

The study of comparison of two educational methods of lecture and training package on self-efficacy 9-12 years old girls students in relation with adolescent health

Heydari¹ M (MSc.) - Mir Mohammad Ali² M (MSc.) - Khakbazan³ Z (MSc.) - Mahmoodi⁴ M (Ph.D).

Abstract

Introduction: Adolescents face many physical and psychological changes in their puberty period. If enough attention is not paid to such changes, may be girls won't mental health and self-efficacy to concept to charge the case. This study mainly aims of comparing two teaching methods, lectures and training package on self-efficacy of 9-12 years old girls students at primary schools 2 district education Alborz Province in the academic year 1392 where were designed and conducted.

Method: This study is a randomized clinical trial that has been performed on 270 girl's students 9-12 years of primary schools education Alborz Province with range certain age (9-12 years), that they did not have any experience of participation in educational programs puberty in 1392 year. Students were divided into three groups of 90 persons (two interventional groups and one control group). In the first test group, they got adolescent health education presentations during three consecutive 45 minute sessions in per week for one week and the second group, adolescent health training package, which they should have studied it for a week. The questionnaire was Sherer General Self-efficacy scale. Data were analysed by chi-square, fisher, T test, ANOVA and tukey.

Results: The comparison of self-efficacy scores mean difference before and after training (training effect) than the control group in both intervention groups showed meaningful difference ($P < 0/001$). Mean difference of self-efficacy scores before and after training in training package was also more than the lecture group and showed meaningful difference ($P < 0/001$) statistically.

Conclusion: The mean comparison of scores difference in two groups has been suggested more effective training package for increasing scores mean of self-efficacy. Performing of adolescent health training package as an effective training method for increasing self-efficacy of female students have been proposed.

Keywords: Adolescent health, self-efficacy, training methods, lecture, training package, girl student

Accepted: 23 August 2014

Accepted: 22 December 2014

1- Corresponding author: MSc. In Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: mahboobehheydari@yahoo.com

2- PhD Student of Health disaster & Faculty member of the School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD of Reproductive Health & Faculty member of the School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD, Faculty member of the School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

بررسی مقایسه ای تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر ۹-۱۲ ساله در ارتباط با بهداشت بلوغ

محبوبه حیدری^۱، ماندانا میر محمد علی ئی^۲، زهره خاکبازان^۳، محمود محمودی^۴

چکیده

مقدمه: نوجوانان در دوران بلوغ با بسیاری از تغییرات جسمی و تحولات روانی مواجه هستند. عدم توجه به مسائل دوران بلوغ دختران، ممکن است در آینده تأثیر منفی بر سلامت روانی و خودکارآمدی آنها داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر ۹-۱۲ ساله در مدارس ابتدایی استان البرز انجام شد.

روش: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است، که روی ۲۷۰ دانش آموز دختر ۹-۱۲ ساله مدارس ابتدایی، که سابقه شرکت در برنامه های آموزشی بهداشت بلوغ را نداشتند، در سال ۱۳۹۲ انجام گرفته است. دانش آموزان به سه گروه ۹۰ نفره (۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل) تقسیم شدند. در گروه آزمون اول، ارائه سخنرانی آموزش بهداشت بلوغ و در گروه آزمون دوم، ارائه بسته آموزشی بهداشت بلوغ انجام گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر بود. برای تجزیه و تحلیل و مقایسه داده ها در سه گروه از آزمون های آماری کای اسکوئر، فیشر، تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه و توکی استفاده شد.

یافته ها: مقایسه اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از آموزش (اثر آموزش) نسبت به گروه کنترل در هر دو گروه مداخله اختلاف آماری معنادار ($P < 0/001$) نشان داد. اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از آموزش در گروه بسته آموزشی نیز بیشتر از گروه سخنرانی بوده و از نظر آماری اختلاف معناداری را نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: مقایسه میانگین تفاضل نمرات در دو گروه، حاکی از مؤثرتر بودن بسته آموزشی در افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی بوده است. ارائه بسته آموزشی بهداشت بلوغ به عنوان یک روش آموزشی مؤثر در جهت افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر پیشنهاد می گردد.

کلید واژه: بهداشت بلوغ، خودکارآمدی، روش های آموزشی، سخنرانی، بسته آموزشی، دانش آموز دختر

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱

۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: mahboobehheydari@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری سلامت در بلایا، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دکتری تخصصی جمعیت شناسی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از دوره های مهم زندگی انسان، دوره نوجوانی است. نوجوانی یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی فرد است و به عنوان پلی کودکی را به دوره بزرگسالی پیوند می زند (۱). نوجوانی دوران پر تلاطمی است که تغییرات شدید جسمانی، روانی و اجتماعی را در بردارد. مسائل روانی وسیع و گسترده ای مانند افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی و افت تحصیلی ممکن است در این دوران بروز کند (۲). بلوغ یکی از ابعاد مهم این دوران است که اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر موفق فرد به دوران بزرگسالی و باروری می گردد (۳). اغلب دختران اطلاعات اولیه و ضروری درباره وضعیت جسم و روان در دوران بلوغ و رفتارهای بهداشتی متناسب با آن را ندارند. فقدان آموزش، اطلاعات غلط، خجالت و پرهیز از وارد شدن به بحث درباره بهداشت ناحیه تناسلی، مانع دستیابی دختران جوان به سلامت اجتماعی و روانی شده و باعث می شود که آنان احساس مثبتی راجع به خود و توانایی هایشان نداشته باشند و این مسأله سبب بروز مشکلات فراوانی می گردد (۴).

