

Prevalence of Sexual Health Dialogue between Mothers and Adolescents and Associated Factors in Sari, Iran 2020

Hadiseh Sadat Nabavi¹,
Jila Ganji^{2,3},
Reza Ali Mohammadpour⁴,
Zohreh Shahhosseini^{5,3}

¹ MSc Student in Counseling in Midwifery, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Department of Reproductive Health and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Department of Reproductive Health and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 29, 2022 ; Accepted October 11, 2022)

Abstract

Background and purpose: Mothers are in the first line of adolescent sexual health education. The aim of this study was to determine the prevalence of sexual health dialogue between mothers and adolescents and related factors in households covered by urban health care centers in Sari, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 196 mothers of adolescents (15-19 years) using simple random sampling between August 2020 and January 2021. Data were collected using a Medical Socio-Demographic Questionnaire, a researcher-made questionnaire investigating the barriers to sexual health dialogue between parents and adolescents, and the Sexual Health Dialogue. Data analysis was performed applying logistic regression analysis.

Results: Almost all mothers (99.5%) had a dialogue about at least one of the topics associated with sexual health with their adolescents. However, good-quality dialogue about sexual health was observed in 49%. Embarrassment (54.8% of boys and 38% of girls) and encouraging curiosity about sex (49% of boys and 58.7% of girls) were the most frequent barriers to sexual health dialogue between mothers and adolescents of both genders. Logistic regression analysis showed that the odds of good-quality dialogue about sexual health between mothers and sons were 93% less than that between mothers and daughters.

Conclusion: Considering the low frequency of good-quality dialogue about sexual health between mothers and adolescents, attention to the barriers involved in this dialogue and essential appropriate approaches are necessary measures in adolescent health policy.

Keywords: sexual health, sexual dialogue, sexual education, mothers, adolescents

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (215): 131-142 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

بررسی فراوانی گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان و عوامل مرتبط با آن در شهر ساری در سال 1399

حدیثه السادات نبوی¹

ژیلا گنجی^{2و3}

رضاعلی محمدپور⁴

زهره شاه حسینی^{5و3}

چکیده

سابقه و هدف: مادران، خط اول آموزش سلامت جنسی به نوجوانان به شمار می آیند. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان و عوامل مرتبط با آن در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش مقطعی در فاصله زمانی ماه مرداد تا دی سال 1399 بر روی 196 مادر دارای فرزند نوجوان 15 تا 19 ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی و پزشکان خانواده شهر ساری با روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم اطلاعات جمعیتی - اجتماعی - طبی، پرسشنامه موانع گفتگوی سلامت جنسی میان والدین و نوجوانان و ابزار موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگو میان والدین و نوجوانان بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی و آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته ها: تقریباً همه مادران (99/5 درصد) حداقل در مورد یکی از موضوعات سلامت جنسی با نوجوانانشان گفتگو داشتند، اما گفتگوی سلامت جنسی مطلوب در 49 درصد مادران مشاهده شد. خجالت زده شدن نوجوان (54/8 درصد پسران و 38 درصد دختران) و امکان ایجاد حس کنجکاوی در نوجوان در زمینه جنسی (49 درصد پسران و 58/7 درصد دختران) شایع ترین موانع گفتگوی سلامت جنسی مادر با هردو جنس بود. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که شانس گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و پسران، 93 درصد کم تر از گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و دختران است.

استنتاج: با توجه به فراوانی پایین گفتگوی مطلوب سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان، توجه به موانع این گفتگو و اتخاذ راهکارهای لازم برای رفع آن از اقدامات ضروری در سیاستگذاری سلامت نوجوانان می باشد.

واژه های کلیدی: سلامت جنسی، گفتگوی جنسی، آموزش جنسی، مادر، نوجوان

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سنین 10 تا 19 سال به عنوان دوران نوجوانی تعریف شده است (1). در این دوران، رشد جسمی و روانی سرعت گرفته و نوجوانان، تغییرات جنسی، عاطفی، شناختی و اجتماعی

E-mail: zshahhosseini@yahoo.com

مؤلف مسئول: زهره شاه حسینی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات جنسی و سلامت باروری

1. دانشجوی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

2. استادیار، مرکز تحقیقات جنسی و سلامت باروری، گروه مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

3. دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

4. استاد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

5. استاد، مرکز تحقیقات جنسی و سلامت باروری، گروه مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: 1401/5/29 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1401/6/29 تاریخ تصویب: 1401/7/19

را تجربه می‌کنند (2). نوجوانی زودرس یا Early Adolescence (10 تا 14 سال) با شروع رشد جسمی و به دنبال آن تکامل اعضای تولید مثلی و صفات ثانویه جنسی همراه است و در عین حال که رشد و تکامل جسمی و جنسی در نوجوانی دیررس یا Late Adolescence (15 تا 19 سال) ادامه می‌یابد، این دوران از آن جهت که نوجوانان بیش‌تر در معرض اقدام به رفتارهای پرخطر قرار دارند و هم‌چنین در یک سوم جمعیت دختران کشورهای در حال توسعه، ازدواج قبل از 18 سالگی مشاهده می‌شود، حائز اهمیت می‌باشد (3). این چالش‌ها منجر به پدیدار شدن نیازهای جدیدی در نوجوانان می‌شوند که یکی از مهم‌ترین این نیازها، آموزش جنسی می‌باشد (4، 5). مطالعات مختلف در کشورهای توسعه یافته، صراحتاً تأکید کرده‌اند که در درجه اول، آموزش جنسی به نوجوانان توسط والدین صورت می‌گیرد (6-8). از طرفی برخی شواهد نشان می‌دهند که نوجوانان نیز ترجیح می‌دهند آموزش‌های جنسی را از مادران خود دریافت کنند (9، 10). از این رو مادران می‌توانند از طریق مشارکت در امر "گفتگوی جنسی میان مادران و نوجوانان" آموزش‌های مربوط به مسائل جنسی و سلامت باروری را به فرزندان نوجوان خود ارائه دهند (11، 12).

