Journal of
Guilan University of Medical Sciences

Autumn 2020. Vol 29. Num 3

Research Paper:

Prioritizing the Healthcare Needs of Adolescent Girls in Iran

Sepideh Panjalipour[1], *Zahra Bostani Khalesi[2], Sedigheh Rezaei Chamani[2], Ehsan Kazemnejad Leili[2]

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Panjalipour S, Bostani Khalesi Z, .Rezaei Chamani S, Kazemnejad Leili E. Prioritizing the Healthcare Needs of Adolescent Girls in Iran. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2020; 29(3):58-71. https://doi.org/10.32598/JGUMS.29.3.1526.1

https://doi.org/10.32598/JGUMS.29.3.1526.1

CC BY NC

Received: 18 Dec 2019
Accepted: 07 Jul 2020
Available Online: 01 Oct 2020

Keywords:
Healthcare needs, Need assessment, Adolescent girls

ABSTRACT

Background Adolescence is an important and vital period in the human lifespan. Adolescent girls' health is affected by special cultural and social factors; investing in their health requires careful planning and effective intervention. For any planning, accurate knowledge of their needs is necessary.

Objective This study aims to assess the healthcare needs of adolescent girls in Iran.

Materials and Methods This descriptive cross-sectional study was conducted on 850 female students who were studying in first- and second-grade high schools in Rasht, Iran. They were selected using a multistage cluster sampling technique. In this study, a demographic form and the Female Adolescents Health Needs Questionnaire (FAHNQ) were used for data collection. The collected data were analyzed in SPSS V. 21 software using descriptive statistics.

Results According to the participants, the top priority healthcare need was related to the emotional need (23.47±12.22%), followed by social (21.02±11.68%), educational (18.63±16.01%), physical (15.12±10.34%) and spiritual needs (13.86±11.99%).

Conclusion The decision-makers in the health sector should pay more attention to the emotional needs of adolescent girls to promote their primary health.

Extended Abstract

1. Introduction

Adolescence is an important and vital period in the human lifespan [1]. The adolescent girls' health is affected by special cultural and social factors. Investing in their health requires careful planning and effective intervention [2]. For any planning, accurate knowledge of their needs is necessary [3]. In the International Conference on Population and Development, emphasis was placed on the difference between the needs of adults and adolescents [4]. Participating countries were asked to identify and address these needs [2]. Despite the differences inherent in adolescents, few studies have been conducted to assess their specific health needs [5].

The aim of this study was to assess the healthcare needs of adolescent girls in Iran.

* *Corresponding Author:*
Zahra Bostani Khalesi, PhD.
Address: Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
Tel: +98 (133) 3355056
E-Mail: z_bostani@yahoo.com

2. Materials and Methods

This descriptive cross-sectional study was performed on 850 female students who were studying in the first- and second-grade high schools in Rasht, Iran. Participants were selected based on a multistage cluster sampling method. Data were collected using a two-part questionnaire. The first part had 18 items surveying socio-demographic characteristics (age, grade, field of study, place of residence, ethnicity, number of family members, birth order, parents' age/education/occupation, family income, living with/without parents). The second part was the Female Adolescents Health Needs Questionnaire (FAHNQ) developed by Shahhosseini et al. to assess the female adolescents' expectations and perceptions of the healthcare needs. It has 65 items and five domains: physical (14 items); emotional (16 items); social (16 items); educational (14 items); and spiritual (5 items). Participants were asked to rate the healthcare needs based on the gap between their expectations and perceptions on a 5-point Likert scale ranging from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree) [23]. The scores were recorded in percentage. The face validity of this questionnaire was tested on 30 females, and has an acceptable content validity of 92%. Moreover, its reliability using Cronbach's alpha coefficient was reported 0.90. Statistical analysis was performed in SPSS V. 21 software using descriptive statistics (Mean, standard deviation, median, minimum, and maximum).

3. Results

The Mean±SD age of participants was 15.3±1.6 years, ranged from 12 to 18 years. The mean age of their fathers and mothers was 45.2±6.2 and 40.7±5.7 years, respectively (Table 1).

Their Mean±SD score of healthcare needs were as follows: Physical need=15.12±10.34; emotional need=23.47±12.22; social need=21.02±11.68; educational need=18.63±16.01; spiritual need=13.86±11.99; and overall healthcare need=18.8±10.1. As can be seen, the highest score was related to the emotional health need (23.47%), and the lowest score was related to the spiritual health need (11.99%).

Table 1. Socio-demographic characteristics of the participants (n=850)

Variables		No. (%)
Type of shcool	Public	663 (78.0)
	Private	187 (22.0)
Field of study	Mathematics	80 (9.4)
	Applied Sciences	185 (21.8)
	Human Sciences	153 (18.0)
	Technical/Vocational	63 (7.4)
	First. m	369 (43.4)
Place of residence	Urban area	816 (96.0)
	Suburban area	34 (4.0)
Ethnicity	From Guilan	732 (86.1)
	From other cities	118 (13.9)
Number of family members	2	21 (2.5)
	3	200 (23.5)
	4	466 (54.8)
	5	120 (14.1)
	≥ 6	4 (5.1)
Birth order	1	485 (57.1)
	2	240 (28.2)
	3	90 (10.6)
	> 4	35 (4.1)

Variables		No. (%)
Father's education	Illiterate	15 (1.8)
	Primary school	95 (11.2)
	Middle school	265 (31.2)
	High school diploma	363 (42.7)
	University degree	112 (13.2)
Father's job	Unemployed	16 (1.9)
	Worker	79 (9.3)
	Farmer	17 (2.0)
	Employee	198 (23.3)
	Self-employed	540 (63.5)
Mother's education	Illiterate	16 (1.9)
	Primary school	102 (12.0)
	Middle school	258 (30.4)
	High school diploma	394 (46.4)
	University degree	80 (9.4)
Mother's job	Housewife	731 (86.0)
	Worker/ farmer	10 (1.2)
	Employee	40 (4.7)
	Self-employed	69 (8.1)
Family income (Toman)	<1 million	213 (25.1)
	1-2 million	432 (50.8)
	>2 million	205 (24.1)
Living with parents	Yes	803 (94.5)
	No	47 (5.5)

Journal of
Guilan University of Medical Sciences

4. Conclusion

The results of this study showed that the emotional health need was the critical need among adolescent girls; this results is consistent with Shahhosseini et al.'s study [23]. The highest gap between expectations and perceptions of the girls was related to "blamed and humiliated by the educational consultant" and "education along with assistance programs". It is recommended that a special attention should be paid to the various healthcare needs of adolescent girls. Since the assessment in the present study was conducted using a valid and reliable tool and in accordance with Iranian culture, the results can help with planning based on the healthcare priorities of adolescent girls.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical considerations of the study were observed by obtaining the license of the Ethics Committee (No. IR.GUMS.REC.1397001) from Guilan University of Medical Sciences, receiving a letter of recommendation to present to educational centers, explaining the Objectives of the study to participants and obtaining their informed consent and confidentiality of information.

