

تبیین خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان در ایران: یک مطالعه کیفی

محمد شریعتی^۱، راحله بابازاده^{۲*}، خدیجه میرزایی نجم آبادی^۳، سید عباس موسوی^۴

*نویسنده‌ی مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی babazadehr@mums.ac.ir

دریافت: ۹۴/۰۸/۱۴ پذیرش: ۹۵/۰۷/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: دوره نوجوانی مرحله گذر از دوره کودکی به بزرگسالی و یک دوره تکوینی می‌باشد که در طی آن بسیاری از الگوهای زندگی آموخته و تثبیت می‌شود. مطالعه حاضر با هدف کشف نقطه نظرات کلیدی و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان، در رابطه با تبیین ویژگی‌های خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه کیفی- توصیفی، در دوره زمانی بهمن ۱۳۹۰ تا آذر ۱۳۹۱ انجام شد. داده‌ها از طریق انجام بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با ۲۴۷ دختر نوجوان و ۱۴ بزرگسال کلیدی شامل مشاوران مدرسه و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی در شهرهای شاهرود و مشهد جمع‌آوری شد. تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی بر روی دو دستگاه ضبط دیجیتال ثبت، و سپس پیاده شدند و داده‌ها مطابق با روش معمول آنالیز محتوا با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10، کدگذاری و طبقه‌بندی گردیدند.

یافته‌ها: خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان در چهار طبقه اصلی جای گرفت: عوامل پرسنلی، عوامل فیزیکی و محیطی مرکز ارائه‌کننده خدمت، عوامل مدیریتی و عوامل انگیزشی.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، ایجاد مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری به دختران نوجوان با ویژگی‌های حائز اهمیت برای این گروه سنی، در پیشگیری از مشکلات بهداشت باروری می‌تواند نقش مهمی را ایفاء کند.

واژگان کلیدی: دختران نوجوان، بهداشت باروری، دوستدار نوجوان، مطالعه کیفی

مقدمه

بدون آگاهی کافی در مورد اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی بسیار دشوار است. چیزی که این دوره سنی را از دیگر مراحل زندگی متمایز می‌کند، پیدایش قابلیت باروری است. توانایی جنسی خصوصاً در بین این گروه سنی، مضمون و درون مایه بزرگی است (۴). ۱۴ درصد از کل سقطهای غیر ایمن که در یک سال در کشورهای در حال توسعه انجام می‌شود (در حدود دو تا ۴/۴ میلیون در سال) در بین نوجوانان زیر ۲۰ سال می‌باشد (۵). هر ساله نیمی از عفونت‌های HIV جدید در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله رخ می‌دهد (۲) و تخمین زده می‌شود که در هر سال ۳۴۰ میلیون مورد

دوره نوجوانی در واقع مرحله گذر از دوره کودکی به بزرگسالی و یک دوره تکوینی است که در طی آن بسیاری از الگوهای زندگی آموخته و تثبیت می‌شود (۱). در سراسر دنیا حدود ۱/۷ بلیون (حدود ۱۸ درصد از کل جمعیت دنیا) نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله وجود دارد که در واقع بزرگ‌ترین جمعیت نوجوان در تاریخ بشر محسوب می‌شود (۲). در ایران نیز حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور بین ۱۰ تا ۲۴ ساله هستند و از این تعداد، حدود ۱۶/۳۳ درصد بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال قرار دارند (۳). امروزه عبور از کودکی به بزرگسالی

- ۱- دکتری پزشکی اجتماعی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
- ۲- دکتری بهداشت باروری، استادیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
- ۳- دکتری بهداشت باروری، دانشیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
- ۴- متخصص روانپزشکی، دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، مشهد، ایران

می‌شد (۸). البته با توجه به این که در ایران، یونیسف پشتیبانی مالی و فنی این مراکز را به عهده داشته و ادامه فعالیت آنها منوط به تمدید قرارداد با وزارت بهداشت بوده، از زمان تأسیس، فعالیت‌های این مراکز با وقفه‌هایی رو برو شده‌است. علاوه بر این، از سال ۱۳۸۹ تاکنون عملاً این مراکز به دلیل عدم تمدید قرارداد فعالیتی ندارند. در نظام سلامت ایران که نمونه‌ای موفق از نظام ارائه خدمات بهداشتی در منطقه می‌باشد و ساختار گسترده نظام شبکه، امکان دسترسی به برنامه‌های مختلف در محیطی‌ترین سطوح را فراهم کرده، ارائه برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی با سابقه طولانی، در اصل برای زنان متأهل طرح ریزی شده و مفهوم بهداشت باروری و جنسی نوجوانان، کماکان جدید و کاملاً بحث برانگیز است. صدمات و خسارت‌های جبران ناپذیر رفتارهای پرخطر نوجوانان و بالا بودن هزینه‌های زمانی و مالی اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی، پیشگیری را بهترین رویکرد می‌نماید (۱۷). بسیاری از موفقیت‌های توسعه در طی دهه اخیر، نتیجه سرمایه‌گذاری هدفمند در برنامه‌ها و سیاست‌هایی بوده که کودکان از آن بهره‌مند شده‌اند و عدم سرمایه‌گذاری در نوجوانی و یا تمرکز بر روی نوجوانان تنها در زمانی که آنان دچار مشکل می‌شوند، در واقع بر باد دادن سرمایه‌گذاری‌هایی است که در سال‌های قبل انجام شده است (۲). از این رو ارائه خدمات خاص به نوجوانان، خصوصاً دختران نوجوان به دلایلی مانند متفاوت بودن نیاز آنان با بزرگسالان، میزان خطرپذیری بالای نوجوانان، اثرات جدی و طولانی مدت پیامدهای رفتارهای پرخطر مانند نازایی، رخداد تجربیات جنسی اولیه (البته نه همیشه داوطلبانه) در این دوران و میزان یادگیری بالای نوجوانان، می‌تواند به ایشان کمک کند تا در ارتباط با مسایل بهداشت باروری، تصمیم درست و مسئولانه بگیرند تا دستیابی به اهداف توسعه هزاره تسریع شود (۱۸).