گفتگوی جنسی، به تبادل کلامی و غیر کلامی احساسات و اندیشه‌ها در مورد مسائل جنسی مانند آموزش جنسی، پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی، بارداری ناخواسته و خشونت جنسی گفته می‌شود (13، 14). این موضوع، ابزاری اصلی و مهم برای انتقال ارزش‌ها، باورها، دانش و انتظارات والدین در زمینه مسائل جنسی به نوجوانان می‌باشد (15). براساس نتایج مطالعات، گفتگوی جنسی میان مادران و نوجوانان از 13 درصد در میانمار تا 90 درصد در ایالات متحده متغیر است (16-21). گفتگوی جنسی والدین و نوجوانان، نقش موثری در پیشگیری از رفتارهای جنسی پرخطر در سنین پایین ایفا می‌کند (22، 23). با این وجود، مادران به دلایلی از جمله دانش محدود در زمینه سلامت جنسی، احساس شرم

نسبت به گفتگو در مورد موضوعات جنسی، اعتقاد به عدم آمادگی نوجوان برای گفتگوی جنسی و باورهای فرهنگی ممکن است از گفتگو با نوجوانان در مورد مسائل جنسی خودداری کنند (24، 25). از طرفی در بسیاری از مواقع، والدینی که با نوجوانانشان به گفتگوی جنسی می‌پردازند آن را به زمان بلوغ و یا هنگامی که فرزندانیشان وارد روابط عاشقانه می‌شوند، موکول می‌کنند (21، 26). این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند به تأخیر انداختن گفتگوی جنسی منجر به کسب اطلاعات و ارزش‌های متناقض از همسالان و رسانه‌ها می‌شود (27، 28). همچنین تأخیر در شروع گفتگو در مورد رفتارهای جنسی پرخطر و پیشگیری از بارداری می‌تواند با شروع فعالیت جنسی در سنین پایین‌تر همراه شود (22). براساس مطالعات موجود، حدود 47 درصد نوجوانان در جهان، پیش از ازدواج، تجربه جنسی دارند و 6 درصد آن‌ها اولین رابطه جنسی خود را قبل از 13 سالگی تجربه می‌کنند (29). در ایران نیز مطالعات مختلف، روابط جنسی در نوجوانان را بین 12/8 تا 20 درصد گزارش کرده‌اند (30-32). علی‌رغم آن که رفتارهای جنسی پرخطر در میان نوجوانان با آسیب‌های جدی برای سلامت آنان همراه می‌باشد (19)، گفتگو در مورد مسائل جنسی در برخی فرهنگ‌ها تابو محسوب می‌شود، که این امر می‌تواند آسیب‌هایی از جمله تجربه روابط جنسی در سنین پایین و پیش از ازدواج، بارداری ناخواسته، سقط غیر ایمن و ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی را به همراه داشته باشد (33).

بر اساس جستجوی محققین در منابع در دسترس، فراوانی گفتگوی جنسی والدین و نوجوانان در کشورهای مختلف و با فرهنگ‌های متفاوت یکسان نبوده است. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در سال 2018 در آمریکا منتشر شد، 90 درصد نوجوانان با والدین خود گفتگو کرده بودند (21). همچنین در مطالعه‌ای در سال 2015 در مکزیک، گفتگوی جنسی مادران و نوجوانان 48 درصد گزارش شد (17). از طرفی طبق نتایج حاصل از مطالعه‌ای در سال 2018 در میانمار، تنها 13 درصد نوجوانان دختر

است، در ابتدای پژوهش یک مطالعه پایلوت بر روی 30 مادر جهت تعیین فراوانی گفتگوی سلامت جنسی مادران و نوجوانان انجام شد که فراوانی آن 78 درصد به دست آمد. بدین ترتیب تعداد نمونه اولیه با فرض $Z=2/58$, $(P=0/078)$ (ضریب اطمینان 99 درصد) و $d=0/078$ (میزان خطا 10 درصد) و با احتساب ریزش نمونه 10 درصدی، طبق فرمول زیر، 210 نفر محاسبه گردید:

$$n = \frac{Z^2 \left(\frac{1-P}{2} \right) P(1-P)}{d^2}$$

نمونه گیری

با توجه به حجم نمونه برآورد شده، از بین 20 مرکز بهداشتی - درمانی شهری و 113 پایگاه پزشک خانواده شهر ساری، تعداد 10 مرکز دولتی و 20 پایگاه پزشک خانواده شهری با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و از آنجا که جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده اعم از مراکز دولتی و مطب‌های خصوصی تقریباً برابر می‌باشد، حجم نمونه همه مراکز به تعداد یکسان در نظر گرفته شد. در مرحله بعد در هر مرکز، لیست خانوارهای دارای حداقل یک نوجوان (دختر یا پسر) 15 تا 19 ساله از طریق سامانه پارسا استخراج شد و از بین آن‌ها 7 مادر با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس نمونه‌گیری از طریق تماس تلفنی با مادران ادامه یافت. در این مرحله ضمن توضیح اهداف مطالعه به مادران و کسب موافقت ضمنی آنان جهت شرکت در مطالعه، از افراد دعوت شد تا ضمن مراجعه به مراکز تحت پوشش، پرسشنامه‌های خودایفایی را به صورت حضوری تکمیل نمایند. برای مشارکت کنندگانی که رضایت خود مبنی بر مشارکت در پژوهش را اعلام می‌کردند اما به دلیل شرایط اپیدمی کرونا قادر به مراجعه حضوری نبودند، پرسشنامه‌ها از طریق رسانه‌های مجازی (نرم‌افزار واتساپ) ارسال شد و پس از تکمیل توسط آنان مجدداً از همان طریق برگشت داده شد. 34 مادر طی مراجعه حضوری اقدام به تکمیل پرسشنامه