Funding

This article was extracted from the MSc. thesis of first author, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht.

Authors' contributions

Conceptualization, resources, supervision: Sepideh Panjalipour, Zahra Bostani Khalesi; Methodology: Sepideh Panjalipour, Zahra Bostani Khalesi, Ehsan Kazemnejad Leili; Investigation: Sedigheh Rezaei Chamani; Writing – review & editing: Zahra Bostani Khalesi, Ehsan Kazemnejad Leili; Funding acquisition: All author.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank Vice Chancellor for Research, Shahid Beheshti University and Faculty of Nursing and Midwifery.

This Page Intentionally Left Blank

نخستینگی نیاز سلامت از دیدگاه دختران نوجوان شهر رشت

سپیده پنجعلی‌پور[۱]، *زهرا بستانی خالصی[۲]، صدیقه رضایی چمنی[۲]، احسان کاظم‌نژاد لیلی[۲]

۱. مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت: ۲۷ آذر ۱۳۹۸
تاریخ پذیرش: ۱۷ تیر ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۰ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه نوجوانی دوره‌ای برجسته و حیاتی از زندگی انسان است. سلامت دختران نوجوان تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی ویژه‌ای قرار دارد و سرمایه‌گذاری در تأمین سلامت این گروه سنی، نیازمند برنامه‌ریزی ریزبینانه و پادرمیانی مؤثر است. برای هرگونه برنامه‌ریزی، شناخت دقیق نیازهای گروه هدف لازم است.

هدف این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نیازهای سلامت از دیدگاه دختران نوجوان شهر رشت انجام شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۸۵۰ دانش‌آموز دختر مشغول به تحصیل در دوره اول و دوم متوسطه شهر رشت انجام شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه نیاز سلامت دختران نوجوان (FAHNQ) بود. داده‌های گردآوری‌شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آمار توصیفی واکاوی شدند.

یافته‌ها اولویت نیاز سلامت از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب شامل نیاز عاطفی (۲۲/۱۲±۲۳/۴۷ درصد)، نیاز اجتماعی (۱۱/۶۸±۲۱/۰۲ درصد)، نیاز آموزشی (۱۶/۰۱±۱۸/۶۳ درصد)، نیاز جسمی (۱۰/۳۴±۱۵/۱۲ درصد) و نیاز معنوی (۱۱/۹۹±۱۳/۸۶ درصد) بود.

نتیجه‌گیری مهم‌ترین اولویت نیاز سلامت از دید دختران نوجوان، نیاز عاطفی است. بنابراین سیاست‌گزاران و تصمیم‌سازان بخش سلامت برای ارتقای سلامت نوجوانان باید به این مسئله توجه بیشتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها:
نیاز سلامت، نیازسنجی، دختران نوجوان

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای مهم و حیاتی از زندگی و گذر از دوران کودکی به بزرگسالی است که با بلوغ آغاز می‌شود. این دوره سرآغاز دگرگونی جسمی، روانی و اجتماعی [۱] و دوره آماده‌سازی برای مسئولیت‌های بزرگ مانند مسائل خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در بزرگسالی است [۲]. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی[۱]، نوجوانی به گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال اطلاق می‌شود [۳]. توجه به سلامت نوجوانان به دلیل جمعیت آنان و همچنین چالش‌های پیش روی این گروه سنی بسیار ارزشمند است [۴]. رفتارها و شیوه زندگی در این سن بر سلامت آینده نوجوانان تأثیر می‌گذارند [۵]. علت ۷۰ درصد مرگ‌ها در بزرگسالی، رفتارهایی است که در نوجوانی پایه‌ریزی شده‌اند. به عنوان مثال در تمامی کشورهای دنیا بیماری‌های مزمن غیرواگیر به‌ویژه بیماری‌های قلبی عروقی، رتبه اول علل مرگ‌ومیر در تمامی سنین را به خود اختصاص داده‌اند. این بیماری‌ها عوامل خطر شناخته‌شده با توان دگرشی دارند و پیشگیری از آن‌ها نیازمند فرهنگ‌سازی و آموزش سبک زندگی سالم است که باید از کودکی و نوجوانی در نظر گرفته شوند. بنابراین دگرگونی در عوامل خطرساز مانند مصرف دخانیات، رفتار تغذیه‌ای ناپسند و بی‌تحرکی از مهم‌ترین اقدام‌ها در پیشگیری اولیه در این رده سنی است [۶]. نوجوانان آینده‌سازان و سرمایه‌های هر کشور بوده و بدون تردید برنامه‌ریزی برای سلامت آن‌ها نوعی سرمایه‌گذاری در جهت توسعه ملی به شمار می‌رود. برنامه‌ریزی برای دست‌یابی به مرز پذیرفتنی سلامت و پیشگیری از تباه شدن سرمایه باید بر پایه توجه به

1. World Health Organization (WHO)

*نویسنده مسئول:
دکتر زهرا بستانی خالصی
نشانی: رشت، دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
تلفن: ۳۳۵۵۰۵۶ (۱۳۳) ۹۸+
رایانامه: z_bostani@yahoo.com

تمامی ابعاد سلامت و نیازسنجی باشد [۷]. نیازسنجی، تعیین بازه نهش هستار و وضع دلخواه است [۸]. نیازسنجی روشی برای شناسایی نیازها و پیشنهاد برطرف شدن آن‌هاست [۹]. نشناختن درست نیازها ممکن است سبب به‌کارگیری هزینه‌های اقتصادی هنگفت در زمینه سلامت نوجوانان شود، در حالی که بایسته لازم در برنامه‌ریزی، شناخت دقیق اولویت‌های گروه هدف است [۱۰].