STI در جهان روی دهد، حداقل یک سوم از این تعداد مربوط به جوانان زیر ۲۵ سال است (۶). در ایران نیز در اکثر موارد، بی‌مبالاتی‌های جنسی (۵۵/۶ درصد) در سنین ۱۶ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهند (۷). انتقال ایدز از طریق تماس جنسی به صورت تصاعدی رو به افزایش و در حال جایگزینی با روش تزریقی است، در ایران سن بیشتر مبتلایان شناسایی شده (۴۰ درصد) بین ۲۵ تا ۳۴ سال است و بدیهی است که با توجه به دوره کمون طولانی این بیماری، درصد بسیاری از موارد آلودگی به ویروس، در زمان نوجوانی و جوانی اتفاق افتاده است (۸)، بنابراین با وجود این که هر روز امکان درگیری نوجوانان با مشکلات باروری و جنسی بیش از پیش می‌شود ولی در اکثر سیستم‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی نوجوانان مورد غفلت قرار گرفته است (۹). با وجود این در بعضی از کشورهای توسعه یافته، برنامه‌های متنوعی بر پایه نوع استراتژی انتخابی برای ارتقای بهداشت باروری و جنسی نوجوانان طراحی شده است که از میان این برنامه‌ها می‌توان به ایجاد مراکز خدمات دوستدار نوجوان اشاره نمود که در کشورهای مختلف دنیا در حال اجراء می‌باشد (۱۶-۴،۱۰). در ایران وزارت بهداشت نیز در ارتباط با ایدز، با همکاری آژانس‌های بین‌المللی مانند یونیسف فعالیت‌های چندی انجام داده از جمله در شش شهر تهران، بم، زاهدان، بندرعباس، خرم‌آباد و مشهد به صورت پایلوت، مراکز خدمات دوستدار نوجوان را احداث و راه‌اندازی کرده است. هدف این مراکز، توانمندسازی نوجوانان و جوانان در ارتباط با محافظت از خود در برابر ایدز و فاکتورهای مربوطه از طریق ارائه اطلاعات، آموزش، مشاوره و ارجاع به مراکز بهداشت بود. از بهمن ماه سال ۸۵ در این مراکز، در موضوعات مختلف در خصوص سلامتی، بهداشت بلوغ و باروری، روابط خانوادگی، مشکلات تحصیلی و مهارت‌های زندگی در ارتباط با ایدز، مشاوره داده

نواحی هفت گانه شهری شامل دو ناحیه برخوردار، سه ناحیه غیر برخوردار و دو ناحیه نیمه برخوردار است؛ برای نمونه‌گیری، به صورت تصادفی یک ناحیه برخوردار (ناحیه سه)، دو ناحیه غیر برخوردار (نواحی دو و پنج) و یک ناحیه نیمه برخوردار (ناحیه هفت به علاوه ناحیه مناطق حاشیه شهر منطقه تبادکان) انتخاب شدند؛ سپس از اداره آموزش و پرورش نواحی انتخاب شده، لیست دبیرستان‌ها و مدارس راهنمایی دخترانه تهیه شد و با کمک مسئول آموزش متوسطه ادارات مربوطه، چندین مدرسه از هر ناحیه برای نمونه‌گیری انتخاب شدند که بعد از آن به تدریج طی تماسی با مدیران مدارس مربوطه و توضیح هدف مطالعه، نسبت به تعیین ساعات انجام بحث‌های گروهی با دختران نوجوان و مادران و مصاحبه‌های فردی با مشاوران مدرسه، هماهنگی‌های لازم صورت گرفت؛ روند نمونه‌گیری در مدارس در شهر شاهرود مشابه شهر مشهد بود و انتخاب مدارس با نظر مسئول آموزش متوسطه به نحوی صورت گرفت تا انتخاب، در برگیرنده هر سه وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا، پایین و متوسط ساکنان شهر باشد؛ از آن جا که در بحث‌های گروهی متمرکز، شرکت‌کنندگان معمولاً و عموماً از نظر سن، جنس، نوع کار و یا دیگر خصوصیات مربوط به موضوع، شبیه به هم هستند، در این مطالعه، نحوه انتخاب نوجوانان برای بحث‌های گروهی به این صورت بود که از هر مدرسه انتخاب شده بر اساس پایه‌های تحصیلی موجود در آن مدرسه، یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب می‌شد و سپس با توجه به این که تعداد قابل قبول برای انجام بحث‌های گروهی متمرکز بین پنج تا ۱۲ نفر می‌باشد بر اساس تمایل نوجوانان، تعداد ۱۰ الی ۱۲ نفر به صورت تصادفی برای بحث‌های گروهی انتخاب می‌شدند. ۱۷ نفر از دختران آموزش دهنده همسان، در مراکز دوستدار نوجوان بودند.

بخش دیگر داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند عمیق [In-depth semi-structured interviews] با

بررسی‌های انجام شده نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای برای تبیین خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان ایران، صورت نگرفته است. این مطالعه با هدف تبیین خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان ایران با بهره‌گیری از روش تحقیق کیفی که می‌تواند اطلاعات واقعی در مورد نیازها، باورها، نگرش‌ها و ارزش‌های گروه‌های جمعیتی مختلف را فراهم کند، انجام پذیرفت. سؤال اصلی این تحقیق عبارت بود از این که "نقطه نظرات و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان کلیدی در رابطه با تبیین ویژگی‌های خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان چیست؟".

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-کیفی بر اساس دیدگاه‌های افراد ذی‌نفع شامل دختران نوجوان، مشاوران مدرسه دختران نوجوان و ارائه دهندگان خدمات است. این مطالعه در دوره زمانی بهمن ماه ۱۳۹۰ تا آذر ماه سال ۱۳۹۱ انجام شد. در ابتدا نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام گرفت و سپس به شکل نمونه‌گیری با حداکثر تنوع ادامه یافت. در این مطالعه راهنماهای انجام مصاحبه پس از مرور کتب مربوطه و راهنماهای سازمان جهانی بهداشت (۲۰-۱۹) متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی تنظیم و قبل از شروع مطالعه اصلی مورد آزمایش قرار گرفت و تغییرات لازم به منظور بهبود کیفیت جمع‌آوری داده‌ها اعمال شد. داده‌ها از طریق بحث‌های گروهی متمرکز با دختران نوجوان (۲۴۷ دانش‌آموز دختر بین سنین ۱۹-۱۴ ساله دبیرستانی که ۱۷ نفر از آنان دارای پیشینه کار به عنوان آموزش دهنده همسان بودند در قالب ۲۹ جلسه بحث گروهی متمرکز) جمع‌آوری شد. اداره آموزش و پرورش شهر مشهد، دارای هفت ناحیه شهری و یک ناحیه مربوط به مناطق حاشیه شهر می‌باشد که بر اساس تقسیم‌بندی این اداره از نظر برخورداری از امکانات آموزشی،

شد. نحوه مدیریت فوکوس گروه‌ها به این ترتیب بود: در ابتدای هر جلسه ضمن معرفی محقق اصلی و کمک پژوهشگر به دانش‌آموزان، هدف اصلی مطالعه و نقش برجسته دانش‌آموزان به عنوان مشارکت‌کننده اصلی در این مطالعه توضیح داده می‌شد و از آنان درخواست می‌گردید به دلیل اینکه ذی‌نفع اصلی نتایج این مطالعه، خود آنان هستند، در پاسخ به سؤالات مطرح شده در بحث‌ها صادق باشند. لازم به ذکر است قبل از شروع مصاحبه‌ها، آموزش کمک پژوهشگر برای کمک به پژوهشگر اصلی در جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. کمک پژوهشگر کارشناس بهداشت عمومی و دارای سابقه شرکت در چندین طرح پژوهشی بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی و وسیع در مورد نیازهای بهداشت باروری دختران نوجوان شروع شد و سپس با سؤالات اکتشافی پیرامون خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوانان همراه گردید. در جریان بحث‌های گروهی، علاوه بر یادداشت‌برداری توسط کمک پژوهشگر، محقق اصلی نیز در صورت نیاز از نکات مهم صحبت‌های شرکت‌کنندگان و رفتارهای غیرکلامی، یادداشت‌برداری می‌کرد.

تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز، بر روی دو ضبط دیجیتال با موافقت مصاحبه‌شوندگان ضبط و پیاده شد و با نت‌های نوشته شده دستی مقایسه شدند. داده‌ها آن چنان که در روش آنالیز محتوا مرسوم است، با نرم افزار MAXQDA 10 کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. در مطالعه حاضر پس از آنکه تمامی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی دو بار شنیده شدند، تمامی آنها پیاده و سپس تایپ گردیدند. متن‌های تایپ شده نیز چندین مرتبه مرور شدند تا نسبت به آنها دیدی کلی بدست آید. ابتدا واحد تحلیل که شامل کلیه مصاحبه‌ها و یادداشت‌های مکتوب بودند تعیین شدند، سپس واحدهای معنایی که در برگزیده پاراگراف‌ها، جملات و کلمات معنی‌دار بودند مشخص گردیدند و طی فرآیند کاهش، فشرده‌سازی و تلخیص، کدهای اولیه و سپس کدهای انتزاعی استخراج شدند

ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی (سه نفر) و مشاوران مدارس دختران نوجوان (۱۱ نفر) در شهرهای مشهد و شاهرود جمع‌آوری شد. به منظور بهبود قابلیت اعتماد داده‌ها از چندین منبع اطلاعاتی [Triangulation] استفاده شد. کفایت حجم نمونه بر اساس اشباع داده‌های جمع‌آوری شده بود. به این ترتیب که بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها تا زمانی که یافته جدیدی از آنان استخراج نمی‌شد، ادامه می‌یافت. بحث‌های گروهی متمرکز با دانش‌آموزان و مصاحبه‌های فردی با مشاوران در اتاق مشاور مدرسه در مدارس و مصاحبه‌های فردی با ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. تعداد افراد شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی بین ۶-۱۲ نفر و طول مدت آن به طور متوسط ۵۹ دقیقه و طول مدت مصاحبه‌های فردی به طور متوسط ۶۰ دقیقه بود. معیارهای ورود به مطالعه برای دختران نوجوان: سن ۱۴ تا ۱۹ سال، تابعیت ایرانی، هرگز ازدواج نکرده، دارای ظهور صفات ثانویه جنسی و حداقل تجربه سه سیکل قاعدگی، مشغول به تحصیل در مدارس دولتی و در حال زندگی با والدین بود. دختران دانش‌آموز از پایه‌های تحصیلی هشت، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ با رشته‌های تحصیلی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت بودند. بنابراین در درون گروه‌ها همگونی و بین گروه‌ها، ناهمگونی وجود داشت (سن، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی). ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی واجد شرایط، کسانی بودند که در مراکز دوستدار نوجوان در شهر مشهد فعالیت داشته‌اند. مشاوران مدارس دختران حداقل دارای پنج سال سابقه کار بودند. قبل از شروع نمونه‌گیری، تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه کسب شد. مشارکت در مطالعه، به صورت داوطلبانه بود و اهداف مطالعه به تمام شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و موافقت شفاهی از آنان گرفته شد. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد که هر زمانی که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. رعایت گمنامی کامل در طی بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها رعایت

استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور و چندین فرد صاحب نظر [Peer debriefing]؛ قابلیت اعتماد یا همسانی [Dependability] از روش ناظر خارجی که هیچ گونه ارتباطی با مطالعه حاضر نداشت، انتقال پذیری [Transferability] از طریق توصیف دقیق روش کار پژوهش و تأییدپذیری اقدام شده است [Confirm ability].

یافته‌ها

چهار طبقه اصلی از یافته‌ها استخراج شد که نشانگر ادراکات و تجربیات مشارکت کنندگان در رابطه با خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان می‌باشد. این چهار طبقه شامل: عوامل پرسنلی، عوامل فیزیکی و محیطی مرکز ارائه کننده خدمت، عوامل مدیریتی و عوامل انگیزشی بود (جدول ۱).

و برجسب‌های مناسب به آنها تعلق گرفت. در قدم بعدی کدهای مشابه درهم ادغام گردیدند و زیرطبقات، با کدهایی که دارای مفاهیم مشابهی بودند ایجاد شدند به همین ترتیب با ادامه روند استقرایی، زیرطبقات و طبقات اصلی را که دارای مفهومی کلی‌تر و انتزاعی‌تر بودند شکل دادند. در این پژوهش جهت اطمینان از صحت [Trustworthiness] یافته‌های تحقیق کیفی، بر اساس چهار معیار اعتبار یا مقبولیت [Credibility] به طرق مختلف اقدام شده است از جمله صرف زمان کافی و درگیری طولانی مدت با موضوع مورد مطالعه برای افزایش وسعت دید و انجام مصاحبه‌های عمیق؛ استفاده از چندین روش برای جمع‌آوری داده‌ها [Triangulation]؛ انتخاب دختران نوجوان با حداکثر تنوع و همچنین نمونه‌گیری هدفمند از بزرگسالان کلیدی؛ زیاد بودن تعداد مشارکت کنندگان اصلی (دختران نوجوان)؛ بهره‌گیری از روش بازبینی مشارکت کنندگان [Member checking]؛

جدول ۱: طبقات اصلی و فرعی

طبقات اصلی	طبقات فرعی	ردیف
عوامل پرسنلی	دانش فنی مطلوب ارائه کننده خدمت خصوصیات ظاهری مطلوب ارائه کننده خدمات خصوصیات اخلاقی و رفتاری مناسب ارائه کننده خدمت	۱
عوامل فیزیکی و محیطی مرکز ارائه کننده خدمت	فضای مناسب مرکز امکانات رفاهی و تجهیزاتی مرکز	۲
عوامل مدیریتی	مدیریت مطلوب پرسنل مدیریت صحیح ارائه خدمات	۳
عوامل انگیزشی	مشارکت نوجوانان در ارائه خدمات ارائه خدمات مشاوره‌ای دولتی بودن مرکز هزینه متناسب خدمات	۴

"خصوصیات ظاهری مطلوب ارائه کننده خدمات" و "خصوصیات اخلاقی و رفتاری مناسب ارائه کننده خدمت" بودند.