با مادرانشان به گفتگوی جنسی پرداخته بودند (20). هم‌چنین مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که فراوانی موضوعات گفتگوی جنسی بین والدین و نوجوانان بر حسب جنس نوجوان متفاوت می‌باشد. به‌طور مثال در مطالعه‌ای در مکزیک احتمال گفتگو در مورد قاعدگی در دختران 20 برابر بیش‌تر از پسران گزارش شده است (17). لذا به نظر می‌رسد انجام مطالعاتی در زمینه نحوه گفتگوی جنسی والدین و نوجوانان پسر و دختر می‌تواند تا حدی دانسته‌های ما را از این موضوع در جامعه و خصوصاً در کشورهای در حال توسعه عمق بخشد. از فراوانی گفتگوی جنسی در ایران اطلاعاتی در دسترس نیست و براساس جستجوی محققین در منابع در دسترس، مطالعات کمی در زمینه گفتگوی جنسی مادران و نوجوانان انجام شده که عمدتاً در خصوص گفتگوی سلامت جنسی مادران با دختران بوده است و از گفتگوی سلامت جنسی مادران با پسران اطلاعات زیادی وجود ندارد (34-36). لذا با توجه به مطالب پیشگفت، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان و عوامل مرتبط با آن در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری در سال 1399 انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی - توصیفی - تحلیلی در فاصله زمانی مرداد 1399 تا دی ماه همان سال بر روی 196 مادر دارای فرزند نوجوان 15 تا 19 ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی و پزشکان خانواده شهر ساری انجام شد. علت انتخاب این گروه سنی، به سبب اهمیت گفتگوی سلامت جنسی میان والدین و نوجوانان 15 تا 19 ساله (نوجوانی دیررس) و نزدیکی شروع و ادامه تحولات بلوغ به این محدوده سنی بود.

حجم نمونه

از آنجایی که از فراوانی گفتگوی جنسی میان والدین و نوجوانان در ایران اطلاعی در دست نبوده

نمودند و 162 مادر به علت محدودیت‌های ناشی از اپیدمی کرونا، پرسشنامه‌ها را به صورت مجازی ارسال نمودند که در نهایت 196 پرسشنامه تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک نوجوان (دختر یا پسر) 15 تا 19 ساله و داشتن سواد ابتدایی و معیارهای خروج شامل تک والدی بودن خانوارها و عدم دسترسی به رسانه‌های مجازی بوده است.

پرسشنامه‌ها

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم اطلاعات جمعیتی - اجتماعی - طبی، ابزار محقق ساخته "موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگوی والد و نوجوان" و هم‌چنین پرسشنامه "موانع گفتگوی جنسی میان والد و نوجوان" بوده است.

- فرم اطلاعات جمعیتی - اجتماعی - طبی از 20 سوال تشکیل شده که حاوی سوالاتی از قبیل سن مادر و نوجوان، جنسیت نوجوان، تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه ازدواج قبلی، درآمد ماهیانه، طبقه اجتماعی - اقتصادی، اعتقادات دینی و مذهبی، منبع اطلاعات در مورد موضوعات سلامت نوجوانان، ابتلا یا سابقه ابتلا به بیماری جسمی، ابتلا یا سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی تشخیص داده شده توسط پزشک و مصرف الکل یا مواد مخدر بوده است.

- ابزار "موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگوی والد و نوجوان" حاوی 23 عبارت با لیکرت 3 درجه‌ای (شامل هرگز: 1، گاهی اوقات: 2 و اغلب اوقات: 3) بوده است که توسط محققین و با بررسی وسیع متون موجود طراحی گردید. روایی صوری کمی این ابزار با تعیین نمره تاثیر و با نظرخواهی از 20 مادر و روایی محتوای کمی با تعیین نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای آن توسط 10 متخصص در زمینه ابزارسازی، بهداشت باروری، مامایی و روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. نسبت روایی محتوای عبارات در محدوده 0/8 تا 1 و شاخص روایی محتوای آن‌ها نیز در محدوده

0/8 تا 1 بود، که به این ترتیب در نهایت همه عبارات این ابزار حفظ شدند. نسبت روایی کلی ابزار نهایی 0/88 و شاخص روایی آن 0/92 محاسبه شد. پایایی ابزار "موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگوی والد و نوجوان" در دو مرحله با فاصله دو هفته با تکمیل پرسشنامه توسط 20 مادر (مستقل از مرحله قبلی) سنجیده شد که آلفا کرونباخ آن 0/96 به دست آمد و همبستگی نمرات پرسشنامه تکمیل شده در این دو مرحله با ضریب 0/99 و $P < 0/01$ مورد تایید قرار گرفت. جمع نمرات همه عبارات (در دامنه 23 تا 69) بیان‌کننده نمره گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان و نمره بالاتر نشان دهنده گفتگوی بیش‌تری می‌باشد. با توجه به عدم برقراری توزیع نرمال این نمره در مطالعه حاضر، نمره برابر با میانه (میانه=37) و پایین‌تر از آن به منزله گفتگوی سلامت جنسی نامطلوب و نمره بالاتر از میانه به منزله گفتگوی سلامت جنسی مطلوب در نظر گرفته شد (16).

- پرسشنامه "موانع گفتگوی سلامت جنسی میان والد و نوجوان" توسط Jaccard و همکاران (8) با 21 عبارت در طیف لیکرت 5 درجه‌ای (از کاملاً مخالف=1 تا کاملاً موافق=5) طراحی گردید. پس از کسب اجازه از نویسنده طی ایمیلی در سوم ژوئن 2019 و ترجمه به زبان فارسی با استفاده از روش ترجمه برگشتی (Forward-backward translation) (37)، روایی صوری و محتوای این پرسشنامه نیز همانند ابزار قبلی مورد بررسی قرار گرفت. نسبت روایی محتوای عبارات در محدوده صفر تا 1 و شاخص روایی محتوای آن‌ها در محدوده 0/6 تا 1 بوده است که در نهایت، 4 عبارت حذف شده و 17 عبارت باقی ماند. نسبت روایی کلی پرسشنامه نهایی 0/81 و شاخص روایی آن 0/9 محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه نیز در دو مرحله با فاصله دو هفته سنجیده شد. آلفا کرونباخ در مرحله اول 0/92 و در مرحله دوم 0/90 به دست آمد و همبستگی این دو با ضریب 0/99 و $P < 0/01$ مورد تایید قرار گرفت.