سلامتی رستاورد پنج گستره «سلامت جسمی، عاطفی، اجتماعی، آموزشی و معنوی» در انسان است و هرگاه این ابعاد پنج‌گانه در کنار هم قرار گیرند و به شکل درست و طبیعی رشد کنند، می‌توان گفت که فرد سلامتی مطلوب دارد [۱۱]. معمول‌ترین حیطه سلامت از دید قابل درک بودن، حیطه جسمی است [۱۲]. یکی از تغییرات دوره نوجوانی، رشد پرشتاب جسمی است. افزون بر رشد قدی، دستگاه تولید مثل کامل شده و غدد داخلی، تراوش هورمون‌ها را آغاز می‌کنند [۱۳]. این تغییرات می‌توانند سبب غافلگیری نوجوان، دلواپسی، برخی نابسامانی‌ها و آشفتگی‌ها در رفتار شوند [۱۴]. در گذشته توجه به بهداشت، بیشتر به سلامت جسمی معطوف بود، ولی امروزه بهداشت روان و سلامت روانی اهمیت برابر یا بالاتری دارد [۱۵]. سلامت روان بزرگسالی در دوران نوجوانی پایه‌ریزی می‌شود. نداشتن سلامت روانی سبب رفتارهای پرخطر، سوء مصرف مواد و خشونت می‌شود که در صورت درمان نشدن در بزرگسالی به فاجعه سلامتی و اجتماعی می‌انجامد [۱۶]. از دید اجتماعی نیز تغییرات مهمی در این سن رخ می‌دهند که به دنبال آن اصول اخلاقی نوجوان شکل می‌گیرند [۱۷]. با توجه به تغییرات بلوغ در این دوران، نیازهای آموزشی این گروه سنی بسیار حائز اهمیت بوده و توجه به آن می‌تواند تامین‌کننده سلامت نسل آینده باشد [۱۸]. مطالعات موجود نشان می‌دهند بین باورهای مذهبی نوجوان و سلامت عمومی آن‌ها ارتباط وجود دارد، به طوری که باورهای مذهبی سبب افزایش امیدواری و احساس آرامش شده و دعا سبب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود [۱۹، ۲۰].

در نیازسنجی، توجه به تفاوت‌های جنسی بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا مطالعات موجود نشان می‌دهند نوجوانان دختر و پسر نیازهای بهداشتی متفاوتی دارند و بررسی این نیازها بی‌گمان نیازمند ارزیابی جداگانه است [۲۱]. با توجه به ویژگی‌های بلوغ در دختران، شرایط جسمی و روانی این دوران و نیز نقش اساسی دختران در باروری، می‌توان ادعا کرد که سلامت دختران نوجوان جایگاه ویژه‌ای دارد. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی جهت‌دهنده برای دوره‌های حیاتی زندگی آن‌ها بوده و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آن‌ها خواهد گذاشت [۲۲].

به رغم گستردگی جمعیت نوجوانان و اهمیت مفهوم بنیادین سلامت، مطالعات اندکی به بررسی نیازهای سلامت آنان پرداخته‌اند. جست‌وجو در مطالعات انجام‌شده نشان داده است در دامنه ارزیابی نیازهای سلامت دختران نوجوان در داخل کشور، عمدتاً به اطلاعاتی پیرامون سنجش آگاهی و باورها در زمینه پدیده بلوغ یا تنها بر یک حیطه از سلامت پافشاری شده است. همچنین با توجه به اینکه نیازهای سلامت ریشه در بافت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر منطقه دارد و به علت نبودن مطالعه‌ای در این زمینه در استان گیلان، این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نیازهای سلامت از دیدگاه دختران نوجوان شهر رشت انجام شد تا با نگاهی تحلیلی به فاصله بین وضع مطلوب و وضع موجود در ابعاد مختلف سلامت بپردازد و نتایج آن در طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر نیاز، در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ارتقای سلامت آن‌ها سودمند واقع شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی در بازه اردیبهشت تا مهر ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش دختران دانش‌آموز دوره اول و دوم متوسطه شهر رشت بودند که با نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه، داشتن رضایت کتبی دانش‌آموز و پدر و مادر آن‌ها برای شرکت در مطالعه بود. نخست نواحی یک و دو آموزش و پرورش شهر رشت، دو خوشه اصلی در نظر گرفته شدند. سپس از هر ناحیه هشت مدرسه و روی هم رفته شانزده مدرسه از دو ناحیه (هشت مدرسه دولتی و هشت مدرسه غیردولتی) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در پایان از ۳۶ کلاس، داده‌ها گردآوری شد. حجم نمونه لازم در تعیین اولویت نیاز سلامت دختران نوجوان با سطح اطمینان ۹۵ درصد و در نظر گرفتن حد اشتباه برآورد درصد میانگین نیازها برحسب نتایج مطالعه شاه‌حسینی و همکاران [۲۳]، ۵۸۷ نفر محاسبه شد که با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای که در این مطالعه هر کلاس به عنوان یک خوشه تلقی شد، حجم نمونه لازم ۸۸۱ نفر تعیین شد (فرمول شماره ۱).

۱.

$$1-\alpha=\%95 \longrightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=Z_{0/975}=1.96$$

$$d=\%10\ Mean$$

نمره نیاز سلامت $(Mean\pm SD)=29.21\pm36.12\%$

$$n_{SRS}=\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}{}^{2}SD^{2}}{d^{2}}=\frac{1.96\times36.12^{2}}{(0.1\times29.21)^{2}}=587$$

$$DE=1.5$$

$$nCluster=nSRS\times DE=587\times1.5=881$$

با توجه به اینکه داشتن بیماری، معیار برون‌رفت در نظر گرفته شد، ۳۱ پرسش‌نامه به دلیل پاسخ مثبت به داشتن

بیماری جسمی (بر پایه اظهار خود مشارکت‌کنندگان)، پس از نمونه‌گیری حذف شدند و در پایان ۸۵۰ مشارکت‌کننده در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای دربردارنده دو بخش بود؛ بخش اول فرم جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی بود که بر اساس مطالعات پیشین در این زمینه، توسط پژوهشگران طراحی شد. روایی صوری پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی توسط هفت نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه بررسی شد. بخش دوم شامل پرسش‌نامه روان‌سنجی‌شده نیاز سلامت دختران نوجوان بود. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۶۵ پرسش در پنج حیطه نیازهای سلامت جسمی (چهارده گویه)، نیازهای سلامت عاطفی (شانزده گویه)، نیازهای اجتماعی (شانزده گویه)، نیازهای سلامت آموزشی (چهارده گویه) و نیازهای معنوی (پنج گویه) است. پرسش‌نامه نیاز سلامت دختران نوجوان[۲] توسط شاه‌حسینی و همکاران در سال ۲۰۱۲ طراحی و روان‌سنجی شده که در این پرسش‌نامه شاخص روایی محتوای ابزار ۰/۹۲ و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ اندازه‌گیری شده است. از شرکت‌کنندگان خواسته شد نیازهای خود را با توجه به تعریف نیاز یعنی فاصله بین وضع موجود و وضع مطلوب، بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مشخص کنند. نمره هر حیطه در هریک از دو وضعیت مطلوب و وضعیت موجود بر مبنای درصد محاسبه شد [۱۰].