عوامل پرسنلی: در مطالعه حاضر یکی از مضمون‌های اصلی پدیدار شده در تجربیات مشارکت کنندگان "عوامل پرسنلی" و سه مضمون فرعی "دانش فنی مطلوب ارائه کننده خدمت"،

خدمت ذکر کردند؛ آنان به خصوصیات مانند هم جنس بودن، تمیزی، زیبایی، جوانی، خوشروئی و عدم نگرش منفی ارائه کننده خدمت و نیز خوش اخلاقی، صبوری، فن بیان خوب و عدم توییح نوجوان توسط ارائه کننده خدمت اشاره کردند:

• "زن باشد خیلی بهتر است چون راحت می‌توانی با او حرف بزنی ولی از مرد خجالت می‌کشی" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم ریاضی].

• "سن ارائه کننده خدمات کم باشد و به ما بخورد و راحت بتوانیم حرف بزنی و احساس راحتی کنیم" [نوجوان، ۱۶ ساله، هنرستان، رشته خیاطی].

• "طرز لباس پوشیدن‌شان هم مهم است (خنده همه)، لباسش تمیز باشد و شلخته و اتو نکرده نباشد یعنی آراسته باشد یعنی مقنعه و شالشان کثیف نباشد" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم تجربی].

• "با آدم سرد رفتار نکنند، درست است که آدم خودش از کارش پشیمان شده ولی دکتر هم طوری سرد رفتار بکند که از زندگی ناامید می‌شوی؛ خیلی خواهانه حرف بزنند، طوری رفتار نکنند که بگویند چه اشتباهی کردم آدمم برای درمان اینجا" [نوجوان، ۱۷ ساله، هنرستانی].

اکثر مشارکت‌کنندگان نوجوان، علاوه بر بیان خصوصیات ظاهری و رفتاری مطلوب ارائه کننده خدمت، بر قابل فهم بودن سخنان ارائه کنندگان خدمت برای نوجوانان و نیز عدم استفاده آنان از اصطلاحات پزشکی غیر قابل درک برای رده سنی نوجوان تأکید داشتند:

• "صورت مهربان داشته باشد، خیلی خوش اخلاق باشد و حوصله ما را داشته باشد، طرز بیان خوب داشته باشد و ساده صحبت کند، در سطح دانش ما صحبت کند از کلماتی استفاده نکند که دو ساعت فکر کنیم معنی آن چی بود" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم تجربی].

اما نکته‌ای که تقریباً تمام دختران نوجوان بر آن تأکید داشتند

برای ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان با توجه به خصوصیات و روحیات آنان، باید از متخصصین تعلیم دیده مجرب در حوزه کار با نوجوانان استفاده شود تا دسترسی آنان به این خدمات تسهیل گردد. این واقعیت تقریباً از طرف تمامی دختران نوجوان مشارکت‌کننده در پژوهش مورد تأکید قرار گرفت. جملات زیر نمونه‌هایی از اظهارات مشارکت‌کنندگان در خصوص لزوم استفاده از افراد تعلیم دیده و مجرب برای ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی برای نوجوانان می‌باشد:

• "یکی باشد که هم جنبه جسمی را خیلی خوب یاد داشته باشد و هم جنبه برخورد روانی با آن سن را بداند. کسی که آنجا باشد باید به نظر من خیلی کامل باشد چون با بد سنی می‌خواهد صحبت کند" [نوجوان، ۱۸ ساله، پیش دانشگاهی].

• "ما را درک کنند و در همان موقعیتی که ما هستیم خودشان را قرار دهند" [نوجوان، ۱۶ ساله، هنرستانی، رشته بازاریابی].

• "شخصی که ارائه خدمت می‌کند باید کسی باشد که بتواند آرامش را به بچه‌ها منتقل کند شخصی که روانشناسی قوی داشته باشد و درک کند یعنی بتواند خودش را به جای آن نوجوان بگذارد. این بچه با یک مسئله جدید روبرو شده، حالا چه جوری با این مسئله کنار بیاید و چگونه حل و فصل کند؛ کسی که بتواند درک کند و همدلی کند و بتواند رابطه خوبی با نوجوان برقرار کند و گر نه صرف یک اطلاعات خشک که یک آدم بیاید خیلی رسمی این اطلاعات را بدهد و با بچه‌ها خیلی نتواند آن رابطه را برقرار کند فکر نمی‌کنم اثر گذار باشد مهم این است که بتوانیم به آنها آرامش بدهیم، اطمینان بدهیم" [مشاور مدرسه، ۱۰ سال سابقه کار].

دختران نوجوان مشارکت‌کننده، یکی از عوامل جذب دختران نوجوان برای رفتن به مراکز بهداشت برای دریافت خدمات را وجود خصوصیات ظاهری مطلوب ارائه کننده خدمات، همچنین خصوصیات اخلاقی و رفتاری مناسب ارائه کننده

رازداری ارائه‌کننده خدمت بود؛ آنها این مسئله را از نظر یک نوجوان بسیار مهم می‌دانستند در جای جای اظهارات نوجوانان به این مسئله اشاره می‌شد:

• "خیلی توضیح دهد ولی سرزنش نکند و راه حل بدهد، خیلی مهم است که اسرار ما را محرمانه نگه دارد، به صورت خصوصی با خودمان صحبت کند مثلاً اگر با مادرم رفتم، جلوی مادرم نیاید همه چیز را بگوید" [نوجوان، ۱۸ ساله، پیش دانشگاهی ریاضی].

• "وقتی می‌رویم دوباره مرکز، طوری نباشد که پرسنل آنجا بگویند آره این همان دختر است که فلان مشکل را داشت، چون دیدم که یکی از دوستانم برای درمان یک جایی رفته بود. در مراجعه بعدی فهمیده بود که همه پرسنل مرکز از مشکل او خبردار شده بودند، او هم دیگر نرفت آنجا" [نوجوان، آموزش دهنده همسان، ۱۹ ساله].

عوامل فیزیکی و محیطی مرکز ارائه‌کننده خدمت: یکی از جنبه‌های مهم پدیدار شده در تجربیات و ادراکات مشارکت‌کنندگان "عوامل فیزیکی و محیطی مرکز ارائه‌کننده خدمت"، و دو مضمون فرعی "فضای مناسب مرکز" و "امکانات رفاهی و تجهیزاتی مرکز" بودند.