روش اجرا

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کسب مجوز و معرفی نامه از دانشگاه، روند نمونه گیری از مرداد 1399 آغاز شد و به مدت 6 ماه (تا دی 1399) به طول انجامید. پس از مراجعه به 10 مرکز بهداشتی - درمانی و 20 پایگاه پزشک خانواده منتخب شهر ساری، خانوارهای دارای نوجوان سنین 15 تا 19 سال (متولد 1380 تا 1384) از طریق سامانه پارسا شناسایی شدند. از طریق تماس تلفنی و ضمن توضیح مختصر در مورد طرح و اهداف پژوهش، از مادران دارای معیارهای ورود، جهت مراجعه به مراکز و پایگاه ها دعوت به عمل آمد و برای مادرانی که رضایت خود مبنی بر مشارکت در پژوهش را اعلام می کردند اما به دلیل شرایط اپیدمی کرونا مایل به مراجعه حضوری نبودند، پرسشنامه ها از طریق پیام رسان واتساپ ارسال شد و پس از تکمیل توسط آنان مجدداً از همان طریق برگشت داده شد. در این راستا با 210 مادر تماس تلفنی برقرار شد. شماره تماس 3 مادر طی سه بار تماس در 3 روز متوالی خاموش بود و 11 مادر به شرکت در مطالعه رضایت ندادند. اگرچه از بین آنان 3 مادر به علت آن که تمایل به مراجعه حضوری به مراکز نداشتند و در هیچ شبکه مجازی نیز فعالیت نداشتند از شرکت در مطالعه سر باز زدند. در صورتی که مادری 2 نوجوان 15 تا 19 ساله همجنس یا بیش تر داشت، به طور قراردادی پرسشنامه با در نظر گرفتن فرزند بزرگ تر تکمیل شد و در صورتی که 2 نوجوان 15 تا 19 ساله غیرهمجنس یا بیش تر داشت، به منظور پیشگیری از تکرار ویژگی های دموگرافیک، پرسشنامه تنها برای یک فرزند و به طور قراردادی برای فرزند بزرگ تر تکمیل شد.

تایید طرح پژوهشی در کمیته اخلاق در پژوهش (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1398.1281) دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دریافت مجوز اجرای پژوهش از مرکز بهداشت شهرستان ساری، دریافت رضایت نامه آگاهانه کتبی یا تصویر آن از شرکت کنندگان حضوری

و غیرحضوری، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات دریافتی از شرکت کنندگان و رعایت کدهای اخلاقی مرتبط با پژوهش از میان کدهای اخلاق 31 گانه از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این مطالعه بوده است. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS Version 18 و براساس گزارش میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی و اجرای آزمون رگرسیون لجستیک با سطح معنی داری 0/05 انجام گرفت.

یافته ها

در این مطالعه 196 مادر از 210 مادر شرکت نمودند که به این ترتیب میزان پاسخگویی 93 درصد حاصل شد. 104 نفر از مادران (53 درصد) دارای فرزند پسر و مابقی دارای فرزند دختر بودند. میانگین سنی و انحراف معیار سن در مادران $43/90 \pm 4/38$ ، در پسران $16/79 \pm 1/46$ و در دختران $17/13 \pm 1/30$ بود. جدول شماره 1 ویژگی های جمعیتی - اجتماعی - طبی مادران را نشان می دهد.

جدول شماره 1: ویژگی های جمعیتی - اجتماعی - طبی مادران در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری

متغیر	تعداد (درصد) (مجموع: 196)
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم (14/8) 29 دیپلم (39/8) 78 فوق دیپلم و لیسانس (36/7) 70 فوق لیسانس و بالاتر (9/7) 19
شغل مادر	کارمند (21/0) 41 کارگر/کشاورز (5/6) 11 آزاد (21/4) 42 خانه دار (52/0) 102
رضایت از سطح اجتماعی-اقتصادی	اصلاً (35/2) 69 تا حدودی (52/6) 103 کاملاً (12/2) 24
خود ارزیابی مادر از میزان اعتقاد مذهبی	بدون اعتقاد (1) 2 اعتقاد کم (33/2) 65 تا حدودی معتقد (40/3) 79 کاملاً معتقد (25/5) 50
منابع اطلاعاتی در مورد سلامت نوجوان	رادیو/تلویزیون/کتاب (8/7) 17 اینترنت/ماهواره/شبکه مجازی (17/3) 34 اقوام و دوستان/مراکز بهداشتی/مشاور (14/8) 29 بیش از یک منبع اطلاعاتی (59/2) 116
ابتلا یا سابقه ابتلا به اختلالات روان پزشکی	بله (11/7) 23 تشخیص داده شده توسط پزشک (88/3) 173
مصرف الکل یا مواد مخدر در مادر	بله (10/2) 20 خیر (89/8) 176
رتبه تولد فرزندی که گفتگوی سلامت جنسی با او مد نظر قرار گرفته است	فرزند اول (59/7) 117 فرزند دوم (26/0) 51 فرزند سوم (14/3) 28

مورد ارزیابی قرار گرفتند. براساس جدول شماره 3، جنسیت نوجوان تنها عامل پیشگویی کننده گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و نوجوانان بوده است، به نحوی که شانس گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و پسران 93 درصد کم تر از گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و دختران بوده است.