واکاوی داده‌ها با تکمیل پرسش‌نامه به روش خودگزارش‌دهی انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت.

2. FAHNQ

ملاحظات اخلاقی مطالعه با گرفتن پروانه کمیته اخلاق (IR.GUMS.REC.1397001.No) از دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، دریافت معرفی‌نامه برای ارائه به مراکز آموزشی، توضیح در مورد اهداف مطالعه به مشارکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها و همچنین محرمانه بودن اطلاعات رعایت شد.

نتایج

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۱/۶±۱۵/۳ سال بود و ۴۴/۵ درصد از گروه مورد مطالعه در مقطع متوسطه اول و دیگران در دوره متوسطه دوم تحصیل می‌کردند (جدول شماره ۱).

در این مطالعه، اولین اولویت نیاز سلامت از دیدگاه مشارکت‌کنندگان مربوط به حیطه عاطفی با میانگین ۱۲/۲۲±۲۳/۴۷ درصد بود و بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره نیاز در حیطه نیاز عاطفی به ترتیب مربوط به «سرزنش و تمسخر توسط مشاور» و «همجنس بودن مشاور» بود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، دومین اولویت نیازها مربوط به حیطه اجتماعی با میانگین ۱۱/۶۸±۲۱/۰۲ درصد بود که بالاترین اولویت در این حیطه مربوط به گویه «خانواده‌ام اسرارم را به دیگران نگوید» بود. نیاز آموزشی با میانگین ۱۶/۰۱±۱۸/۶۳ درصد، سومین اولویت از دید مشارکت‌کنندگان بود که بالاترین نیاز در این حیطه مربوط به گویه «دریافت آموزش جنسی» بود. چهارمین اولویت، نیاز جسمی با میانگین ۱۰/۳۴±۱۵/۱۲ درصد بود. مشارکت‌کنندگان «دسترسی به تغذیه رایگان در مدرسه» را در بالاترین مرتبه نیازهای جسمی خود می‌دانستند. پنجمین اولویت نیز به نیاز معنوی با میانگین ۱۱/۹۹±۱۳/۸۶ درصد اختصاص داشت که بالاترین نیاز در این حیطه مربوط به گویه «استدلال در مسائل دینی» بود (جدول شماره ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیرها		تعداد (درصد)
مرکز آموزشی	دولتی	۶۶۳ (۷۸/۰)
	غیردولتی	۱۸۷ (۲۲/۰)
مقطع تحصیلی	دوره اول متوسطه	۳۷۸ (۴۴/۵)
	دوره دوم متوسطه	۴۷۲ (۵۵/۵)
رشته تحصیلی	ریاضی	۸۰ (۹/۴)
	تجربی	۱۸۵ (۲۱/۸)
	انسانی	۱۵۳ (۱۸/۰)
	فنی، کار دانش	۶۳ (۷/۴)
محل سکونت	شهر	۸۱۶ (۹۶/۰)
	حومه شهر	۳۴ (۴/۰)

متغیرها		تعداد (درصد)
قومیت	گیلانی	۷۳۲ (۸۶/۱)
	غیرگیلانی	۱۱۸ (۱۳/۹)
تعداد افراد خانواده	دو	۲۱ (۲/۵)
	سه	۲۰۰ (۲۳/۵)
	چهار	۴۶۶ (۵۴/۸)
	پنج	۱۲۰ (۱۴/۱)
	شش و بیشتر	۴۳ (۵/۱)
رتبه فرزند	اول	۴۸۵ (۵۷/۱)
	دوم	۲۴۰ (۲۸/۲)
	سوم	۹۰ (۱۰/۶)
	چهارم به بالا	۳۵ (۴/۱)
مدرک تحصیلی پدر	بی‌سواد	۱۵ (۱/۸)
	ابتدایی	۹۵ (۱۱/۲)
	سیکل	۲۶۵ (۳۱/۲)
	دیپلم	۳۶۳ (۴۲/۷)
	دانشگاه	۱۱۲ (۱۳/۲)
شغل پدر	بی‌کار	۱۶ (۱/۹)
	کارگر	۷۹ (۹/۳)
	کشاورز	۱۷ (۲/۰)
	کارمند	۱۹۸ (۲۳/۳)
	آزاد	۵۴۰ (۶۳/۵)
شغل مادر	خانه‌دار	۷۳۱ (۸۶/۰)
	کارگر و کشاورز	۱۰ (۱/۲)
	کارمند	۴۰ (۴/۷)
	آزاد	۶۹ (۸/۱)
شاغل بودن پدر یا مادر در واحدهای مرتبط به بهداشت و درمان	بله	۱۳ (۱/۵)
	خیر	۸۳۷ (۹۸/۵)
متوسط درآمد والدین	کمتر از یک میلیون	۲۱۳ (۲۵/۱)
	یک تا دو میلیون	۴۳۲ (۵۰/۸)
	بیشتر از دو میلیون	۲۰۵ (۲۴/۱)
زندگی کردن با پدر و مادر	بله	۸۰۳ (۹۴/۵)
	خیر	۴۷ (۵/۵)

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار درصد نمرات نیاز سلامت مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیرها	میانگین ±انحراف‌معیار	میانه	مینیمم	ماکزیمم	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
					حداقل	حداکثر
حیطه جسمی	۱۵/۱۲±۱۰/۳۴	۱۴/۷۵	۰	۴۸/۴۸	۱۴/۴۲	۱۵/۸۲
حیطه عاطفی	۲۳/۴۷±۱۲/۲۲	۲۵	۰	۵۹/۰۹	۲۲/۶۴	۲۴/۲۹
حیطه اجتماعی	۲۱/۰۲±۱۱/۶۸	۲۱/۲۵	۰	۵۸/۷۵	۲۰/۲۳	۲۱/۸۰
حیطه آموزشی	۱۸/۶۳±۱۶/۰۱	۱۵/۷۱	۰	۷۲/۳۱	۱۷/۵۵	۱۹/۷۱
حیطه معنوی	۱۳/۸۶±۱۱/۹۹	۸	۰	۷۳/۶۸	۱۱/۰۶	۱۲/۹۳

