با نوجوانان بیشتر از تأثیر رویکرد همسالان در جامعه با بزرگسالان است (۲۰).

نتیجه گیری

از آنجا که با استفاده از شیوه‌های آموزشی فعال در آموزش مسایل مربوط به بلوغ میانگین نمرات عملکرد جسمی دختران نسبت به بهداشت بلوغ افزایش یافت و با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات مختلف، اهمیت استفاده از رویکرد آموزشی گروه همسالان در موضوعات حساس مانند سلامت بلوغ به خوبی آشکار شده است بنابراین مشارکت فعال افراد درگیر در موضوع موجب افزایش سلامت جسمی دوران بلوغ نوجوانان می‌شود.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی ایران که بخشی از تامین مالی این طرح را به عهده داشت، هم‌چنین از مسئولین دانشکده بهداشت، آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر تهران، مدارس مورد پژوهش و مادران که بدون یاری آنها اجرای این تحقیق مقدور نمی‌بود قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Anonymous Model 1 peer education. [Online 2006]. Available from: <http://www.unodc.org/>.
2. Flanagan D, Williams C, Mahler H. Peer education in projects supported by AIDSCAP: A study of 21 projects in Africa, Asia and Latin American. Washington DC: Family health international Academy for Educational Development; 1996.

درصد دختران گروه شاهد دارای عملکرد خوبی بودند. در مطالعاتی با هدف مقایسه بین رویکرد آموزشی گروه همسالان و رویکرد معلم محور نتایج نشان داد برنامه‌های گروه همسالان مقبولیت بیشتری برای گروه دانش آموزان دارد. دانش آموزان دختر بارداری‌های کمتری داشتند و موارد سقط یا بارداری‌ها را به مراکز ارایه خدمات بهداشت جنسی گزارش می‌کردند (۱۵، ۱۶).

نتایج تحقیقی جهت مشخص شدن این که آیا آموزش گروه همسالان بهترین رویکرد برای پیش‌گیری از بیماری ایدز است؟ حاکی از آن بود که بعد از آموزش‌ها برای دو گروه بهبودی قابل توجهی در آگاهی و نگرش و مهارت‌های افراد در پیش‌گیری از ایدز دیده شده است. اما در گروه همسالان ۶/۷ درصد بهبودی بیشتر در آگاهی افراد در مقایسه با گروه دیگر مشاهده شد (۱۷).

در تحقیقی جهت مقایسه تأثیر آموزش پیش‌گیری از ایدز توسط گروه همسالان و گروه بزرگسالان بر آگاهی، نگرش و خودبستگی دانش آموزان دختر، نتایج بیانگر آن بود که نمره آگاهی در هر دو گروه بعد از مداخله آموزشی به طور معنی‌داری افزایش یافته است ولی هیچ اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله همسالان و بزرگسالان دیده نشد. نگرش دانش آموزان نسبت به طرد بیماران مبتلا به ایدز در هر دو گروه به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل بهبود یافته بود. هم‌چنین تنها گروه بزرگسالان باعث ارتقاء معنی‌داری در مهارت خودبستگی در دانش آموزان گردیده است (۱۸). هم‌چنین در مطالعه دیگری جهت مقایسه سه روش آموزشی توسط پزشک، همسالان و پمفلت نتایج نشان داد میانگین تغییرات نمرات قبل و بعد در گروه آموزشی توسط پزشک بیشتر از میانگین تغییر نمرات قبل و بعد آموزش توسط همسالان و آن نیز بیشتر از پمفلت بوده است (۱۹). البته می‌توان گفت شیوه‌های آموزشی استفاده شده مبتنی بر رویکرد گروه همسالان نیز بر افزایش میانگین نمرات موثر خواهد بود بنابراین عدم اختلاف آماری معنی‌دار در آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در گروه