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و نسبی موضوعات سلامت جنسی که "هرگز" مورد گفتگو میان مادران و نوجوانان قرار نگرفته اند، به تفکیک جنسیت فرزندان در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری

موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگو	مادر - پسر تعداد (درصد)	مادر - دختر تعداد (درصد)
1. دستگاه تناسلی زنانه	94 (90/4)	28 (30/4)
2. دستگاه تناسلی مردانه	77 (74/1)	60 (65/2)
3. تغییرات جسمانی بلوغ	15 (14/4)	1 (1/1)
4. تغییرات روانی و اجتماعی بلوغ	27 (26/0)	26 (28/3)
5. بهداشت دوران بلوغ	37 (35/6)	11 (12/0)
6. احکام شرعی بلوغ	69 (66/3)	20 (21/8)
7. عادت ماهانه دختران	91 (87/5)	8 (8/7)
8. ارضای جنسی پسران در خواب	77 (74/0)	73 (79/3)
9. بارداری (چگونگی به وجود آمدن کودک)	98 (94/2)	59 (64/1)
10. دوستی با جنس مقابل	40 (38/5)	23 (25/0)
11. تبعات شرکت در جشن ها و مهمانی های مختلط	52 (50/0)	37 (40/2)
12. تبعات ارتباط با جنس مقابل (در فضای مجازی و غیر مجازی) که تا هماغه با موقعیت فردی و خانوادگی است.	33 (31/7)	20 (21/7)
13. ایذ (آراه های انتقال، محافظت و عوارض)	59 (56/7)	35 (38/05)
14. سایر بیماری های منتقله از طریق رابطه جنسی (آراه های انتقال، محافظت و عوارض)	95 (91/4)	72 (78/2)
15. روش های پیشگیری از بارداری	101 (97/1)	69 (75/0)
16. تبعات روابط جنسی پیش از ازدواج در سنین نوجوانی	83 (79/8)	44 (47/8)
17. تبعات بارداری در سنین نوجوانی	80 (76/9)	43 (46/7)
18. خطرات شرکای جنسی متعدد	89 (85/6)	63 (68/4)
19. خطرات رابطه جنسی محافظت نشده	96 (92/3)	69 (75/0)
20. خود ارضایی	101 (97/1)	82 (89/1)
21. خودداری از رابطه جنسی تا زمان ازدواج	72 (69/2)	41 (44/6)
22. پیشگیری از سوء استفاده جنسی و تجاوز	33 (31/7)	11 (12/0)
23. فواید مشورت با والدین به عنوان یک راهنمای مناسب	2 (1/9)	1 (1/1)

جدول شماره 3: رگرسیون لجستیک عوامل مرتبط با گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و نوجوانان در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری

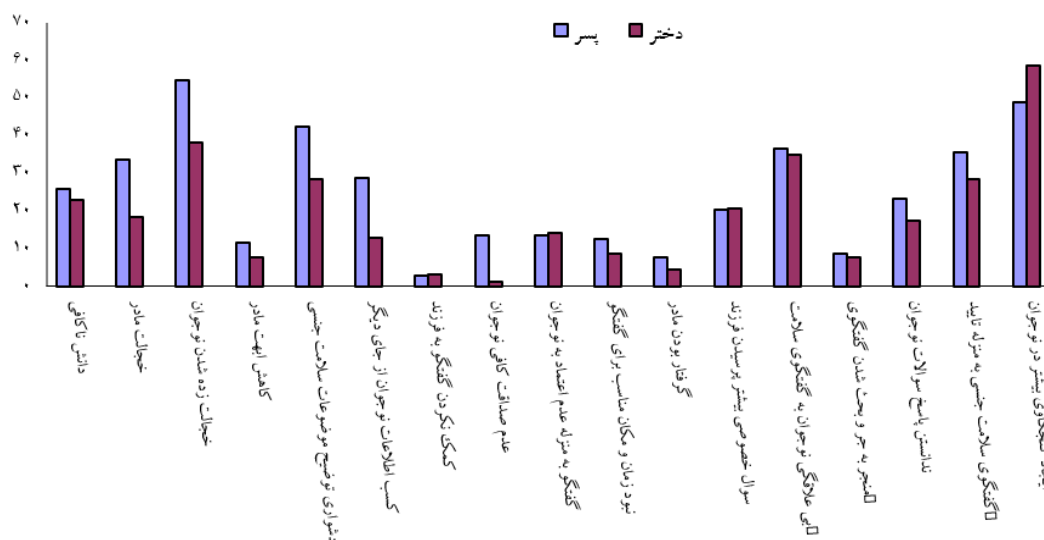
متغیر مستقل	B	S.E	Odds	سطح معناداری	دامنه اطمینان
مقدار ثابت رگرسیون	4/245	1/109	69/741	<0/0001	-
شغل مادر					
خانه دار	0/804	0/471	2/234	0/088	0/888-5/620
شاغل					
رضایت مادر از سطح اجتماعی اقتصادی					
ندارد	-0/189	0/505	0/828	0/708	0/308-2/226
دارد					
مصرف الکل مواد در مادر					
ندارد	-0/693	0/671	0/500	0/302	0/134-1/863
دارد					
جنسیت فرزند					
دختر	-2/398	0/561	0/070	<0/0001	0/030-0/273
پسر					
رتبه تولد فرزند					
فرزند اول	-0/239	0/445	0/788	0/592	0/329-1/885
فرزند دوم و بالاتر					

با توجه به عدم برقراری توزیع نرمال در نمره گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان نمره برابر با میانه (میانه=37) و پایین تر از آن، به منزله گفتگوی سلامت جنسی نامطلوب و نمره بالاتر از میانه به منزله گفتگوی سلامت جنسی مطلوب در نظر گرفته شد (20). بر این اساس گفتگوی سلامت جنسی مطلوب در 96 نفر (49 درصد) مادران مشاهده شد، اما تقریباً همه مادران (99/5 درصد) حد اقل در مورد یکی از موضوعات سلامت جنسی با نوجوانانشان گفتگو داشته اند.