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

بحث و نتیجه‌گیری

چون یافته‌های این مطالعه با استفاده از ابزاری معتبر، پایا و مطابق با فرهنگ ایرانی به دست آمده است، می‌تواند مبنای استوارتر و مستدل‌تری در برنامه‌ریزی‌های سلامت نوجوانان باشد. این نتایج نشان داد حیطه عاطفی، اولویت اول نیاز سلامت دختران نوجوان در شهر رشت است که هم‌سو با مطالعه شاه‌حسینی و همکاران [۲۳] است. امین نیز در مطالعه خود عنوان کرد مشکل سلامت روحی و روانی در نوجوانان چالش عمده بهداشت در سراسر جهان است [۲۴]. نتایج مطالعه اسماعیلی و ربیعی نیز روی ۵۰۲ دانش‌آموز دختر دبیرستانی شهر اصفهان نشان داد نیازهای عاطفی اولویت اول نیاز نوجوانان است [۲۵]. در حالی که والدین بیشتر به نیازهای جسمی نوجوان توجه می‌کنند، ولی نوجوانان، توجه به تغییرات روانی و عاطفی مربوط به این دوران و نیازهای روانی خود را مهم‌تر می‌دانند [۲۳]. بنابراین به نظر می‌رسد توجه همه‌جانبه به ابعاد گوناگون نیاز سلامت باید مورد توجه همگان قرار گیرد تا افزون بر پرهیز از ناآگاهی از نیازهای پذیرفته‌شده، نیازهای حس‌شده نیز به فراموشی سپرده نشوند.

در این مطالعه بیشترین تفاوت بین نهش دلخواه و وضع موجود از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مربوط به مورد «سرزنش و ریشخند توسط مشاور» و «آموزش همراه برنامه‌های جانبی» بود. امین نیز در مطالعه خود به نقش مهم مشاوران در مدرسه در زمینه نیازهای عاطفی دانش‌آموزان پافشاری کرد [۲۴]. چون نقش مدرسه در شکل‌گیری عزت نفس و خوشنودی از زندگی در نوجوان اهمیت ویژه‌ای دارد، پس بازسازی نظام آموزشی و توجه به نخستینگی نیازهای نوجوانان بسیار ارزشمند خواهد بود [۲۶]. نتایج مطالعه فلاحی و همکاران نیز نشان‌دهنده تأثیر برنامه‌های جانبی در آموزش بر یادگیری مؤثرتر دانش‌آموزان است [۲۷]. در حالی که نتایج مطالعه خشنودفر و همکاران روی ۴۰۰ دختر نوجوان در خرم‌آباد نشان داد نیازهای روانی عاطفی چهارمین اولویت نیاز سلامت دختران نوجوان است [۲۸]. این تفاوت در نتایج می‌تواند چرایی روش تعیین میانگین نمره هر گستره باشد.

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، دومین اولویت نیاز مربوط به حیطه اجتماعی و بالاترین اولویت در این حیطه مربوط به گویه «خانواده‌ام اسرارم را به دیگران نگوید» و «خانواده‌ام بین فرزندان تبعیض قائل نشود» بود. در یک پژوهش کیفی در مورد نیازهای سلامت دختران نوجوان در استان مازندران، نقش و اهمیت خانواده و «نیاز به یک رابطه دوستانه در خانواده» به عنوان یک نیاز حیاتی شناسایی شد [۲۹]. نتایج مطالعه دیک و همکاران نیز نشان‌دهنده ارتباط روابط خانوادگی و رفتارهای نوجوان است، به طوری که نداشتن روابط خانوادگی مناسب می‌تواند سبب افزایش رفتارهای هراس‌انگیزی مانند سیگار کشیدن در نوجوانان شود [۳۰]. در برخی مطالعات دیگر، رابطه پشتیبانی خانواده و افزایش خودباوری، رضایت از زندگی، توانایی رویارویی با شرایط استرس‌زا و کاهش افسردگی گزارش شده است [۳۱، ۳۲]. با وجود فشارهایی که در این مرحله بر نوجوان تحمیل می‌شود ارتباط مناسب از سوی پدر و مادر و پاسخ به نیازهای او می‌تواند رابطه‌ای صمیمی بین آن‌ها به وجود آورده و مایه پیشگیری از اشتباه در این سن شود [۲۳]. در حالی که بر پایه نتایج مطالعه خشنودفر و همکاران، نیاز اجتماعی سومین اولویت نیاز سلامت نوجوانان است، طبق نتایج این مطالعه نیز داشتن روابط خانوادگی دوستانه بالاترین نیاز در حیطه اجتماعی از نظر نوجوانان مطرح شده است [۲۸]. نتایج مطالعه شاه‌حسینی نشان داد گویه بسندگی و در دسترس بودن مراکز ارائه خدمت بالاترین نیاز نوجوان در حیطه اجتماعی است [۲۳].

نیاز آموزشی، سومین اولویت نیاز از دید مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بود. بالاترین نیاز در این حیطه مربوط به گویه «دریافت آموزش جنسی» و «برای پیشگیری از انتقال داده‌های نادرست، آموزش کافی دریافت کنم.» بود. نتایج مطالعه کانینگهام[3] نیز نشان داد نیاز به آموزش جنسی در نوجوان بسیار