مفهوم خودکارآمدی در سال ۱۹۷۷ توسط آلبرت بندورا، استاد دانشگاه استانفورد تعریف شده است و از نظر بندورا، احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار محسوب می شود (۵). از دیدگاه تئوری شناختی - اجتماعی، خودکارآمدی در ارتباط با درک افراد از توانایی یا تمایلشان برای تغییر یا ادامه یک رفتار، به صورت موفقیت آمیز است. بر این اساس درک خودکارآمدی در ارتباط با پشتکار، تلاش و مداومت در هر جنبه از زندگی است (۶). بررسی ها نشان می دهند که افراد دارای خودکارآمدی بالا، تمایل بیشتری جهت مشارکت در رفتارهای چالش زا از خود نشان می دهند و تفسیر بهتری از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی ارائه می نمایند و به راحتی می توانند رفتارهای خود را کنترل کنند و علاوه بر این عامل خودکارآمدی نقش مهمی در تعدیل رابطه میان دانش و رفتار افراد ایفا می کند (۷). دوره نوجوانی دوره ای از چرخه تحول است که در خلال آن، باورهای خودکارآمدی بر پیامدهای روانشناختی تأثیرگذار است. در این دوره افراد با چالش های جدیدی مواجه می شوند و چگونگی کنار آمدن و سازگاری با این چالش ها تا حدی تحت تأثیر باورهای خودکارآمدی فرد است (۸). نیروی محرکه و پویای جامعه را همین قشر تشکیل می دهند و بنابراین بایستی به مسأله سلامت روان نوجوانان اهمیتی بیش از گذشته داده شود (۹). نوجوانان به دلیل دوره خاص رشد خود ناچارند با رویداد های

انتقالی بسیاری از نظر زیست شناختی، تحصیلی و اجتماعی روبرو شوند. آنان می بایست راه حل هایی برای حل مشکلات و مقابله با آنها بیابند. موفقیت آنان در چالش های بی شمار این دوره رشد، با خودکارآمدی آنان ارتباط دارد. نوجوانی که باور ضعیفی به کارآمدی خود دارد، منفعلانه تحت تأثیر این فشارها قرار می گیرد (۱۰). در نهایت آن که به وسیله شناسایی عوامل مؤثر در سلامت روانی، عاطفی و جسمانی نوجوان، می توان وی را برای ادامه یک زندگی مطلوب یاری نمود (۱۱). از این رو Mitchell و همکاران (۲۰۱۰) عنوان می کنند که باید راهکارهای افزایش خودکارآمدی به صورت جدی به افراد جامعه توصیه شود (۱۲) و یکی از عواملی که در رشد و توسعه خودکارآمدی نقش مهمی را ایفا می کند، عوامل آموزشی هستند (۵). زیرا هر قدر افراد جامعه اطلاعات بیشتری از مشکلات بهداشتی داشته باشند، بیشتر در مبارزه با آن تلاش می کنند و این کسب اطلاع و آگاه بودن، جز از طریق آموزش امکان پذیر نمی باشد (۱۳). بنابراین ساختار خودکارآمدی می تواند به عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه های آموزش بهداشت توسط کارکنان حرف بهداشتی درمانی به منظور ایجاد و ارتقاء رفتارهای بهداشتی سالم به کارگرفته شود (۱۴).

عوارض و مشکلات دوران بلوغ به راحتی قابل پیشگیری هستند و آموزش بهداشت از راهکارهای بنیادی و موفق ارتقاء سلامت است که با روشهای گوناگون جهت اصلاح آگاهی، شکل گیری عقاید و گرایش ها، کسب رفتار و شیوه های زندگی بهداشتی عمل می کند (۱۵). بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت هایی است که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت جسمی - روانی و عاطفی فرد در این دوران و دورانهای دیگر می شود که بیش از هر چیز نیازمند آموزش می باشد (۱۶). لذا بحث بر روش و زمان مناسب آموزش بهداشت بلوغ برای نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد. در مورد آموزش مسائل مرتبط با بلوغ، مدارس از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار بوده و بهترین محل جهت ایفای نقش می باشد (۱۷). یکی از بهترین راههای اصلاح رفتارهای بهداشتی در نوجوانان، آموزش بهداشت به آنان می باشد (۱۸). با توجه به امکان اولیه آموزش به طرق مختلف، انتخاب روش مناسب در موقعیت تدریس نقش مهمی دارد (۱۹). از جمله متداولترین و سنتی ترین روش های آموزشی معلم محور، سخنرانی است (۲۰). این روش که سابقه ای طولانی در نظامهای آموزشی دارد به ارائه مفاهیم به طور شفاهی از طرف معلم و یادگیری آنها از طریق گوش کردن و یادداشت برداشتن از طرف شاگرد می پردازد. در این روش یک نوع یادگیری

افسردگی، غم و غصه و... بر خودکارآمدی)، عدم شرکت در جلسات آموزشی، عدم مطالعه بسته آموزشی در مورد بهداشت بلوغ (این مورد از طریق پیگیری تلفنی با شرکت کنندگان در پژوهش بررسی گردید)، عدم اجرای تمرینات داده شده حین تحقیق و سه ماه بعد از آن بود (این مورد از طریق پیگیری تلفنی و مشاهده انجام تمرین داده شده در هر فصل، ۳ ماه بعد از مطالعه بررسی گردید). بدین ترتیب دانش آموزان واجد شرایط ورود به مطالعه پس از تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه توسط والدین و خود دانش آموزان و به طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند. جهت تعیین حجم نمونه، مطالعات اولیه نشان داده است که انحراف معیار نمره خودکارآمدی در حالت آموزش سخنرانی و بسته آموزشی بیشترین مقدار را دارا بوده و حدود ۱۲ می باشد (دامنه تغییرات از ۵۰-۰)، از طرفی مطالعات نشان داده است که سخنرانی نسبت به بسته آموزشی میانگین نمرات عزت نفس را حدود ۵ نمره افزایش می دهد لذا نمونه ای برابر ۹۰ نفر با احتساب ۳ نفر ریزش نمونه برای هر گروه با اطمینان و قدرت آزمون برابر ۸۰٪ جوابگوی بررسی بوده است. همچنین محتوی آموزشی در اختیار ۱۰ نفر از دانش آموزان قرار گرفت و اشکالات آن از نظر قابل فهم و درک بودن توسط دانش آموزان رفع گردید، همین طور محتوی بسته آموزشی توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران نظر خواهی شد. پس از جمع آوری نظرات، به کمک اساتید محترم راهنما و مشاور پرسشنامه ها اصلاح گردید. انتخاب افراد در گروههای مداخله سخنرانی، بسته آموزشی و کنترل به صورت تصادفی بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و موافقت مسئولین آموزش و پرورش با روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده دو مرحله ای با قرعه کشی از لیست مدارس ابتدایی آموزش و پرورش استان البرز، ۳ مدرسه به صورت تصادفی (۲ مدرسه برای گروههای مداخله سخنرانی و بسته آموزشی و ۱ مدرسه برای گروه کنترل) انتخاب گردید. پژوهشگر پس از مراجعه به مدیران مدارس انتخاب شده و تأیید مجوز توسط آنها توضیحات لازم را ارائه داده و از بین مدارس گروههای مداخله و کنترل به صورت جداگانه و تصادفی طبقه بندی شده از لیست دانش آموزان هر پایه در هر مدرسه با قرعه کشی به تعداد مورد نیاز و تکمیل ۹۰ نفر در هر گروه مداخله برای انجام مطالعه نمونه انتخاب گردید (۲۲ نفر برای پایه های سوم و چهارم، ۲۳ نفر برای پایه های پنجم و ششم). پژوهشگر از آنها جهت شرکت در یک جلسه توجیهی به همراه مادرانشان دعوت