موضوعات سلامت جنسی که اغلب مورد گفتگو قرار می گرفتند، در گفتگوی مادران با پسران مربوط به فواید مشورت با والدین به عنوان یک راهنمای مناسب (68/2 درصد)، تغییرات روانی و اجتماعی بلوغ (30/7 درصد) و دوستی با جنس مقابل (27/9 درصد) و در گفتگوی مادران با دختران مربوط به فواید مشورت با والدین به عنوان یک راهنمای مناسب (85/9 درصد)، عادت ماهانه دختران (73/9 درصد) و تغییرات جسمانی بلوغ (65/2 درصد) بود. جدول شماره 2 فراوانی موضوعاتی را که هرگز مورد گفتگو قرار نگرفتند نشان می دهد.

اکثریت مادران (55/6 درصد) مناسب ترین زمان برای شروع گفتگوی سلامت جنسی با فرزند نوجوان را حین بلوغ و علت عمده آغاز گفتگو را شروع گفتگو توسط خود مادر می دانستند (65/6 درصد). مادران سه مانع عمده در گفتگوی سلامت جنسی با پسران را خجالت زده شدن نوجوان (54/8 درصد) ایجاد شدن حس کنجکاوی در نوجوان (49 درصد) و دشوار بودن توضیح موضوعات سلامت جنسی برای مادر (42/3 درصد) و سه مانع عمده در گفتگوی سلامت جنسی با دختران را ایجاد شدن حس کنجکاوی در نوجوان (58/7 درصد)، خجالت زده شدن نوجوان (38 درصد) و بی علاقه نوجوان به گفتگو در مورد موضوعات سلامت جنسی (34/8 درصد) گزارش کردند (نمودار شماره 1).

در این مطالعه، عوامل پیشگویی کننده گفتگوی سلامت جنسی مطلوب با استفاده از رگرسیون لجستیک



نمودار شماره 1: توزیع فراوانی موانع گفتگوی سلامت جنسی میان مادر و نوجوان در خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری

بحث

در مطالعه حاضر نزدیک به نیمی از مادران گفتگوی سلامت جنسی مطلوبی با نوجوانان داشته‌اند. در مطالعه‌ای که در ایتوبی انجام شد (38)، میزان گفتگوی جنسی رضایتبخش میان والدین و نوجوانان 30/9 درصد گزارش شده که این میزان کم‌تر از میزان به‌دست آمده در مطالعه حاضر بود. در مطالعه دیگری در ایتوبی میزان گفتگوی سلامت جنسی خوب میان مادران و دختران در مقابل گفتگوی سلامت جنسی ضعیف 65/5 درصد گزارش شد که علت آن را فرهنگ رایج در کشور بنگلادش و محدودیت دختران و اجبار آنان به ماندن در خانه با مادران عنوان کرده‌اند (39).

در این مطالعه، گفتگوی مادران با پسران غالباً در مورد فواید مشورت با والدین به عنوان یک راهنمای مناسب، تغییرات روانی و اجتماعی بلوغ و دوستی با جنس مقابل بوده است. در مطالعه‌ای در کشور غنا (19) تغییرات ناشی از بلوغ فراوانی بالایی داشته است. در مطالعه‌ای در آمریکا (40) نیز دوستی با جنس مقابل و روابط عاشقانه بالاترین فراوانی را در میان موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگو میان مادران و پسران دارا بوده است.

مادران با دختران در مورد فواید مشورت با والدین به عنوان یک راهنمای مناسب، عادت ماهانه دختران و تغییرات جسمانی بلوغ گفتگوی بیش‌تری داشته‌اند. در مطالعه‌ای که در میانمار انجام شده است، عادت ماهانه دختران با فراوانی 91 درصد بیش از سایر موضوعات سلامت جنسی مورد گفتگوی مادران و دختران قرار گرفته است (20). با این حال تغییرات بلوغ تنها به میزان 24 درصد مورد گفتگو بوده است. مطالعه‌ای در ایتوبی نیز گفتگوی والدین و نوجوانان در مورد تغییرات جسمانی را تنها 7 گزارش کرده است (41). به نظر می‌رسد با وجود آن که مادران به درجانی به گفتگوی سلامت جنسی با نوجوانان می‌پردازند، به دلایلی همچون نداشتن دانش کافی در مورد برخی موضوعات و یا احساس شرم ناشی از تابوهای فرهنگی جوامع شرقی در عمل، موفق به گفتگو در مورد همه موضوعات مهم و مورد نیاز نوجوانان نمی‌شوند.

در مطالعه حاضر اکثریت مادران مناسب‌ترین زمان برای شروع گفتگوی سلامت جنسی با فرزند نوجوان را حین بلوغ فرزند می‌دانستند. این یافته در مطالعاتی در کشورهای آفریقایی نیز گزارش شده است (19، 9).

در این مطالعه علت عمده آغاز گفتگوی سلامت جنسی با نوجوان، مربوط به شروع گفتگو توسط خود والدین بوده است. این یافته که هم‌سو با یافته مشابه در دیگر مطالعات (19، 39) می‌باشد، نشان می‌دهد که لازم است که مادران ایرانی فضای آزادانه‌تری در خانواده ایجاد کنند تا نوجوانان بتوانند آزادانه سوالات و دغدغه‌هایشان را در زمینه سلامت جنسی مطرح نموده و مشارکت بیش‌تر و با کیفیت‌تری در گفتگوی سلامت جنسی داشته باشند. در مطالعه‌ای در چین (42)، احتمال گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و پسران 57 درصد کم‌تر از احتمال گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و دختران بوده است. در مطالعه حاضر شانس گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و پسران 93 درصد کم‌تر از گفتگوی سلامت جنسی مطلوب میان مادران و دختران بوده است. مشابه این یافته را مطالعات متعددی تأیید کرده‌اند (17، 18، 45-43). به نظر می‌رسد اختلاف میان گفتگوی سلامت جنسی مادران با دختران و پسران می‌تواند به این علت باشد که مادران در مورد گفتگوی سلامت جنسی با پسران شرم و خجالت بیش‌تری نسبت به گفتگو با دختران احساس می‌کنند و همچنین احتمالاً دانش و مهارت کم‌تری در گفتگو با پسران نسبت به گفتگو با دختران دارند (24).