3. Cunningham

احساس می‌شود، ولی شوربختانه به علت شرم و آزرم، تابوها و باورهای فرهنگی اجتماعی جامعه، از آموزش مناسب بهداشت باروری جنسی برای نوجوانان در محیط خانواده، مدرسه و نیز گنجاندن این مطالب در کتاب‌های درسی غفلت شده است [۳۳]. نتایج این مطالعه همچنین، هم‌سو با نتایج مطالعه بازرگانی‌پور و همکاران است که نشان داد نوجوانان نیاز به آموزش جنسی را در دبیرستان به شدت احساس می‌کنند [۳۴]. نتایج مطالعه زلنیک و کیم نشان داد نوجوانانی که در زمینه مسائل جنسی آموزش لازم دریافت کرده باشند گمانه روابط جنسی پرخطر در آن‌ها کمتر است [۳۵]. مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه در ایران حاکی از ناآگاهی نوجوانان در سن بلوغ از مسائل بهداشتی و جنسی است [۳۷،۳۶]. نتایج مطالعات نشان می‌دهند ۹۰ درصد مشکلات زناشویی در ایران از ضعف اطلاعات در مورد مسائل جنسی ناشی می‌شوند [۳۸]. نتایج مطالعات افشاری و همکاران [۱۸] و نوحی و همکاران [۳۹] نیز نشان دادند اولویت اول نیاز آموزشی نوجوانان، دریافت آموزش در زمینه بهداشت باروری و جنسی است. نیازهای بهداشت باروری جنسی بین نوجوانان در سطح فرامرزی در کنفرانس‌های اخیر جمعیت و پیشرفت بیش از پیش مورد توجه واقع شده است [۲۲]، به طوری که امروزه اولویت سلامت باروری در جهان، بهداشت باروری نوجوانان است [۴۰]. هرچند بین فرهنگ‌های مختلف تفاوت چشم‌گیری وجود دارد، نوجوانان بیشتر کشورهای در حال توسعه، به ندرت در مورد مسائل جنسی خویش با والدینشان یا بالغان مسن‌تر از خود گفت‌وگو می‌کنند. آن‌ها در این زمینه اکثر اطلاعاتشان را یا از طریق همسالانشان به دست می‌آورند که به نظر می‌رسد خودشان به همان اندازه ناآگاه یا بدآموخته و بی‌تجربه باشند، یا از رسانه‌ها می‌گیرند که کلیشه‌ها یا افراط‌های جنسی را ارائه می‌دهند [۴۱]. نتایج مطالعه خشنودفر و همکاران نیازهای آموزشی را به عنوان پنجمین اولویت از دیدگاه نوجوانان مطرح کرد که این تفاوت می‌تواند به علت روش تعیین میانگین نمره‌ها باشد [۲۸].

چهارمین اولویت نیاز نوجوانان در این پژوهش نیاز جسمی بود. مشارکت‌کنندگان «دسترسی به تغذیه رایگان در مدرسه» و «دسترسی به سالن ورزشی» را در بالاترین مرتبه نیازهای جسمی خود دانستند. رشد و تکامل پرشتاب جسمی موجب افزایش نیاز به انرژی و مواد پرنیرو در این دوران می‌شود. بنابراین تغذیه و فعالیت بدنی مناسب در این چارچوب سنی می‌تواند بر رشد و بلوغ تأثیر بگذارد [۴۲]. الگوی غذایی نوجوانان ایرانی نشان می‌دهد تعداد قابل توجهی از آن‌ها از گروه‌های مختلف غذایی کمتر از اندازه پیشنهادشده استفاده می‌کنند [۴۳]. صبحانه نامناسب سبب کاهش میزان یادگیری نوجوانان می‌شود. میان‌وعده‌ها نقش بسیار مهمی در تأمین انرژی دارند، حتی گاهی نقش آن‌ها از غذای اصلی مهم‌تر است. همچنین فعالیت بدنی مناسب در رشد نوجوان و سلامت سال‌های بزرگسالی وی نقش بسیار مهمی دارد [۴۴]، گرچه نتایج مطالعه خشنودفر و همکاران نشان داد نیازهای جسمی دومین اولویت نیاز سلامت نوجوانان است. هرچند در این مطالعه نیز دسترسی به تغذیه رایگان بالاترین اولویت نیاز در حیطه جسمی بود [۲۸].

پنجمین اولویت نیاز نوجوانان مشارکت‌کننده در این پژوهش نیاز معنوی بود. گرچه باید توجه داشت که این به معنی نداشتن نیاز در آنان نیست، باید اذعان کرد که نیازهای اعتقادی بررسی‌شده در این مطالعه عمدتاً پیرامون محور نیازهای اساسی اعتقادی متمرکز بودند. بدیهی است بررسی نیازهای تفصیلی و باورهای مذهبی و معنوی نوجوانان، نیاز به مطالعات گسترده‌تری دارد. در حیطه نیازهای معنوی بالاترین نیاز مربوط به گویه «استدلال در مسائل دینی» و «ارائه جلوه‌ای زیبا از دین» بود. باورهای فرد که در دوران کودکی به راحتی پذیرفته شده است در دوران نوجوانی مورد تردید قرار گرفته و نوجوان در پی کشف مسائل دینی با خردورزی برمی‌آید [۴۵]. نتایج مطالعه شاه‌حسینی نشان داد دختران نوجوان ایرانی بخشی از نیازهای سلامت خود را در پیوند با سرچشمه جاوید ایزدی جست‌وجو می‌کنند. آن‌ها نیاز دارند راستینگی دینی را به صورت استوار و مستدل دریافت کنند [۴۶]. نتایج مطالعه جعفری و همکاران نشان‌دهنده ارتباط افزایش سلامت معنوی با سلامت روانی در نوجوانان است [۴۷]. به رغم نتایج این مطالعه، یافته‌های مطالعه خشنودفر و همکاران در خرم‌آباد نشان داد اولویت نیاز سلامت دختران نوجوان نیاز معنوی است [۲۸]. این تفاوت در نتایج می‌تواند به سبب تفاوت فرهنگی و تأثیر آن بر نیاز سلامت نوجوانان باشد. محقق بر این باور است پاسخ به پرسش‌های نوجوان، رسالتی است بر دوش کانون‌های مذهبی که نادیده انگاشتن آن‌ها سبب آسیب جبران‌ناپذیر باورهای پاک نوجوان می‌شود.

در این مطالعه برای به دست آوردن نتایج فراگیر، از ابزار روان‌سنجی‌شده برازنده فرهنگ ایرانی و پذیرفتنی‌ترین شناسه از نیاز که تبیین بازه وضع مطلوب و وضع موجود بود استفاده شد. از این‌رو شاید بتوان گفت نتایج به‌دست‌آمده می‌توانند مبنای محکم‌تری برای برنامه‌ریزی در حوزه اولویت‌های نیاز سلامت دختران نوجوان باشند. بررسی اولویت‌های نیاز سلامت دختران و پسران نوجوان در دیگر فرهنگ‌ها از پیشنهادهای این مطالعه است. از محدودیت‌های این مطالعه دسترسی نداشتن به نوجوانانی بود که به هر انگیزه‌ای ترک تحصیل کرده‌اند.