و رابطه ذهنی بین معلم و شاگرد ایجاد می شود (۲۱). در کنار سایر روش ها، می توان از روش های دانش آموز محور، نظیر بسته های آموزشی نیز استفاده کرد (۲۲). امروزه تأکید بسیاری بر روش های دانش آموز محور، نظیر استفاده از بسته های آموزشی می شود. از آنجایی که این روش، روشی خودآموز می باشد، تمام اطلاعات مورد لزوم در یک زمان و مکان در دسترس می باشد و هر دانش آموز می تواند متناسب با توانایی خود از آنها استفاده کند و مواردی را که برایش مشکل تر است تکرار کند (۲۳).

بنابراین با توجه به این مسأله و با توجه به اینکه سن بلوغ در کشور ما نیز مانند سایر کشورها در حال کاهش است. اکثر دختران دبستانی قبل از ورود به دوره راهنمایی مرحله یا مراحل از بلوغ را پشت سر می گذارند. لذا توصیه می شود برنامه های آموزش بهداشت بلوغ از سال های آخر دبستان آغاز شود (۲۴). با توجه به مطالب فوق آموزش بهداشت بلوغ به دلیل شرایط خاص و بحران های روحی دوران بلوغ و کاهش ترس حاصل از این شرایط، همچنین پیشگیری از کسب اطلاعات نادرست یا از افرادی صلاحیت در مورد بهداشت بلوغ در این مقطع سنی ضروری به نظر می رسد. در کشور ما مطالعات فراوانی در مورد بهداشت بلوغ و نوجوانی انجام شده است اما اکثراً به شیوه سنتی عمل کرده اند، لذا پژوهشگران با توجه به تجربیات خود در حوزه های آموزش بهداشت به دختران نوجوان با توجه به منابع موجود بر آن شدند که جهت افزایش سلامت روان دختران نوجوان و ارتقاء کیفیت زندگی آن ها و در راستای ارتقاء سلامت افراد جامعه، پژوهشی فراتر از پژوهش های انجام شده در کشور طراحی و اجرا نمایند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مقایسه ای دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی در ارتباط با بهداشت بلوغ بر خودکارآمدی نوجوانان دختر به منظور طراحی پروتکل های آموزشی مربوطه از طرف مراجع ذیربط انجام شده است.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع مداخله ای آموزشی نیمه تجربی با گروه کنترل است. جامعه پژوهش کلیه دختران ۹-۱۲ ساله مدارس ابتدایی و نمونه های پژوهش نیز دختران ۹-۱۲ ساله مدارس ابتدایی ناحیه ۲ شهر کرج بوده اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دانش آموزان دختر ۹-۱۲ ساله مدارس ابتدایی دولتی و عدم شرکت در برنامه های آموزشی بهداشت بلوغ بود. معیارهای خروج نیز شامل فوت یکی از بستگان در طول مطالعه (به دلیل تأثیرات روانی آن مانند

شامل ۱۷ سؤال در زمینه‌هایی مانند تسلیم مشکلات نشدن، توانایی برخورد با مشکلات، توانایی دستیابی به اهداف، پایداری برای انجام فعالیت‌ها و... می‌باشد (در این مطالعه ارزیابی خودکارآمدی عمومی در ارتباط با بهداشت روانی بلوغ و مباحث مرتبط با خودکارآمدی در دوران نوجوانی که به صورت پرسشنامه‌ای استاندارد شد بوده است، مورد ارزیابی قرار گرفته است). هر سؤال دارای پنج گزینه کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم است که هر کدام از سؤالات فقط یک پاسخ صحیح دارد. نمره دهی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران به این ترتیب است که به هر سؤال از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد. امتیاز زیر ۲۵٪ (امتیاز ۱۷ تا ۳۳/۹) به عنوان خودکارآمدی پایین، بین ۲۵٪ تا ۷۵٪ (امتیاز ۳۴ تا ۶۷/۹) به عنوان خودکارآمدی متوسط و بالای ۷۵٪ (امتیاز ۶۸ تا ۸۵) به عنوان خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شد (۲۵). در مورد پرسشنامه خودکارآمدی شرر ضریب پایایی کرونباخ که Sherer و همکاران برای زیرمقیاس خودکارآمدی عمومی گزارش کرده‌اند برابر ۰/۸۶ است. در ایران، علی‌نیکروئی (۱۳۸۲) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات را برابر ۰/۷۸ به دست آورد که مقبول است. همچنین اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۶). به منظور تعیین اعتماد علمی و پایایی داخلی ابزارها از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که عدد ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفته است. و برای پایایی بیرونی ابزارها گردآوری اطلاعات از روش آزمون مجدد استفاده گردیده است، به این ترتیب که پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از دانش‌آموزان یکی از مدارس ابتدایی آموزش و پرورش استان البرز که ویژگی‌های واحد‌های مورد پژوهش را داشته‌اند ولی شامل نمونه‌های پژوهش نبوده‌اند، در دو مرحله و به فاصله زمانی دو هفته تکمیل گردیده است. پاسخ‌های دو مرحله با ضریب پایایی بیش از ۰/۹۵ مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نکات اخلاقی زیر توسط پژوهشگر رعایت گردیده است:

- ۱- اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه با شماره مجوز ۹۱/د/۱۳۰/۳۴۲۹.
- ۲- جهت انجام پژوهش، معرفی نامه رسمی از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت ارائه به مدارس تحت پوشش ناحیه ۲ آموزش و پرورش استان البرز کسب گردیده است.
- ۳- جهت انجام پژوهش، معرفی نامه رسمی از پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت ارائه به رؤسای مدارس

کرده و توضیحات لازم در مورد محتوای آموزشی، تاریخ شروع جلسات سخنرانی و تحویل بسته آموزشی، تعداد جلسات آموزشی، مکان برگزاری کلاس‌ها و نحوه انجام کار و ... ارائه داده شد. در این جلسه تمامی معیارهای ورود به مطالعه توسط پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفت و از دانش‌آموزان و مادران آنها در مورد همه موارد سؤالاتی پرسیده شد. و ضمن تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات و این که هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند، به صورت داوطلبانه از آن‌ها ثبت نام به عمل آمد و رضایت نامه کتبی از والدین و دانش‌آموزان گرفته شد. در این مطالعه، داده‌ها در دو مرحله به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در طی سه ماه جمع‌آوری گردید. در گروه مداخله ۱، به صورت ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای سخنرانی (به طور جداگانه برای هر یک از پایه‌ها) توسط پژوهشگر که محتوای جلسات سخنرانی کاملاً مانند بسته آموزشی بوده است و توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی (گروه تخصصی روانشناسی بالینی، بهداشت باروری، آموزش بهداشت) دانشگاه علوم پزشکی تهران نظر خواهی شده بود انجام پذیرفت. در این جلسات وسایل کمک آموزشی از قبیل ماژیک و تخته، پاورپوینت آموزشی استفاده گردید. برنامه آموزشی بهداشت دوران بلوغ در گروه اول در طی جلسه اول: مقدمه‌ای بر بلوغ، تغییرات بلوغ، جلسه دوم: تغذیه، ورزش و فعالیت بدنی، خواب و استراحت، بهداشت فردی، بهداشت قاعدگی، احکام دینی عادت ماهانه، جلسه سوم: بهداشت روانی و تغییرات روانی بلوغ و مباحث مرتبط با خودکارآمدی برگزار گردید و در گروه دیگر از بسته آموزشی استفاده گردید. بسته آموزشی به صورت جزوه آموزشی حاوی ۵ فصل (فصل اول: مفهوم بلوغ، فصل دوم: تغییرات بلوغ، فصل سوم: رفتارهای بهداشتی دوران بلوغ، فصل چهارم: احکام دینی عادت ماهانه، فصل پنجم: بهداشت روانی و تغییرات روحی روانی بلوغ و مباحث مرتبط با خودکارآمدی) و تمرینهای ارزشیابی که در انتهای هر فصل گنجانده شده بود به دانش‌آموزان ارائه گردید. پس از طی ۱۲ هفته پرسشنامه بررسی خودکارآمدی شرر مجدداً، توسط همان دانش‌آموزان تکمیل گردید. در گروه کنترل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه بررسی خودکارآمدی عمومی شرر در ابتدای مطالعه و ۱۲ هفته بعد پرسشنامه بررسی خودکارآمدی شرر مجدداً، توسط همان دانش‌آموزان تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود، که از ۲ پرسشنامه در این مطالعه استفاده گردید که عبارت بودند از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه Sherer General Self-efficacy scale

دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بوده اند. اکثریت پدران در گروه سخنرانی (۳۸/۹٪) و بسته آموزشی (۴۲/۲٪) و گروه کنترل (۳۶/۷٪) دارای شغل آزاد بودند. اکثریت مادران در گروه سخنرانی (۸۸/۹٪) و بسته آموزشی (۸۰٪) و گروه کنترل (۹۵/۶٪) خانه دار بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه سخنرانی (۸۳/۳٪) و بسته آموزشی (۸۶/۶٪) و گروه کنترل (۸۴/۴٪)، در زمان انجام پژوهش قاعده نشده اند. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون های آماری اختلاف آماری معناداری در بین مشخصه های دموگرافیک سه گروه مداخله مشاهده نمی شود. و گروه های مداخله از نظر آماری همگن می باشند.

منتخب کسب گردیده است.

۴- پژوهشگر خود را به مسئولین این مدارس انتخاب شده با ارائه معرفی نامه معرفی نموده است.

۵- اهداف و ماهیت پژوهش برای مدیران مدارس واحدهای مورد پژوهش به صورت واضح و دقیق توضیح داده شده است.

۶- اخذ رضایت نامه آگاهانه از والدین، و خود دانش آموز.

۷- واحدهای مورد پژوهش برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد بوده اند.

۸- در مورد محرمانه نگه داشتن اطلاعات کسب شده به کلیه واحدهای مورد مطالعه اطمینان داده شده است. بدین منظور از پرسشنامه ها، بدون ذکر نام و نام خانوادگی استفاده گردیده است.

۹- به واحدهای مورد پژوهش و مسئولین اطمینان داده شده است که در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت.

۱۰- ملاحظات اخلاقی در زمینه بازنگری متون و جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل آنها رعایت گردیده است.

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار رایانه ای SPSS نسخه ۱۷ استفاده گردید. در ابتدا جهت بررسی همگن بودن مشخصات دموگرافیک در سه گروه مورد مطالعه از آزمون های کای اسکور و فیشر استفاده شد. جهت بررسی و مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی در سه گروه قبل و ۳ ماه بعد از آموزش از آزمون تی تست استفاده گردید. جهت بررسی و مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی دو به دوی گروه های مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه به همراه آزمون توکی انجام پذیرفت. و همین طور به منظور مقایسه اثر نوع آموزش بر خودکارآمدی دو به دوی گروه های مورد مطالعه از آزمون توکی استفاده گردید.