خدمات بهداشت باروری و جنسی موجود در نظام سلامت ایران، برای بزرگسالان خصوصاً بزرگسالان متأهل طرح‌ریزی شده و پاسخگوی نیازهای خاص نوجوانان نیستند لذا از طریق برخی تغییرات می‌توان دسترسی به خدمات و مشاوره بهداشت باروری و جنسی برای دختران نوجوان را تسهیل کرد؛ در همین رابطه رعایت نکاتی در مورد محیط فیزیکی مرکز ارائه‌کننده خدمت به نوجوانان و همچنین وجود امکانات مورد پسند آنان در آن مرکز می‌تواند در جذب نوجوانان تأثیرگذار باشد؛ در این خصوص، نوجوانان نکاتی را متذکر شدند که بیانگر دیدگاه‌های آنان در مورد مرکز مورد اقبال نوجوانان بود:

• "سرویس بهداشتی تمیزی داشته باشد و رنگ دیوارها آرام

بخش و شاد باشد و محیط بوی آمپول ندهد و وقتی وارد می‌شوی استرس و اضطراب نداشته باشی" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم تجربی].

• "تئینات عاطفی و رمانتیک داشته باشد، روی دیوارها چیزهایی بنویسند که به درد زندگی ما بخورد مثل ازدواج یک چیزهایی را به صورت پوستر در بیاورند انگار دارند مشاوره می‌کنند، کاریکاتور هم خوب و مؤثر است مثلاً در مورد روابط دختر و پسر که آدم را متوجه کنند که چه عاقبتی دارد" [نوجوان، ۱۷ ساله، سوم انسانی].

• "در اتاق انتظار بروشورهای زیادی بگذارند که افرادی که آنجا می‌نشینند، سرشان با همان‌ها گرم شود" [نوجوان، ۱۴ ساله، عمومی].

• "در کل یک جووری باشد که فقط موج مثبت به ما بدهد (همه گروه تأیید می‌کنند)" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم تجربی].

یکی از ارائه‌کنندگان خدمات که تجربه کار در مرکز دوستدار نوجوان را در کارنامه خود دارد در ارتباط با زمان مناسب ارائه خدمات به نوجوانان و نیز وجود محدودیت برای ارائه خدمات به ایشان، ابراز کرد:

• "هم شیفیت صبح و هم شیفیت بعد از ظهر مراجعه‌کننده داشتیم. بچه‌ها بعد از ظهرها بیشتر می‌توانند، به لحاظ این که می‌خواهند دور هم باشند. اگر نان‌آور خانواده باشند صبح نمی‌توانند و نوجوانانی که شیفیت مدرسه‌شان صبح است ترجیح می‌دهند بعدازظهر بیایند" [ارائه‌کننده خدمت، ۲۰ سال سابقه کار].

نزدیک بودن مرکز ارائه‌کننده خدمات به محل سکونت نوجوان، برای خانواده‌ها ظاهراً مهمتر از نوجوانان بود؛ یکی از ارائه‌کنندگان خدمات با توجه به تجربیات خود در این خصوص ابراز کرد:

• "بچه که آشنا بشود و دوست داشته باشد اگر دور هم باشد این جا می‌آید ولی برای خانواده‌ها خیلی مهم است که نزدیک به خانه باشد!" [ارائه‌کننده خدمت، ۳۶ ساله، لیسانس]

باشوم، چون مادرم دلسوز من هست ولی مشکل مرا نمی‌داند؛ در صورتی که مشکل ما در آنجا حل نشد صاف و ساده بگویند نمی‌توانند و به جای تخصصی ارجاع بدهند" [نوجوان، ۱۷ ساله، سوم تجربی].

عوامل انگیزشی: مضمون اصلی دیگر استخراج شده از بیانات مشارکت‌کنندگان، "عوامل انگیزشی" با پنج زیر مضمون "ارائه خدمات مورد نیاز نوجوان"، "مشارکت نوجوانان در ارائه خدمات"، "دولتی بودن مرکز"، "هزینه متناسب خدمات" و "ارائه خدمات مشاوره‌ای" بود.

با توجه به روحیات دوران نوجوانی و رفتار جستجوی مراقبت ضعیف نوجوانان، جهت ترغیب آنان برای دریافت خدمات باید از عوامل انگیزشی مختلف سود برده شود؛ یکی از ارائه‌کنندگان خدمات براین عقیده بود که باید در حوزه بهداشت باروری و جنسی، خدماتی به نوجوانان عرضه شود که مورد نیاز آنان باشد:

- "یک دختر در سنین باروری اگر بخواهد مراجعه کند به مرکز ما، باید آن چیزی را که او می‌خواهد به او بدهیم، آنی را که او می‌خواهد" [ارائه‌کننده خدمت، ۳۶ ساله].

کشورهایی که دارای تجربیات موفق در زمینه ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان می‌باشند از مشارکت نوجوانان در تمام جنبه‌های خدمات بهداشت باروری و جنسی شامل برنامه‌ریزی، تبلیغات یا اطلاع‌رسانی، ارائه خدمات، پایش و ارزشیابی بهره‌برده‌اند زیرا این امر منجر به افزایش تقاضای استفاده از خدمات توسط نوجوانان می‌گردد. دختران نوجوان مشارکت‌کننده در پژوهش نیز بر لزوم مشارکت نوجوانان در برنامه‌های مربوط به خودشان تأکید داشتند. یکی از نوجوانان خواستار استفاده از نیروی نوجوانان به صورت آموزش دهنده همسان بود:

- "من پیشنهادم این است که دانش آموزان خاصی باشند اگر توی رشته تجربی هم باشند بهتر است! در مورد این موارد اطلاعات کسب کنند و به بچه‌ها اطلاع رسانی کنند و مشورت

روانشناسی].

عوامل مدیریتی: از دیگر مضامین استخراج شده از تجربیات مشارکت‌کنندگان در رابطه با خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان عوامل مدیریتی بود. هرکدام از مشارکت‌کنندگان در مطالعه این مضمون را به گونه‌ای از خلال ادراکات و تجربیات خود مطرح کردند. در همین رابطه مضمون‌های فرعی "مدیریت مطلوب پرسنل"، "مدیریت صحیح ارائه خدمات" پدیدار شدند.

- "پرسنل زود به زود جابجا نشوند چون ما با یکی آشنا می‌شویم و می‌توانیم مشکلات خود را به او بگوئیم ولی بعد از مدتی منتقل می‌شوند" [نوجوان ۱۷ ساله - سوم انسانی].

- "باید اطلاع رسانی خوبی از طرف مراکز بهداشت صورت گیرد و خود مراکز بروشورهایی تهیه کنند که ریز خدمات را بنویسند که در زمینه بهداشت باروری این خدمات ارائه می‌شود؛ خیلی موارد بوده که مادران می‌آیند که دخترمان این مشکل را دارد و نمی‌دانیم باید به کجا مراجعه کنیم اگر بدانند که در مراکز بهداشت چه کمک‌هایی به آنها می‌شود حتماً مراجعه می‌کنند" [مشاور مدرسه، فوق لیسانس روانشناسی، ۱۰ سال سابقه کار].