مطالعه حاضر به گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان، موضوعات مورد گفتگو میان آنان و موانع و عوامل مرتبط با آن پرداخت. شناسایی وضعیت موجود با در نظر گرفتن موانعی مانند شرم و خجالت نوجوانان، نگرانی مادران از کنجکاوی شدن نوجوانان در زمینه جنسی و دشوار بودن گفتگو در زمینه موضوعات سلامت جنسی برای مادر می‌تواند در سیاستگذاری سلامت نوجوانان و طراحی مداخلات مشاوره‌ای و روانشناختی اثربخش، مفید واقع شود تا بدین ترتیب فضای مناسب‌تری برای مشارکت بیش‌تر مادران و نوجوانان به ویژه مادران و پسران در خانواده به وجود بیاید.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به پراکندگی جامعه پژوهش به واسطه اجرای طرح پزشک خانواده در شهر ساری اشاره کرد. چرا که به واسطه این طرح جمعیت عمده‌ای از خانوارها از پوشش مراکز بهداشتی درمانی خارج شده و تحت پوشش مطب‌های پزشک خانواده قرار گرفتند و به برخی از پزشکان اجازه دسترسی به جمعیت تحت پوشش خود را نمی‌دادند. هم‌چنین به دلیل وسعت مطالعه، بررسی تمامی عوامل مرتبط با موضوع مورد پژوهش از جمله سواد سلامت جنسی و خودکارآمدی مادران در زمینه سلامت جنسی در این مطالعه میسر نبوده است. از طرفی، مطالعه حاضر حاصل از یک پایان‌نامه دانشجویی بوده و به دلیل وسعت مطالعه و فرصت محدود دانشجوی، روایی سازه پرسشنامه‌ها انجام نشد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی انجام پذیرد. از سوی دیگر در این پژوهش گفتگوی سلامت جنسی میان مادران و نوجوانان تنها بر اساس پاسخ مادران سنجیده شده و در صورتی که امکان مشارکت نوجوانان در پژوهش میسر می‌بود، ممکن بود نتایج متفاوتی حاصل شود. هم‌چنین به دلیل حساسیت فرهنگی نسبت به سوالات مورد پژوهش، امکان سوگیری اطلاعات دور از انتظار نمی‌باشد. در نهایت به دلیل مقطعی بودن مطالعه، نمی‌توان روابط علت و معلولی بین متغیرهای مورد بررسی قائل شد. طراحی مطالعه‌ای مشابه با مطالعه حاضر با جامعه هدف پدران و نوجوانان و بررسی همخوانی گزارشات در این دو گروه پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله نهایت تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت تامین منابع مالی این طرح اعلام می‌دارند. این مقاله منتج از پایان‌نامه ارشد حدیثه السادات نبوی با شماره طرح 6047 مصوب معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. هم‌چنین از پروفسور جیمز جاکارد برای اجازه استفاده از ابزارشان در فرهنگ ایرانی کمال تشکر را داریم.

References

1. Young People's Health-a challenge for society. Report of WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". World Health Organization Technical Report Series 731 [Internet]. World Health Organization. [cited January 14, 2018]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf. Accessed may 2, 2021.
2. Alimoradi Z, Kariman N, Simbar M, Ahmadi F. Empowerment of Adolescent Girls for Sexual and Reproductive Health Care: A Qualitative Study. *Afr J Reprod Health* 2017; 21(4): 80-92.
3. Adolescence: An Age of Opportunity [Internet]. UNICEF. 2011 [cited October 2, 2022]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/the-state-of-the-worlds-children-2011-adolescents-an-age-of-opportunity/>.
4. Latifnejad Roudsari R, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(2): 101-110.
5. Lameiras-Fernández M, Martínez-Román R, Carrera-Fernández MV, Rodríguez-Castro Y. Sex Education in the Spotlight: What Is Working? Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(5): 2555.
6. Beckett MK, Elliott MN, Martino S, Kanouse DE, Corona R, Klein DJ, et al. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors. *Pediatrics* 2010; 125(1): 34-42.
7. Diiorio C, Pluhar E, Belcher L. Parent-Child Communication About Sexuality. *J HIV/AIDS Prev Educ Adolesc Child* 2003; 5(3-4): 7-32.
8. Jaccard J, Dodge T, Dittus P. Parent-adolescent communication about sex and birth control: a conceptual framework. *New Dir Child Adolesc Dev* 2002; 97: 9-41.
9. Crichton J, Ibisomi L, Gyimah SO. Mother-daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: experiences from an informal settlement in Nairobi, Kenya. *J Adolesc* 2012; 35(1): 21-30.
10. Pluhar EI, DiIorio CK, McCarty F. Correlates of sexuality communication among mothers and 6-12-year-old children. *Child Care Health Dev* 2008; 34(3): 283-290.
11. Pariera K. Understanding Mothers' Information-Seeking About Mother-Adolescent Sexual Communication. *Int J Health Wellness Soc* 2016; 6(4): 23-33.
12. Widman L, Choukas-Bradley S, Helms SW, Golin CE, Prinstein MJ. Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *J Sex Res* 2014; 51(7): 731-741.
13. Davis AN, Gahagan JC, George C. "Everyone just keeps their eyes closed and their fingers crossed": sexual health communication among black parents and children in Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health* 2013; 12: 55.
14. Kusheta S, Bancha B, Habtu Y, Helamo D, Yohannes S. Adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues and its factors among secondary and preparatory school students in Hadiya Zone, Southern Ethiopia: institution based cross sectional study. *BMC Pediatr* 2019; 19(1): 9.
15. de Looze M, Constantine NA, Jerman P, Vermeulen-Smit E, ter Bogt T. Parent-adolescent sexual communication and its association with adolescent sexual behaviors: a nationally representative analysis in the Netherlands. *J Sex Res* 2015; 52(3): 257-268.