یافته ها

مشخصات فردی دانش آموزان در قالب جدول شماره ۱ آمده است. نتایج حاصل از بررسی متغیرهای زمینه ای نشان داد میانگین سن دانش آموزان در گروه مداخله سخنرانی ۱۰/۷ و در گروه مداخله بسته آموزشی ۱۰/۶۲ و در گروه کنترل ۱۰/۶۲، اکثریت پدران در گروه سخنرانی (۴۳/۳٪) و در گروه بسته آموزشی (۴۷/۸٪) دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم و در گروه کنترل (۴۵/۶٪) دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بوده است. اکثریت مادران در گروه سخنرانی (۵۰٪) و در گروه بسته آموزشی (۴۷/۸٪) دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم و در گروه کنترل (۴۳/۳٪)

جدول ۱ - توزیع فراوانی دانش آموزان دختر مدارس ابتدایی تحت پوشش ناحیه ۲ آموزش و پرورش استان البرز بر حسب مشخصات فردی در سه گروه مداخله در

سال ۱۳۹۱

p-value	گروه آموزشی						مشخصات دانش آموزان وضعیت	
	کنترل		بسته آموزشی		سخنرانی			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن(سال)	
آزمون کای اسکوتر P=۰/۹۹۶	۲۰	۱۸	۲۱/۱	۱۹	۱۸/۹	۱۷		
	۲۳/۳	۲۱	۲۲/۲	۲۰	۲۰	۱۸	۱۰	
	۳۱/۱	۲۸	۳۰	۲۷	۳۳/۳	۳۰	۱۱	
	۲۵/۶	۲۳	۲۶/۷	۲۴	۲۷/۸	۲۵	۱۲	
آزمون فیشر P=۰/۰۹	۴/۴	۴	۲/۲	۲	۲/۲	۲	بی سواد	تحصیلات پدر
	۴۵/۶	۴۱	۲۸/۹	۲۶	۳۶/۷	۳۳	ابتدایی و راهنمایی	
	۴۲/۲	۳۸	۴۷/۸	۴۳	۴۳/۳	۳۹	دیپلستان و دیپلم	
	۷/۸	۷	۲۱/۱	۱۹	۱۷/۸	۱۶	دانشگاهی	
آزمون کای اسکوتر P=۰/۰۸۷	۸/۹	۸	۲/۲	۲	۵/۶	۵	بی سواد	تحصیلات مادر
	۴۳/۳	۳۹	۳۲/۲	۲۹	۳۳/۳	۳۰	ابتدایی و راهنمایی	
	۴۱/۱	۳۷	۴۷/۸	۴۳	۵۰	۴۵	دیپلستان و دیپلم	
	۶/۷	۶	۱۷/۸	۱۶	۱۱/۱	۱۰	دانشگاهی	
آزمون فیشر P=۰/۶۲	۲/۲	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۲	بیکار	شغل پدر
	۳۴/۴	۳۱	۳۴/۴	۳۱	۲۶/۷	۲۴	کارمند	
	۲۱/۱	۱۹	۱۴/۴	۱۳	۲۲/۲	۲۰	کارگر	
	۳۶/۷	۳۳	۴۲/۲	۳۸	۳۸/۹	۳۵	شغل آزاد	
	۵/۶	۵	۳/۳	۳	۵/۶	۵	بازنشسته	
	۰	۰	۳/۳	۳	۴/۴	۴	سایر موارد	
آزمون کای اسکوتر P=۰/۰۵۱	۹۵/۶	۸۶	۸۰	۷۲	۸۸/۹	۸۰	خانه دار	شغل مادر
	۴/۴	۴	۱۹/۹	۱۸	۱۱/۱	۱۰	سایر موارد	
آزمون کای اسکوتر P=۰/۵۵۶	۱۵/۶	۱۴	۱۳/۳	۱۲	۱۶/۷	۱۵	قاعده می شود	وضعیت قاعدگی
	۸۴/۴	۷۶	۸۶/۶	۷۸	۸۳/۳	۷۵	قاعده نمی شود	

جدول ۲- بررسی مقایسه ای اثر نوع آموزش بر خودکارآمدی دو به دوی گروه های مورد پژوهش در سه گروه سخنرانی، بسته آموزشی و کنترل

نتیجه آزمون	اثر آموزش		بعد از آموزش		قبل از آموزش		گروه خودکارآمدی
	انحراف معیار	اختلاف میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
Tukey P<0/001	۱۴/۸۲	۱۲/۹	۷	۷۳/۴۸	۱۶/۲۲	۶۰/۵۸	سخنرانی بسته آموزشی
	۱۴/۱۹	۲۴/۷۴	۳/۷۷	۷۹/۱۲	۱۴/۰۵	۵۴/۳۷	
Tukey P<0/001	۱۴/۸۲	۱۲/۹	۷	۷۳/۴۸	۱۶/۲۲	۶۰/۵۸	سخنرانی کنترل
	۷/۴۸	۲/۵۵	۱۱/۹۹	۵۷	۱۲/۷۱	۵۴/۴۴	
Tukey P<0/001	۱۴/۱۹	۲۴/۷۴	۳/۷۷	۷۹/۱۲	۱۴/۰۵	۵۴/۳۷	بسته آموزشی کنترل
	۷/۴۸	۲/۵۵	۱۱/۹۹	۵۷	۱۲/۷۱	۵۴/۴۴	

جدول شماره ۲ بر اساس آزمون توکی بعد از ANOVA انجام گرفته است نشان دهنده اثر نوع آموزش در بین سه گروه مداخله می باشد، که با توجه به نتایج به دست آمده اثر نوع آموزش بر خودکارآمدی در گروه سخنرانی و بسته آموزشی اختلاف آماری معناداری نشان می دهد ($P<0/001$) که با توجه به اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه بسته آموزشی $14/19 \pm 24/74$ نسبت به گروه سخنرانی $12/9 \pm 14/82$ مؤثرتر در افزایش نمرات خودکارآمدی بوده است. همچنین میان اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه سخنرانی و کنترل اختلاف آماری معناداری نشان می دهد ($P<0/001$). مقایسه اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه بسته آموزشی و کنترل اختلاف آماری معناداری نشان می دهد ($P<0/001$).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی دانش آموزان قبل و بعد از آموزش در مدارس ابتدایی تحت پوشش ناحیه ۲ آموزش و پرورش استان البرز