- "کلاسها به طور مرتب مطابق برنامه‌ای که اعلام میشه برگزار بشه، گاهی اوقات ما می‌آمدیم اما می‌گفتند کلاس تشکیل نمی‌شود، گاهی وقت مری نمی‌اومد" [نوجوان ۱۷ ساله - آموزش دهنده همسان].

برخی از نوجوانان بر لزوم وجود خدمات ارجاع و پیگیری درمان خود از طرف ارائه‌کنندگان خدمت تا حصول نتیجه مطلوب تأکید داشتند:

- "آدم را ول نکنند، پیگیر کار آدم باشند، مثلاً شماره آدم را بگیرند و بپرسند چه کار کردی، کاری را که گفتم انجام دادی؟ به کجا رسیدی؟ چقدر تأثیر داشته؟ باز هم بیا پیش من؛ چون آدم احساس می‌کند که یک نفر هست که مشکل مرا می‌داند و دلسوز من هست و می‌خواهد که من درست

• "هزینه باید متناسب باشد؛ بعضی خانواده‌ها نمی‌توانند هزینه کنند باید در سطحی باشد که همه بتوانند از آن استفاده کنند؛ اگر گران باشد، فردی که ضعیف‌تر است، از نظر مالی ضعیف‌تر است چگونه به آنجا مراجعه کند" [نوجوان، ۱۵ ساله، عمومی].

اکثر نوجوانان مشارکت‌کننده در پژوهش خواستار امکان مشاوره تلفنی در مرکز بودند. در این راستا نوجوانی اظهار داشت:

"مشاوره تلفنی خیلی خوب است، سریع می‌تواند مشکل را رفع کند، گاهی وقتها مشکلی برایمان پیش می‌آید که نمی‌توانیم به مرکز بهداشت بیاییم اگر یک تلفن باشد که بتوانیم تماس بگیریم و مشکلمان را حل کنیم خیلی خوب است" [نوجوان، ۱۷ ساله، سوم انسانی].

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین خصوصیات خدمات بهداشت باروری دوستدار نوجوان از دیدگاه دختران نوجوان، ارائه‌کنندگان خدمات و مشاوران مدرسه دختران نوجوان بود. یافته‌های این مطالعه نشان دهنده خلاء وجود خدمات کلینیکی خاص نوجوانان، خصوصاً خدمات بهداشت باروری و جنسی خاص آنها در نظام سلامت ایران است. و در واقع این خدمات، سال‌ها پیش با توجه به وضعیت سلامت کشور برای استفاده زوج‌های متأهل طرح ریزی شده است در حالی که برای ارتقاء بهداشت باوری و جنسی نوجوانان، آنان به خدمات خاص خود نیاز دارند؛ یافته‌های این مطالعه علاوه بر تأیید فقدان خدمات مراقبت‌های بهداشتی خاص نوجوانان، نشان‌دهنده ساختار نامناسب نظام سلامت ایران در خصوص عدم آمادگی فنی و پرسنلی مراکز موجود می‌باشد. نگرانی‌هایی در مورد عدم رعایت رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات مراجعه‌کنندگان وجود دارد؛ این مطالعه همچنین نشان داد که ارائه‌کنندگان خدمات، فاقد مهارت‌های لازم برای برقراری

بدهند و در مرکز بهداشت اطلاعات خصوصی‌تر بدهند" [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم ریاضی].

یکی از ارائه‌کنندگان خدمات، از تجربه کار با نوجوانان علاوه بر استفاده از آنان به صورت آموزش‌دهنده همسان، گفت:

• "از خود نوجوانان کسانی را آموزش دادیم به عنوان پیر (Peer) با آگاهی کامل و علمی و مطمئن می‌شدیم که کل مطلب را می‌دانند و می‌توانند کمک‌کننده باشند و مهم نبود چقدر تحصیلات دارند مهم این بود که چقدر می‌توانستند جذب کنند و تأثیرگذار باشند؛ ضمناً من فکر می‌کنم خود نوجوان باید بنشیند خودش برای خودش براساس نیازهایی که دارد، پمفلت تهیه کند. ما یک جلسه شورایی داشتیم که از نوجوانان تشکیل شده بود مهم نبود که پیر هست یا نه، طرف ایده داشت در جلسه مطرح می‌کرد و همیشه تعدادمان فرد بود که بتوانیم رأی‌گیری کنیم، پیشنهادات یادداشت می‌شد رأی‌گیری می‌کردیم و خودشان می‌گفتند که به چی نیاز دارند" [ارائه‌کننده خدمت، ۳۶ ساله، لیسانس روانشناسی].

تعداد کمی از مشارکت‌کنندگان، مراکز خصوصی ولی اکثریت آنان مراکز دولتی را برای ارائه خدمات مناسب می‌دانستند:

• "توی مرکز بهداشت باشد بهتر است، به خاطر این که مرکز بهداشت یک جایی مربوط به همین کارهاست.

خوبی مرکز بهداشت این است که رفت و آمد در آن جا زیاد است مثلاً اگر یک جای دیگر باشد و خلوت باشد و مخصوص این کار باشد، شاید بعضی خانواده‌ها نگذارند مثلاً می‌گویند آنجا خلوت است، جای خوبی نیست و یا فقط به همین کار می‌پردازد ولی وقتی مرکز بهداشت است، رفت و آمد هم زیاد است و یک جایی هست که خانواده می‌شناسند و اعتماد دارند و بیشتر خانواده‌ها می‌گذارند" [نوجوان، ۱۶ ساله، آموزش دهنده همسان].

اکثر مشارکت‌کنندگان نوجوان و برخی از بزرگسالان مشارکت‌کننده نیز بر رایگان بودن یا کم هزینه بودن خدمات تأکید داشتند:

نوجوانان آشنا باشند استفاده شود؛ این یافته با یافته‌های مطالعات دیگر هم‌سو می‌باشد (۱۱).

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان دادند که نیاز به افزایش تعامل و نگرش مثبت بین ارائه‌کنندگان خدمت و دختران نوجوان وجود دارد؛ در واقع ارائه‌کنندگان خدمت باید هنگام کار با نوجوانان دارای نگاه غیر قضاوتی و دوستانه باشند؛ این نگرش از یک سو به آنها اجازه می‌دهد مشکلات نوجوانان را بهتر درک کرده و از سوی دیگر تمایل نوجوانان را برای مراجعه مجدد و در میان گذاشتن نگرانی‌های بهداشت باروری و جنسی خود با ارائه‌کنندگان خدمات افزایش می‌دهد؛ این یافته با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۱، ۱۹، ۲۲).