16. Amoran OE, Onadeko MO, Adeniyi JD. Parental Influence on Adolescent Sexual Initiation Practices in Ibadan, Nigeria. *Int Q Community Health Educ* 2003; 23(1): 73-81.
17. Atienzo EE, Ortiz-Panozo E, Campero L. Congruence in reported frequency of parent-adolescent sexual health communication: A study from Mexico. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27(3): 275-283.
18. Emelumadu OF, Ezeama NN, Ifeadike CO, Ubajaka CF, Adogu PO, Umeh U, et al. Parents' perceptions of timing of initiation of sexuality discussion with adolescents in Anambra State, South Eastern Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27(5): 294-300.
19. Manu AA, Mba CJ, Asare GQ, Odoi-Agyarko K, Asante RK. Parent-child communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reprod Health* 2015; 12: 16.
20. Noe MTN, Saw YM, Soe PP, Khaing M, Saw TN, Hamajima N, et al. Barriers between mothers and their adolescent daughters with regards to sexual and reproductive health communication in Taunggyi Township, Myanmar: What factors play important roles? *PloS one* 2018; 13(12): e0208849.
21. Edwards LL, Hunt A, Cope-Barnes D, Hensel DJ, Ott MA. Parent-Child Sexual Communication Among Middle School Youth. *J Pediatr* 2018; 199: 260-262.
22. Atienzo EE, Walker DM, Campero L, Lamadrid-Figueroa H, Gutiérrez JP. Parent-adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14(2): 111-119.
23. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr* 2016; 170(1): 52-61.
24. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, Collins S. Parent-adolescent communication about sexual intercourse: an analysis of maternal reluctance to communicate. *Health Psychol* 2008; 27(6): 760-769.
25. Malacane M, Beckmeyer JJ. A Review of Parent-Based Barriers to Parent-Adolescent Communication about Sex and Sexuality: Implications for Sex and Family Educators. *Am J Sex Educ* 2016; 11(1): 27-40.
26. Eisenberg ME, Sieving RE, Bearinger LH, Swain C, Resnick MD. Parents' Communication with Adolescents About Sexual Behavior: A Missed Opportunity for Prevention? *J Youth Adolesc* 2006; 35(6): 893-902.
27. Epstein M, Ward LM. "Always Use Protection": Communication Boys Receive About Sex From Parents, Peers, and the Media. *J Youth Adolesc* 2008; 37(2): 113-126.
28. Werner-Wilson RJ, Fitzharris JL, Morrissey KM. Adolescent and parent perceptions of media influence on adolescent sexuality. *Adolescence* 2004; 39(154): 303-313.
29. Alimoradi ZPC, Kariman NP, Simbar MP, Ahmadi FP. Contributing Factors to High-Risk Sexual Behaviors among Iranian Adolescent Girls: A Systematic Review. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5(1): 2-12.
30. Ahmadi K, Khodadadi Sangdeh J, Aminimanesh S, Mollazamani A, Khanzade M. The role of parental monitoring and affiliation with deviant peers in adolescents' sexual risk taking: toward an interactional model. *Int J High Risk Behav Addict* 2013; 2(1): 22-27.
31. Garmaroudi G, Makarem J, Alavi S, Abbasi Z. Health related risk behaviors among high school students In Tehran, Iran. *Payesh* 2010; 9(1): 13-19 (Persian).

32. Soliemani Nia L, Jazayeri A, Mohammad khani P. The Role of Positive and Negative Mental Health in Adolescent's Health Risk Behaviors. *Refahj* 2006; 5(19): 75-90 (Persian).
33. Javadnoori M, Roudsari RL, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Female adolescents' experiences and perceptions regarding sexual health education in Iranian schools: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(7): 539-546 (Persian).
34. Ziaei T, Ghanbari Gorji M, Behnampour N, Rezaei Aval M. Effect of communication skills based group counseling on mothers' sex dialogue with their adolescent daughters. *Int J Adolesc Med Health* 2018; 32(3).
35. Ziaei T, Ghanbari M, Rezaei Aval M, Behnampour N. Effect of Communication Skills-Based Consulting on the Correlation Between Viewpoint the Mothers and Teenage Girls About Sex Dialogue (Gorgan, Iran). *J Sex Med* 2017; 14(5): e261-e262 (Persian).
36. Ziaei T, Kabiri G, Rezaei Aval M, Ali Vakili M. The Effect of Group Counseling Based on Self-Awareness on Sexual Risk-Taking Amongst High School Girls (Gorgan, Iran). *J Sex Med* 2017; 14(5): e262.
37. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J clinic Epidemiol* 1998; 51(11): 913-923.
38. Dessie Y, Berhane Y, Worku A. Parent-Adolescent Sexual and Reproductive Health Communication Is Very Limited and Associated with Adolescent Poor Behavioral Beliefs and Subjective Norms: Evidence from a Community Based Cross-Sectional Study in Eastern Ethiopia. *PloS One* 2015; 10(7): e0129941.
39. Zakaria M, Xu J, Karim F, Cheng F. Reproductive health communication between mother and adolescent daughter in Bangladesh: a cross-sectional study. *Reprod Health* 2019; 16(1): 114.
40. Somers C, Vollmar W. Parent-adolescent relationships and adolescent sexuality: Closeness, communication, and comfort among diverse US adolescent samples. *Soc Behav Pers* 2006; 34(4): 451-460.
41. Yadeta TA, Bedane HK, Tura AK. Factors affecting parent-adolescent discussion on reproductive health issues in Harar, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *J Environ Public Health* 2014; 2014: 102579.
42. Zhang L, Li X, Shah IH, Baldwin W, Stanton B. Parent-adolescent sex communication in China. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12(2): 138-147.
43. Raffaelli M, Green S. Parent-Adolescent Communication About Sex: Retrospective Reports by Latino College Students. *J Marriage Fam* 2003; 65: 474-481.
44. Wilson EK, Koo HP. Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Reprod Health* 2010; 7: 31.
45. Wisnieski D, Sieving R, Garwick A. Parent and family influences on young women's romantic and sexual decisions. *Sex Educ* 2015; 15(2): 144-157.