در سه گروه مداخله در سال ۱۳۹۱

نتیجه آزمون Paired-Samples T Test	اثر آموزش	بعد از مداخله	قبل از مداخله	شاخص آماری	خودکارآمدی گروه
Paired Samples Test P<0/001	۱۲/۹	۷۳/۴۸	۶۰/۵۸	میانگین	سخنرانی
	۱۴/۸۲	۷	۱۶/۲۲	انحراف معیار	
Paired Samples Test P<0/001	۲۴/۷۴	۷۹/۱۲	۵۴/۳۷	میانگین	بسته آموزشی
	۱۴/۱۹	۳/۷۷	۱۴/۰۵	انحراف معیار	
Paired Samples Test P=0/002	۲/۵۵	۵۷	۵۴/۴۴	میانگین	کنترل
	۷/۴۸	۱۱/۹۹	۱۲/۷۱	انحراف معیار	

جدول شماره ۳ بر اساس آزمون تی زوج انجام گرفته است. بین میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از آموزش در واحدهای مورد پژوهش اختلاف آماری معناداری را نشان می دهد و با مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از آموزش ملاحظه می شود. میانگین مذکور در دو گروه سخنرانی و بسته آموزشی پس از مداخله افزایش واضح نسبت به گروه کنترل یافته است.

است، که با توجه به اختلاف میانگین به دست آمده در گروه بسته آموزشی $14/19 \pm 24/74$ نسبت به گروه سخنرانی $12/9 \pm 14/82$ و گروه کنترل $7/48 \pm 2/55$ روش بسته آموزشی مؤثرتر از روش سخنرانی در ارتقاء نمرات خودکارآمدی بوده است. که علت این تفاوت و مؤثر بودن روش بسته آموزشی را می توان به تمرینات جالب تر و یا جذاب تر بخش بهداشت روانی بسته آموزشی در این گروه سنی (۹-۱۲ سال) که متمرکز بر ارتقاء خودکارآمدی

بحث

مطابق با هدف مطالعه که به تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر ۹-۱۲ ساله می پردازد، نتایج حاصل از مقایسه اثر نوع آموزش بر خودکارآمدی در دو گروه مداخله و گروه کنترل، نشان داد که بین دو گروه سخنرانی و بسته آموزشی با گروه کنترل اختلاف آماری معناداری ($P<0/001$) بر اساس آزمون توکی مشاهده گردیده

دختران نوجوان به انجام رسانیدند. نتایج مطالعه نشان داد که میزان خودکارآمدی و عزت نفس گروه آزمایش افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل یافته بود. بر این اساس می توان نتیجه گیری کرد که آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر می تواند خودکارآمدی و عزت نفس دختران نوجوان را افزایش دهد (۳۱). این مطالعه با مطالعه حاضر که هر دو به بررسی تأثیر آموزش بر ارتقاء خودکارآمدی نوجوانان می پردازد همسو می باشد. در تمامی مطالعات ذکر شده و مطالعه حاضر می توان به نقش مؤثر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی نوجوانان اشاره نمود و همچنین روش آموزشی بسته آموزشی که در گروه سنی نوجوانان مؤثرتر واقع شده است اشاره کرد که جزو روشهای آموزشی انفرادی می باشد.

ولی در مطالعه مجلسی و همکاران (۱۳۷۸) که با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی - بسته آموزشی) بر آگاهی و نگرش دختران در مورد بهداشت بلوغ در مدارس دخترانه مقطع راهنمایی جزیره کیش انجام شد، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات آگاهی بعد از آموزش در گروه سخنرانی $۶/۰۳ \pm ۲۲/۲۷$ و در گروه بسته آموزشی $۵/۵۸ \pm ۱۸/۷$ گزارش شده است. و در مورد میانگین نمرات نگرش بعد از آموزش در گروه بسته آموزشی $۲/۱۷ \pm ۱۶/۲۸$ و در گروه سخنرانی $۲/۴۶ \pm ۱۶/۳۴$ بوده است. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش آموزشی باعث افزایش آگاهی دختران نوجوان در ارتباط با بهداشت بلوغ شده است ولی روش سخنرانی مؤثرتر واقع شده است، و همین طور روش بسته آموزشی در افزایش نمرات نگرش مؤثرتر واقع شده است (۳۲). نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر که روش بسته آموزشی مؤثرتر در ارتقاء نمرات خودکارآمدی بوده است غیر همسو می باشد.

با توجه به مطالعه ذکر شده انتخاب روش مناسب در آموزش نوجوانان نقش به سزایی را در ارتقاء خودکارآمدی دانش آموزان داشته است. تبیین احتمالی در مورد این یافته به این صورت است که سالهای نوجوانی مرحله مهم برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می رود. در این دوره عوامل و مسائل مختلفی می تواند نوجوانان را به علت روحیه حساس و شکننده ای که دارند به انواع ناهنجاریهای رفتاری، اجتماعی، عاطفی، روانی و شخصیتی دچار سازد. یکی از این عوامل بی اطلاعی نوجوانان در مورد مسائل مربوط به بلوغ و نوجوانی (به خصوص بخش بهداشت روانی آن) و همچنین کمبود منابع آگاه اطلاع رسانی به نوجوانان در این خصوص می باشد. نوجوانی که مهارت لازم را برای مواجهه با این دوران حساس کسب نکرده، تعادل هیجانی، عاطفی، روانی

بوده است اشاره کرد. روش آموزشی بسته آموزشی روشی انفرادی است که دانش آموز می تواند مطالب مشکل تر را برای خود تکرار کند و روشی می باشد که بیشتر بر حیطه روانی-حرکتی یادگیری تأثیر گذار می باشد (۲۷). نقش اثر بخشی برنامه های آموزشی در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان به اثبات رسیده است. یافته های این قسمت از پژوهش با بررسی های انجام شده در داخل و خارج کشور به شرح ذیل مورد بررسی قرار می گیرد (مطالعه ای در داخل کشور و خارج از کشور که در ارتباط با آموزش بهداشت بلوغ و خودکارآمدی به انجام رسیده باشد یافت نگردید).