وارنیوس (Warenius) بر اساس یافته‌های مطالعه خود در سال ۲۰۰۹ در این رابطه، توصیه می‌کند که بسیار مهم است که نوجوانان در مراکز بهداشتی درمانی احساس راحتی داشته باشند و باور کنند که به عنوان یک فرد پذیرفته شده و مورد احترام می‌باشند (۲۴)؛ برای رفع این مانع، می‌توان بر روی بهبود تعامل ارائه‌کنندگان خدمات و دختران نوجوان سرمایه گذاری کرد؛ این امر از طریق حساس سازی ارائه‌کنندگان خدمات نسبت به ضرورت ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان و آموزش آنان در زمینه کسب مهارت‌های مشاوره و ارتباطی امکان پذیر است ضمن این که ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند هنگام تعامل با نوجوانان از طریق احساس همدلی، میزان ارتباط خود با آنان را افزایش دهند.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان نوجوان بر این باور بودند که هزینه خدمات ارائه شده باید در حد توان آنان باشد و حتی برخی خواستار رایگان بودن خدمات بودند و هزینه بالای خدمات را مانعی برای دسترسی به خدمات می‌دانستند؛ این یافته با یافته‌های مطالعات زیادی همخوانی دارد (۲۱، ۲۵).

از طرفی بر اساس یافته‌های این مطالعه، برای ایجاد احساس راحتی بیشتر نوجوانان در محل ارائه خدمات، در نظر گرفتن برخی خصوصیات فیزیکی و فنی مراکز می‌تواند مفید باشد؛

ارتباط مناسب با نوجوانان متقاضی خدمات بهداشت باروری و جنسی می‌باشند و در برخی موارد ترس از نوع برخورد پرسنل بهداشتی و نگرش منفی آنان، سبب عدم مراجعه دختران نوجوان برای کسب اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی می‌شود؛ این یافته‌ها با یافته‌های محققین متعددی همخوانی دارد (۲۱-۲۲، ۱۹، ۲۱).

در کشور محافظه کاری مانند ایران که فرهنگ، تأثیر شگرفی بر روی رفتار جنسی افراد دارد، اساسی‌ترین عامل ضروری برای ارتقاء بهداشت باروری و جنسی دختران نوجوان، خلق محیط حمایتی، احترام آمیز و توانمندکننده برای دختران نوجوان است تا آنان بتوانند با به کارگیری تمام ظرفیت‌های خود برای کسب مهارت‌های زندگی اقدام نمایند و به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی، بدون خجالت دسترسی داشته باشند؛ در این راستا با توجه به این که صلاحیت و مسئولیت رفع موانع فرهنگی و اجتماعی برای ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان و جوانان، بر عهده دولت‌هاست (۲۳). در این راستا توصیه می‌شود وزارت بهداشت ساختار مجموعه مراکز بهداشتی درمانی دولتی را ارتقاء دهد تا از حفظ حریم خصوصی نوجوانان در محیط ارائه خدمات، اطمینان حاصل شود زیرا همانطور که گفته شد بر اساس یافته‌های این مطالعه، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات نوجوانان برای تشویق آنان جهت استفاده از خدمات بهداشت باروری و جنسی بسیار مهم می‌باشد.

در بسیاری از موارد نیازهای بهداشتی نوجوانان می‌تواند متفاوت از نیازهای بزرگسالان باشد و پرسنل بهداشتی برای ارائه خدمات مورد نیاز نوجوانان باید به مهارت‌ها و دانش ویژه‌ای مجهز شوند مخصوصاً مهارت‌های ارتباطی، در تعامل با نوجوانان اهمیت زیادی دارند؛ بر اساس یافته‌های این مطالعه باید برای ارائه خدمات به نوجوانان از روش‌های اختصاصی و از پرسنل تعلیم دیده زبده که با نحوه تعامل با

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدود کردن نمونه‌ها به دختران دانش‌آموز نوجوان بود در حالی که اگر نوجوانان دختر غیر دانش‌آموز را هم در نمونه‌گیری وارد می‌نمودند، نتایج جامع‌تری حاصل می‌شد ضمن این که نمونه‌گیری از پسران نوجوان نیز جامعیت پژوهش را بیشتر می‌کرد؛ از طرفی این مطالعه دیدگاه دختران نوجوان را در دو شهر مشهد و شاهرود مورد بررسی قرار داده و ممکن است به دلیل چندنژادی و چندفرهنگی بودن کشور ایران، منعکس کننده وضعیت کل کشور نباشد؛ اما علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، یافته‌های این مطالعه با گستره وسیعی، با مطالعات قبلی انجام شده در سراسر دنیا همخوانی دارد؛ از این رو یافته‌های آن در سطح کشور و حتی جهان کاربرد دارد.

بر اساس نتایج این مطالعه ایجاد مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری به دختران نوجوان با ویژگی‌های حائز اهمیت برای این گروه سنی، می‌تواند در پیشگیری از مشکلات بهداشت باروری در این گروه نقش مهمی را ایفاء کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به شماره ۹۰۶۰ (پایان نامه دکتری تخصصی بهداشت باروری: ارائه یک برنامه قابل ادغام در نظام سلامت ایران برای ارتقاء بهداشت باروری و جنسی دختران نوجوان) می‌باشد. پژوهشگران مراتب امتنان خود را از مشارکت کنندگان در این مطالعه به سبب شکیبایی، حوصله و همچنین اعتماد آنان به محققان ابراز می‌دارند.

برای مثال آنان خواهان امکان مشاوره حضوری و تلفنی، رعایت بهداشت و تمیزی، نزدیک بودن محل ارائه خدمات به محل زندگی، شاد بودن محیط مرکز و اتاق انتظار مناسب می‌باشند، این یافته‌ها هم‌سو با مطالعات دیگر است (۱۱،۲۶). این مطالعه نشان داد که اطمینان از قرارگیری محل ارائه خدمات در محلی امن، موجب افزایش دسترسی دختران نوجوان به خدمات می‌شود. در این مطالعه مراکز دولتی به عنوان مراکزی هستند که مورد اعتماد والدین می‌باشند و امکان استفاده از خدمات این مراکز به دختران نوجوان داده می‌شود، این یافته با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۱،۲۵).

از آنجا که یکی از دلایل عدم آگاهی نوجوانان از خدمات در دسترس، به خاطر مشارکت ندادن آنها در طراحی و ارائه این خدمات می‌باشد، برای فراهم سازی مؤثر خدمات بهداشت باروری و جنسی برای نوجوانان، نیاز به مشارکت نه تنها ارائه‌کنندگان خدمات بلکه باید خود مصرف‌کنندگان نیز در تصمیم‌گیری‌ها و طراحی ارائه این خدمات مشارکت داده شوند. بنابراین با قبول این واقعیت که نوجوانان در تأمین سلامتی خود شریک هستند، باید از مشارکت آنان در برنامه‌ریزی و طراحی، اجراء و ارزشیابی فعالیت‌های مربوط به سلامتی آنها بهره برد؛ این امر سبب اطمینان از مناسب بودن و مربوط بودن برنامه‌های خاص آنان خواهد شد؛ یافته‌های این مطالعه در این خصوص با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۷).