نتایج مطالعه ما نشان داد نوجوانان اولویت‌های نیاز سلامت متفاوتی دارند که با شناخت آن‌ها توسط والدین، آموزگاران، سیاست‌گزاران و مدیران اجرایی می‌توان نوجوان را در گذار از این دوران دشوار یاری کرد. شناخت این اولویت‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی برای این گروه سنی نقش اساسی ایفا کند. با توجه به اینکه کامل‌ترین تعریفی که از نیاز مطرح شده است فاصله وضع مطلوب و وضع موجود است، در این مطالعه نیز با شناسایی شکاف بین وضع مطلوب و وضع موجود با استفاده از

ابزاری روان‌سنجی‌شده، تلاش شده است مبنای محکم‌تری برای برنامه‌ریزی در حوزه نیاز سلامت نوجوانان به دست آید، هرچند سلامت نوجوانان هدفی است که رسیدن به آن نیازمند تلاش همگانی است. بنابراین با شناخت چالش‌های پیش روی نوجوانان و برنامه‌ریزی مناسب در این زمینه می‌توان جامعه سالم‌تری در آینده رقم زد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ملاحظات اخلاقی مطالعه با گرفتن پروانه کمیته اخلاق (.No IR.GUMS.REC.۱۳۹۷۰۰۱) از دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، دریافت معرفی‌نامه برای ارائه به مراکز آموزشی، توضیح در مورد اهداف مطالعه به مشارکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها و همچنین محرمانه بودن اطلاعات رعایت شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، رشت است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، ویرایش منابع، نظارت: سپیده پنجعلی پور، زهرا بستانی خالصی؛ روش‌شناسی: سپیده پنجعلی پور، زهرا بستانی خالصی، احسان کاظم نژاد لیلی؛ تحقیق: صدیقه رضایی چمنی؛ نوشتن – پیش‌نویس اصلی: همه نویسندگان. نگارش – بررسی و ویرایش: زهرا بوستانی خالصی، احسان کاظم نژاد لیلی؛ تامین مالی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

تمامی نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و همه شرکت‌کنندگانی در این مطالعه دیدگاه‌هایشان را به اشتراک گذاشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

[1] Dick B, Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Journal of Adolescent Health. 2015; 56(1):3-6. [DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.10.260] [PMID]

[2] Sivagurunathan C, Umadevi R, Rama R, Gopalakrishnan S. Adolescent health: Present status and its related programmes in India. Are we in the right direction? Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. 2015; 9(3):LE01-6. [DOI:10.7860/JCDR/2015/11199.5649] [PMID] [PMCID]

[3] Melaku YA, Zello GA, Gill TK, Adams RJ, Shi Z. Prevalence and factors associated with stunting and thinness among adolescent students in Northern Ethiopia: A comparison to World Health Organization standards. Archives of Public Health. 2015; 73(1):44. [DOI:10.1186/s13690-015-0093-9] [PMID] [PMCID]

[4] Taghizadeh Moghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence health: The needs, problems and attention. International Journal of Pediatrics. 2016; 4(2):1423-38. https://ijp.mums.ac.ir/article_6569.html

[5] Djalalinia S, Ramazani Tehrani F, Malek Afzali H, Peykari N, Baraderan Eftekhari M. Community mobilization for youth health promotion: A lesson learned from Iran. Iranian Journal of Public Health. 2012; 41(4):55-62. https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/2590

[6] Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. [Economic burden and costs of chronic diseases in Iran and the world (Persian)]. Health Information Management. 2012; 8(7):984-96. http://him.mui.ac.ir/index.php/him/article/view/522/642

[7] Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: A standards-driven approach. Journal of Adolescent Health. 2015; 57(3):288-98. [DOI:10.1016/j.jadohealth.2015.05.011] [PMID] [PMCID]

[8] Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: A practical guide: national institute for health and clinical excellence. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. https://www.worldcat.org/title/health-needs-assessment-a-practical-guide/oclc/62263345

[9] Hanlon P, Murie J, Gregan J, McEwen J, Moir D, Russell E. A study to determine how needs assessment is being used to improve health. Public Health. 1998; 112(5):343-6. [DOI:10.1016/S0033-3506(98)00267-4]

[10] Schraml K, Perski A, Grossi G, Simonsson-Sarnecki M. Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. Journal of Adolescence. 2011; 34(5):987-96. [DOI:10.1016/j.adolescence.2010.11.010] [PMID]

[11] WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2006. http://www who int/governance/eb/who_constitution_en. 1948.

[12] Biglar M, Hayati Y, Rahmani H, Rajabnezhad Z, Dargahi H. [Study of general health among Tehran university Of medical sciences hospital's administrators (Persian)]. Journal of Payavard Salamat. 2014; 8(1):13-24. http://payavard.tums.ac.ir/article-1-5287-en.html

[13] Moraes MS, Lima TRD, Silva DAS. Comparison of lumbar force between pubertal and post-pubertal adolescents: Interference of physical growth, body fat and lifestyle. Motriz: Revista de Educação Física. 2017; 23(SPE2). [DOI:10.1590/s1980-6574201700si0098]

[14] De la Haye K, Robins G, Mohr P, Wilson C. Obesity-related behaviors in adolescent friendship networks. Social Networks. 2010; 32(3):161-7. [DOI:10.1016/j.socnet.2009.09.001]

[15] Habibzadeh A. [Investigating the mental health of female high school students in the city of Qom (Persian)]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015; 15(57):109-18. http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533936_en.html

[16] Patel V. Why adolescent depression is a global health priority and what we should do about it. Journal of Adolescent Health. 2013; 52(5):511-2. [DOI:10.1016/j.jadohealth.2013.03.003] [PMID]

[17] Leversen I, Danielsen AG, Birkeland MS, Samdal O. Basic psychological need satisfaction in leisure activities and adolescents' life satisfaction. Journal of Youth and Adolescence. 2012; 41(12):1588-99. [DOI:10.1007/s10964-012-9776-5] [PMID] [PMCID]

[18] Afshary P, Pazhohideh SZ, Yazdi Zadeh H, Mohammadi S, Tabesh H. [Survey educational needs of 11-14 years old Girls about Sexual health (Persian)]. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2016; 26(1):1-9. http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-620-en.html

[19] Rajaei A, Bayazi MH, Habibipour H. [Basic religious beliefs, Identity crisis and general health in young adults (Persian)]. Journal of Developmental Psychology. 2010; 6(22):97-107. http://jip.azad.ac.ir/article_512323.html

[20] Shoja'ian R, Zamani Monfared A. [The relation between use of prayers, mental health, and job performance among technical workers of Tehran ammunition industries (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2002; 8(2):33-9. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-234-en.html