Casazza و Ciccazzo مطالعه ای را با هدف بررسی مقایسه تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی کامپیوتری بر تغییرات رفتاری نوجوانان در آمریکا به انجام رسانیدند. نتایج مطالعه بر اساس آزمون آماری تی زوج اختلاف معناداری ($P < ۰/۰۰۱$) را بین میانگین نمرات آگاهی دانش آموزان در مورد تغذیه دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش از طریق بسته آموزشی نشان داد که نشاندهنده مؤثرتر بودن روش آموزشی بسته آموزشی در ارتقاء تغییرات رفتاری نوجوانان بوده است (۲۸). مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر که به تأثیر دو روش آموزشی بر ارتقاء خودکارآمدی دانش آموزان در ارتباط با بهداشت بلوغ پرداخته است همسو می باشد. مطالعه Parwez و همکاران که به بررسی تأثیر بسته آموزشی بهداشت باروری بر آگاهی دختران ۱۹-۱۵ ساله در چاندیگار هند پرداخته است. در این مطالعه، آزمون آماری ویلکاکسون اختلاف آماری معناداری ($P < ۰/۰۰۱$) را بین سطح آگاهی دانش آموزان قبل و بعد از آموزش نشان داده است (۲۹). نتایج مطالعات ذکر شده مبنی بر مؤثرتر بودن روش بسته آموزشی در ارتقاء آگاهی دانش آموزان در ارتباط با بهداشت بلوغ بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. در مطالعه صفوی و همکاران (۱۳۹۱) با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای تغذیه ای و فعالیت های ورزشی بر خودکارآمدی دانش آموزان مدارس راهنمایی شهر کرمان انجام گرفت، نشان داد که آموزش رفتارهای تغذیه ای و فعالیت های ورزشی بر خودکارآمدی دانش آموزان تأثیر مثبت دارد، لذا انجام مداخلات آموزشی جهت ارتقاء خودکارآمدی در زمینه های مختلف بهداشتی و پیشگیری را ضروری می داند (۳۰). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر که هر دو به تأثیر آموزش بر خودکارآمدی پرداخته است و به نقش مؤثر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی اشاره می نماید همسو می باشد. علیزاده و همکاران (۱۳۸۷) نیز مطالعه ای را با عنوان تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی و عزت نفس

و شخصیتی ندارد. نمی تواند با دیگران ارتباط سالمی داشته باشد. نمی تواند در جامعه ابراز وجود نماید و دچار نوعی سردرگمی و پریشانی است. در حالی که با آموزش مباحث مربوط به بهداشت دوران بلوغ (جسمی، روانی) می توان بسیاری از مشکلات را مرتفع ساخت و آنان را در تعامل صحیح با محیط اطراف و در نتیجه افزایش خودکارآمدیشان یاری داد.

نتیجه گیری

باتوجه به نتایج به دست آمده از تحقیقات بالا و نظریه های مطرح شده می توان نتیجه گرفت که آموزش بهداشت دوران بلوغ در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان مؤثر است. با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات مختلف اهم آموزش های دوران بلوغ توسط منابع آگاه به منظور افزایش سلامت روان دانش آموزان به خوبی آشکار شده است. بنابراین مشارکت فعال افراد درگیر در این مقوله سبب افزایش سلامت جسمی و روانی دوران بلوغ نوجوانان می گردد. بر این اساس پیشنهاد می شود درسی به عنوان بهداشت دوران بلوغ و نوجوانی در دروس نظام آموزشی دوره ابتدایی دختران گنجانده شود. بدین ترتیب ماماها و سایر افراد گروه پزشکی در زمان های مناسب در مدارس حضور یابند و براساس طرح درسی مدون و واحد به آموزش نوجوانان بپردازند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته های مطالعه نشان دهنده مؤثر بودن هر دو روش آموزشی در ارتقاء خودکارآمدی دانش آموزان در مورد بهداشت بلوغ می باشد. البته با توجه به این مساله که روش بسته آموزشی با اختلاف آماری معنادار ($P < 0/001$) بر خودکارآمدی که بر اساس آزمون آماری ANOVA به انجام رسیده است مؤثرتر از روش آموزشی سخنرانی بوده است. بر این اساس پیشنهاد می شود که در صورت امکان، در کنار سایر روش ها، از روش بسته آموزشی نیز در سایر مدارس جهت آموزش بهداشت بلوغ به خصوص در ابعاد بهداشت روانی بلوغ استفاده گردد. تحقیقات زیادی در مورد تأثیر آموزش بهداشت جسمی بلوغ در ایران انجام شده

ولی در زمینه بهداشت روانی بلوغ تحقیقات محدودی انجام گرفته است. لذا پیشنهاد می گردد پژوهشی به صورت بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی بلوغ بر مولفه های دیگر سلامت روانی دانش آموزان انجام شود تا نتایج حاصل از این پژوهش را مورد تأیید قرار دهند. با توجه به این که پژوهش حاضر در جامعه ای محدود و با تعداد نمونه نه چندان زیاد انجام شده است، لذا پیشنهاد می شود جهت قابلیت تعمیم نتایج، مطالعات دیگری در سطح کشوری و با تعداد نمونه بیشتری انجام گیرد.

مهمترین محدودیت در اجرای این پژوهش آن بود که بسیاری از والدین دانش آموزان زمان انجام آموزشها را به دختران خود بسیار زود و یا حتی بی مورد می دانستند و این مساله می تواند برخاسته از فرهنگ سنتی، باورهای غلط و اشتباه آنها در خصوص آموزش بهداشت بلوغ باشد. بر این اساس به پژوهشگران پیشنهاد می شود در تحقیقهای بعدی خود در این گروه سنی جلسه آموزشی نیز در مورد آگاه سازی و اهمیت لزوم آموزش بهداشت دوران بلوغ در این گروه سنی (۹-۱۲ ساله) برای والدین نیز در نظر گرفته شود تا در کنار این برنامه آموزشی والدین نیز همکاری بیشتری نشان داده و لزوم اهمیت آموزش بهداشت دوران بلوغ را در این گروه سنی درک نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران مورخ ۹۲/۱/۲۶ می باشد. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از سرکار خانم دکتر تقوی که در امر نظارت بر بسته آموزشی نقش مؤثر و مهمی داشته اند، ریاست محترم، معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئولان محترم ناحیه ۲ آموزش و پرورش استان البرز اعلام می داریم.