در همین راستا دولت و سایر عوامل کلیدی باید بر طبق برنامه عمل ICPD که بر مشارکت هر چه بیشتر نوجوانان در تأمین سلامتی خودشان تأکید می‌نماید، عمل نمایند.

منابع

1- Qazi YS. Adolescent reproductive health in Pakistan. Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia Geneva: World Health Organization. 2003: 78-80.

- 2- UNICEF (United Nations Children's Fund). Progress for children, A report card for adolescents. New York: The Institute; 2012.
- 3- United Nations (Department of Economic and Social Affairs, Population Division). World Population Prospects The 2012 Revision Highlights and Advance Tables. New York: The Institute; 2013.
- 4- Utomo D. Adolescent Reproductive Health in Indonesia: Status, Policies, Programs and Issues. Policy Report. 2003.
- 5- UNICEF (United Nations Children's Fund). The state of the world's children 2011, Adolescence an age of opportunity. New York: The Institute; 2011.
- 6- Lonczak HS, Abbott RD, Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF. Effects of the Seattle social development project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156(5): 438-47.
- 7- Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z. The Co-Occurrence of Risky Behaviors among High School Adolescents in Tehran. Fam Res. 2008; 4(13): 87-100. [In Persian]
- 8- UNICEF (Iran). Adolescent Friendly Services in the Islamic Republic of Iran Promoting Partnerships for HIV Prevention. Tehran: The Institute; 2013.
- 9- Babazadeh R, Mirzaii K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2013; 120(1): 82-4.
- 10- World Vision Australia. Youth friendly health services in conservative and challenging settings: Case Study: Aceh Province in Indonesia. 2011.
- 11- Khalaf I, Abu Moghli F, Froelicher ES. Youth-friendly reproductive health services in Jordan from the perspective of the youth: a descriptive qualitative study. Scand J Caring Sci. 2010; 24(2): 321-31.
- 12- Ndzombane L. An investigation of the uptake of voluntary counselling and testing by adolescents aged 15 to 19 at two integrated youth friendly service sites in Gauteng, South Africa. Institutional Repository. 2012.
- 13- Homans H. Youth friendly health services: Responding to the needs of young people in Europe. Washington, DC: United Nations Inter Agency Group. 2004.
- 14- Hilary H. Youth friendly health services: Responding to the needs of young people in Europe. Geneva: United nations inter agency group. UNFPA/UNICEF/WHO. 2010.
- 15- Havea I. Exploring Factors to Strengthen Existing Reproductive Health Services for Young People in Tonga. 1st ed. Suva, Fiji: UNFPA Office for the Pacific; 2007.
- 16- Morrela Mc, Kappphan CJ, Elster AB, Juszcak L, Klein J. Access to health care for adolescent and young adults. J Adolesc Health. 2004; 35: 342-44.

- 17- SoleimaninNia L, Gazaeri A, Mohammadkhani P. Role of mental health in appearance of High Risk Behaviors in Adolescent. *Social Welfare*. 2006; 5(19): 75-90. [In Persian]
- 18- Gubhaju BB. Adolescent reproductive health in Asia. *Asia Pac Popul J*. 2002; 17(4): 97-119.
- 19- Kamau AW. Factors influencing access and utilisation of preventive reproductive health services by adolescents in Kenya: a case study of Murang'a District. [dissertation]. Bielefeld: University of Bielefeld, Germany. 2006.
- 20- Bott S, Jejeebhoy S, Shah I, Puri C. Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia. World Health Organization; 2003.
- 21- Regmi PR, Van Teijlingen E, Simkhada P, Acharya DR. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. *J Health Popul Nutr*. 2010; 28(6): 619-27.
- 22- Agampodi SB, Agampodi TC, Piyaseeli UKD. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC health serv res*. 2008; 8(1): 98.
- 23- World Bank. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results Annex L: What is a health system?* The Institute; 2007.
- 24- Warenus L. Sexual and reproductive health services for young people in Kenya and Zambia: Providers attitudes and young peoples needs and experiences. [dissertation]. stockholm: Queen margaret university. 2009.
- 25- Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, Woog V. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reprod Health*. 2007; 11(3): 99-100.
- 26- Jaruseviciene L, Levasseur G, Liljestrang J. Confidentiality for adolescents seeking reproductive health care in Lithuania: the perceptions of general practitioners. *Reprod Health Matters*. 2006; 14(27): 129-37.
- 27- Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2005; 9(3): 51-58.

Characteristics of Youth friendly reproductive health services in Iran:

A qualitative study

Shariati M¹, Babazadeh R^{2*}, Mirzaii Najmabadi Kh³, Mousavi SA⁴

¹Ph.D. Dept. of Community Medicine, Assistant Professor, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Ph.D. Dept. of Reproductive Health, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Ph.D, Dept. of Reproductive Health, Assosiated Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴Ph.D, Dept. of Psychiatry, Assosiated Professor, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding Author:** Dept. of Reproductive Health, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: babazadehr@mums.ac.ir

Received: 5 Nov 2015 **Accepted:** 27 Sep 2016

Background and Objectives: Adolescence is the time of the transition from childhood to adulthood; but it is also a formative period of the life habits in which many of the lifestyles are learned and established. This study was done to explore the views and experiences of adolescent girls and adults in order to clarify characteristics of youth-friendly reproductive health services.

Materials and Methods: This qualitative descriptive study was conducted during the period February–November 2012. Data were collected by carrying out focus group discussions and semi-structured interviews with 247 adolescent girls and 14 key adults, including school counselors and health providers in Mashhad and Shahroud cities. All interviews and focus group discussions were recorded on two digital recorders and were transcribed. Routine content analysis, data coding and categorization were performed by MAXQDA10.

Results: The characteristics of youth-friendly reproductive health services were classified in four categories: (1) personnel factors (2) physical and environmental factors of the services providers (3) management factors and (4) stimulus factors.

Conclusion: According to the results of the study, establishing centers of reproductive health services for female adolescents of this age group can play an important role in preventing reproductive health problems them.

Key words: *Female adolescent, Reproductive health, Youth friendly, Qualitative study*

Please cite this article as follows:

Shariati M, Babazadeh R, Mirzaii Najmabadi Kh, Mousavi SA. Characteristics of Youth friendly reproductive health services in Iran: A qualitative study. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2016; 6(3): 34-47.