3. McKenzie J, Pinger R, Kotecki J. An introduction to community health. 5th ed. Boston: Jones and Bartlett; 2005.
4. Organization of Management and Planning in Iran, Dargah Melli Amar. General numeration of population and house. [Online 2007]. Available from :www.org.ir/portal/faces/public/sci.
5. Saibaba A, Mohan Ram M, Ramana Rao G. Nutritional status of adolescent girls of urban slums and the impact of ICE on their nutritional knowledge and practices. *Indian J Community Med* 2002;27 (4):151-6.
6. Ghahremani L. Impact of pubertal education on healthy behaviors of girls, Middle_school Chababar. [MSc thesis]. Tehran Tarbiat Modarres School of Medicine, 2004.
7. Azizi F, Zafar Mand MH, Bayat F. [Qualitative analysis of parents, teachers and students beliefs about education of reproductive health to student using focus group discussion.] *Iranian South Medical Journal* 2003; 6(1):69-78
8. Moodi M, Zamanipour N, Sharifzadeh GH, Abriporang M, Salehi S. [Evaluating puberty health program effect on knowledge increase among female intermediate and high school students in Birjand]. *J Birjand University of Medical Sciences* 2007; 13(4 (29):36-41.
9. Firoozan A. To assign efficient health education on health behaviors of adolescents girl in menstruation. [MSc thesis]. Tehran Tarbiat Modarres School of Medicine, 2002.
10. Ghahremani L, Heydarnia A, Nazari G. Impact of pubertal education on healthy behaviors of girls, Middle_school Chababar. zahedan, Iran: Education and Health Promotion; 2006.
11. Ebrahimi M, Helmsersht P, Delpisheh E. Health society nursing. Tehran: Chehr publication; 2008.
12. Kosroshahi MS. New educational methods in Europ. [Online 2005]. Available from: [http://www.linkestan.com/News/ARTICLEview .asp](http://www.linkestan.com/News/ARTICLEview.asp).
13. Rotheram Borus MJ, Miller S, Koopman C, Haignere C, Selfromge C. Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions. New york: HIV Center for Clinical and Behavioural studies; 2002.
14. Malekshahi F, Farhadi A. [A survey knowledge, attitude and practice about pubertal health among girls in High school]. *Iranian Journal of Yafteh*, 2006; 8 (1) 73-8.
15. Ross DA. Approaches to sex education: Peer-Led or Teacher-Led? *PLoS Med* 2008; 5(11):e229.
16. Karayurt O, Dicle A, Malak AT. Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in turkey. *Turk J Med Sci* 2009; 39: 59-66.
17. Piero B, Chiara M, Patrizia S, Carlo AP. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Adolescent Health* 2005; 36(6): 508-16.
18. Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. [Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-2003]. *J Reproduction & Infertility* 2004; 5(1): 77-91.
19. Azizi A, Amirian F, Amirian M. [The comparing among Doctor, peer and pamfelet about prevention of AIDS on knowledge in high school]. 2009; 14 (1) 5-12.
20. Green J. Peer Education. Promotion & Education. 5th ed; 2001.

The impact of peer-based educational approaches on girls' physical practice of pubertal health

Noori Sistani M^{1*}, Merghati Khoi E²

1- M.S. in Health Education, Gonabad Health Promotion Research Center, Gonabad, Iran.

2- PhD in Sexual Health Promotion, Iran University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

Received 28 Jan, 2009 Accepted 25 Nov, 2009

Abstract

Background: Adolescents, as a large age group in the world, face many physical, mental and social problems in their puberty period. Health education proper to their needs and through new educational methods is of great importance. This study mainly aims to examine the impact of peer education approaches on girls' performance regarding pubertal physical health.

Materials and Methods: In this experimental study, through random sampling, 100 female pupils were divided into two groups of experimental (n=50) and control (n=50). The self-made questionnaire, employed in this study, was based on peer approach. After 1.5 months, the participants' performance was evaluated through the post-test and compared to the pre-test results for the two groups. Scoring was conducted out of 100 and the scores under 50 indicated weak performance, those between 50 and 75 showed an average performance while scores above 75 indicated good performance.

Results: Peer based educational approaches improved adolescent girls physical health. Statistical tests also revealed a significant difference between the mean of awareness and practice score in the two groups ($p < 0.001$).

Conclusion: Peer education methods result in the empowerment of adolescents, the provision of opportunities for them to participate in activities, and the improvement of communication between mothers and their daughters.

Keywords: Educational approaches, Girls, Peer group, adolescent health

*Corresponding author;

Email: m200_noori@yahoo.com

Address: The Headquarters of Gonabad University of Medical Sciences, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad, Razavi Khorasan, Iran.