منابع

- 1- Mazaheri M, Ramezan Khani A, Dehdari T. [The impact of health education on health-promoting preventive behavior pattern of dental caries in schoolchildren]. Journal of Payesh 2005; 11: 497-503. (Persian)
- 2- Aghayusefi Al, Alipour Ah, Najari Hasan Zad F. [The impact of health education on puberty and menstruation in girls third Public health]. Archive of SID 2009; 105-118. (Persian)
- 3- McKenzie JF, Pinger R, Kotecki JE. [An introduction to community health]. Boston: Jones&Bartlett. 2005:207.

- 4- Parwej S, Kamar R, Walia I. Reproductive health education intervention trial; The Indian Journal of pediatrics. 2005; 74(4): 287-291.
- 5- Morovati Sharifabad M, Rohani Tonakaboni N. [Self care behaviors perceived self-efficacy in diabetic patients referred to Yazd diabetes research center]. Journal Scientific Birjand University of Medical Sciences 2008; 15: 91-100. (Persian)
- 6- Perlman D. [Influence of the sport education model on physical self-efficacy]. Public health Nursing. 2010; 24: 1-5.
- 7- Saksvig IB, Gittelshon J, Harris BS, Hanley GA, Valente WT, Zinman B. [A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children]. Journal of Nutr 2005; 21: 2392-98.
- 8- Caprara G, Barbaranelli V, Postorellic C, Cervone D. [The contribution of self-efficacybeliefs to psychosocial outcomes in adolescence:Predicting byeyond global dispositional tendencies]. Personality and individual Differences 2004; 37: 751-763.
- 9- Pajares F. [Self- efficacy belifs in academic setting]. review of Educational reaserch 1997; 66:543-578.
- 10- Richardson E.D. [Adventure Based Theory and Self Efficacy Theory: Test of TreatmentModel for Late Adolescents with Depressive Symptomatology,Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University] 1999.
- 11- Ostadyan M, Sudani M, Mehrabi honarmand M. [Effects of group counseling in a rational way - emotional - behavioral test anxiety and self-Ellis on third-grade girls school in PA]. Journal of Teaching and Learning Studies city 2009;1 (2): 18-1. (Persian)
- 12- Mitchell MSH, Henderson JR, Aubuchon S, Turner L, Eds. [Enhancing exercise behaviors: application of self efficacy concepts]. Alabama: University of Alabama; 2010: 1-5.
- 13- IlderAbadi E. [Community health nursing textbook of 1, 2, 3 based on headline announced by the supreme planning council]. Tehran: Salemi Publication; 2004 : 202-205. (Persian)
- 14- Peyman N, Heydarnia A, Ghofranipour F, Kazemnezhad A, Aminshokravy F. [The assessment relationship between perceived self-efficacy and fertility behaviors of Iranian women undergoing fertility of therapeutic and health centers of Mashhad city to reduce unwanted pregnancies]. Journal of Fertility and infertility Quarterly 2007; 3: 78-90. (Persian)
- 15- Pureslami M. [Study of knowledge, attitude and behavior towards female students menstrual hygiene]. Journal of Raz be zistan 2000; 13. (Persian)
- 16- Carole LE, Carole LM. [Health promotion]. 4th ed. Mosby Inc 1998: 558.
- 17- Ahmadi B, Malekafzali H. [Evaluation of health education during puberty third student in southern Tehran]. Journal of Iran Health 1997; 28: 27-38. (Persian)
- 18- Stanhope, M. Lancaster, J. [Community and public health nursing]. Mosby 2005. (Persian)
- 19- Hodge BC, Videto DM. [Assessment and planning in health programs.Sudbury:Jones and Bartlett] 2005: 100.
- 20-Hejazi Sh. [Teaching methods in education]. Tehran: Tohfe Publications 2006: 48. (Persian)
- 21- Safavi A. [Methods, techniques, models of teaching]. Tehran: Samt Publications 2006: 116. (Persian)

- 22- Lee MB. [Creating knowledge through partnerships in global education: using small-group strategies with large groups]. *Journal of Nursing Education* 2001 May; 40(5): 222-4. (Persian)
- 23- Sedighi. [Design, development and implementation modules]. Director General, Ministry of Higher Education 1998.
- 24- Farhikhte Rad M, Shamsi Deylami K, Mehrabani Far Z. [Evaluation of Qazvin city schools elementary school teachers' knowledge about health and changes during puberty]. *Journal of Qazvin University Research Committee* 2011; 6: 45 – 52. (Persian)
- 25- Hadi H. [Evaluation of occupational stress and its relation to self nurses Branch]. Master's thesis. Tehran University of Medical Sciences 2009. (Persian)
- 26- Hirschy A. J, Morris J. R. [Individual Differences in Attributional Style: The Relation Influence of Self-Efficacy, Self-Esteem, and Sex Role Identity, Personality and Individual Differences] 2002; 32: 183-196.
- 27- Saberian A, Salemi P. [How to write lesson plans]. Tehran. Iran: Posted healthy 2002. (Persian)
- 28- Casazza k, Ciccazzo M. [The method of delivery of nutrition physical activity information may play a role in eliciting behavior changes in adolescents]. *Eating behavior* 2005; 8(1):73- 82.
- 29- Parwej S, Kamar R, Walia I.[Reproductive health education intervention trial]. *The Indian Journal of pediatrics* 2005; 74(4):287-291.
- 30- Safavi M, Yahyavi H, Mahmoudi M, Pvrhymy M. [The effect of education on dietary behaviors of middle school students in 2010]. *Journal of Nursing and Midwifery, Kerman Kerman* 2010; 11. (Persian)
- 31- Alizadeh H, Fard Nassiri N, Karami A. [Effect of reliance on the self-esteem of adolescent girls based on Adler's approach. *Social Studies - Psychological women*] 2008; 8 (4): 143 -168. (Persian)
- 32- Majlesi F, Mahmoudi M, Rahimi A.[Comparison of two methods of teaching speech and depending on the knowledge and attitude of adolescent girls]. In *Hormozgan Medical Journal* 2009; 15 (4): 327-332. (Persian)