[21] Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A, Alavi Majd H. [Psycho-emotional needs of female adolescents (Persian)]. Hakim Research Journal. 2012; 15(1):60-7. [DOI:10.1016/S0924-9338(12)74501-7]

[22] Jaskiewicz MG. An integrative review of the health care needs of female adolescents. The Journal for Nurse Practitioners. 2009; 5(4):274-83. [DOI:10.1016/j.nurpra.2008.05.016]

[23] Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A, Majd HA, Moslemizadeh N. The challenges of female adolescents' health needs. Community Mental Health Journal. 2013; 49(6):774-80. [DOI:10.1007/s10597-013-9606-6] [PMID]

[24] Amin S. Urban adolescents needs assessment survey in Bangladesh. Population Council Knowledge Commons. 2015. [DOI:10.31899/pgy9.1066]

[25] Esmaeili R, Rabiei K. [An assessment of the socio-cultural needs of high-school girls in Isfahan (Persian)]. Women's Stra-

tegic Studies Quarterly. 2008; 11(41):97-134. http://www.jwss.ir/article_16954.html?lang=en

[26] Townsend T, Bates R. Teacher education in a new millennium: Pressures and possibilities. Handbook of teacher education. Berlin: Springer; 2007. [DOI:10.1007/1-4020-4773-8_1]

[27] Fallahi V, Safari Y, Yousef Farahnak M. [A study on the impact of instruction with art education approach on artistic functioins and processing skills of Iranian 4th grade students (Persian)]. Journal Of Educational Innovations. 2011; 10(3):101-18. http://noavaryedu.oerp.ir/article_78955.html

[28] Khoshnoudfar N, Imani-Nasab M-H, Birjandi M, Khoshnoudfar M, Abdi S, Nouraei Motlagh S, et al. Health needs assessment among female adolescents: A case study from Iran. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 2017; 11(11):IC07-11. [DOI:10.7860/JCDR/2017/28597.10906]

[29] Shah Husseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. [Health needs of adolescent girls: The role and importance of the family (Persian)]. Payesh. 2012; 11(3):351-9. http://payeshjournal.ir/article-1-457-fa.html

[30] Dick DM, Viken R, Purcell S, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescent smoking. Journal of Abnormal Psychology. 2007; 116(1):213-8. [DOI:10.1037/0021-843X.116.1.213] [PMID] [PMCID]

[31] Milevsky A, Schlechter M, Netter S, Keehn D. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. Journal of Child and Family Studies. 2007; 16(1):39-47. [DOI:10.1007/s10826-006-9066-5]

[32] Oliva A, Jiménez JM, Parra A. Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. Anxiety, Stress, & Coping. 2009; 22(2):137-52. [DOI:10.1080/10615800802082296] [PMID]

[33] Cunningham CH, Wakefield Jr JA, Ward GR. An empirical comparison of Maslow's and Murray's needs systems. Journal of Personality Assessment. 1975; 39(6):594-6. [DOI:10.1207/s15327752jpa3906_8] [PMID]

[34] Bazarganipour F, Foroozanfard F, Taghavi SA, Hekmatzadeh F, Sarviye M, Hosseini N. Evaluation of female youth educational needs about reproductive health in non-medical students in the city of Qom. Journal of Family & Reproductive Health. 2013; 7(2):67-72. [PMCID]

[35] Zelnik M, Kim YJ. Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use. Family Planning Perspectives. 1982; 14(3):117-26. [DOI:10.2307/2134709] [PMID]

[36] Latifnejad R, Javad Nouri M, Hasanpour M, Hazaveyi MM, Taghipour A. [The necessity of sexual-health education for Iranian female adolescents: A qualitative study (Persian)]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15(12):7-17. http://ijogi.mums.ac.ir/article_5695.html

[37] Koohestani HR, Roozbahani N, Baghcheghi N. [Adolescent boys' lived experience of puberty: A qualitative study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2009; 22(57):53-65. http://ijn.iums.ac.ir/article-1-609-fa.html

[38] Maleki A, Delkhoush M, Haji Amini Z, Ebadi A, Ahmadi Kh, Ajali A. [The effective puberty health education on girls health behaviors through reliable sources (Persian)]. International Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4(2):155-61. http://www.behavsci.ir/article_67681.html

[39] Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani A, Tajik A. [Knowledge and beliefs of couples attending marriage counseling centers toward correct sexual relationships (Persian)]. Journal of Hayat. 2007; 13(3):77-83. https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=173&sid=1&slc_lang=en

[40] Ghahremani L, Faryabi R, Kaveh MH. Effect of health education based on the protection motivation theory on malaria preventive behaviors in rural households of Kerman, Iran. International Journal of Preventive Medicine. 2014; 5(4):463-71. [PMCID]

[41] Noroozi M, Taleghani F, Merghati-khoei ES, Tavakoli M, Gholami A. Premarital sexual relationships: Explanation of the actions and functions of family. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014; 19(4):424-31. [PMCID]

[42] Jodhun BM, Pem D, Jeewon R. A systematic review of factors affecting energy intake of adolescent girls. African Health Sciences. 2016; 16(4):910-22. [DOI:10.4314/ahs.v16i4.5] [PMID] [PMCID]

[43] Koochakpour G, Hosseini-Esfahani F, Bahadoran Z, Mirmiran P, Azizi F. [Food patterns of Tehranian adolescents and their relation to anthropometric measures and blood pressure: Tehran lipid and glucose study (Persian)]. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012; 14(1):1-9. http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-1249-fa.html

[44] Karami K, Ghaleh S. [Breakfast and snack patterns of primary school girls in Omidieh, Khuzestan Province, Iran (Persian)]. Journal of Preventive Medicine. 2015; 2(3):67-72. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-91-fa.html

[45] Sajjadi M, Moshki M, Abasnezhad A, Bahri N. [Educational needs of fathers about boys puberty period and its related factors (Persian)]. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012; 14(2):66-70. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=152779

[46] Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. [Study of religious needs in adolescent girls in the way of spiritual healtrh in Sari city (2009) (Persian)]. Religion and Health. 2013; 1(1):65-71. [DOI:10.1016/S0924-9338(13)75952-2]

[47] Jafari Manesh H, Ranjbaran M, Najafi Z, Jafari Manesh M, Alibazi A. [Relationship between religious orientation and spiritual health with emotional adjustment of the hospitalized adolescents (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2015; 3(1):1-11. http://ijpn.ir/article-1-518-fa.html