

Iranian Adolescent Girls' Challenges in Accessing Sexual and Reproductive Health Information and Services

Mirzaii Najmabadi Kh¹, Babazadeh R*², Mousavi S.A³, Shariati M⁴

1. Associated Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

2. Assistant Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

3. Associated Professor of Psychiatry, School of medicine, Shahroud University of Medical Sciences

4. Associated Professor of Community Medicine, School of medicine, Tehran University of Medicine Sciences

* *Corresponding author.* Tel: +989151279621, Fax: +985138548884, E-mail: raheleh621@yahoo.com

Received: Nov 3, 2015 Accepted: Apr 14, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: Adolescents are vulnerable age group due to lack of knowledge and skills to avoid high risk behaviors and lack of access to acceptable and appropriate reproductive health information and services. This study was done to explore the views and experiences of adolescent girls and key adults in conjunction with the Iranian adolescent girls' challenges in accessing SRH information and services.

Methods: This is a qualitative study. Data were gathered through semi structured interviews and focus groups with 247 adolescent girls and 71 key adults including health policymakers, governmental, nongovernmental and international health programs managers, health providers, mothers, teachers, sociologists and clergy in four Iranian cities. Data were coded and categorized using content analysis by MAXQDA10.

Results: The main challenges identified were classified in four categories: (1) political challenges such as lack of an adopted strategy by the government; (2) social and cultural challenges such as taboos; (3) structural and administrative challenges such as inappropriate structure of the health system; and (4) non-use of religious potential.

Conclusions: In Iran, the concept of adolescent reproductive health has not been well understood and is very controversial. Government leaders and policymakers should try to provide reproductive health services that are consistent with the community's cultural and religious values for adolescent girls to overcome the challenges of access.

Keywords: Barriers; Sexual and Reproductive Health; Qualitative Study; Adolescent.

چالش‌های پیش روی دختران نوجوان ایرانی در دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی

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

۱. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۳. دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهروود ۴. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۵۱۲۷۹۶۲۱ فکس: ۰۵۱ ۳۸۵۴۸۸۸۴ ایمیل: raheleh621@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان به دلیل فقدان دانش و مهارت‌های لازم برای جلوگیری از رفتارهای پرخطر و همچنین عدم دسترسی قابل قبول و مناسب به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری گروه سنی آسیب پذیری هستند. مطالعه حاضر با هدف کشف نقطه نظرات و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان کلیدی در رابطه با چالش‌های پیش روی دختران نوجوان ایرانی در دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه کیفی است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند و بحث‌های گروهی با ۲۴۷ دختر نوجوان و ۷۱ بزرگسال کلیدی شامل سیاست‌گزاران بهداشتی، مدیران دولتی، غیردولتی و بین‌المللی برنامه‌های بهداشتی، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، مادران، معلمان، جامعه‌شناسان و روحانیون در چهار شهر ایران جمع‌آوری شدند. داده‌ها از طریق آنالیز محتوی با استفاده از نرم افزار MAXQDA-10 کدگذاری و طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها: چالش‌های اصلی مشخص شده در چهار طبقه جای گرفتند: ۱- چالش‌های سیاسی مانند عدم اتخاذ استراتژی مشخص از طرف دولت، ۲- چالش‌های فرهنگی و اجتماعی مانند تابوها، ۳- چالش‌های ساختاری و اجرایی مانند نامناسب نظام سلامت، و ۴- عدم استفاده از پتانسیل بالقوه مذهب.

نتیجه‌گیری: در ایران، مفهوم بهداشت باروری نوجوانان به خوبی درک نشده و بسیار بحث‌انگیز است. دولتمردان و سیاست‌گزاران باید به منظور غلبه بر چالش‌های دسترسی، در فراهم‌سازی خدمات بهداشت باروری هماهنگ با ارزش‌های دینی و فرهنگی جامعه برای دختران نوجوان تلاش نمایند.

واژه‌های کلیدی: موانع، بهداشت باروری و جنسی، مطالعه کیفی، نوجوان

پذیرش: ۹۵/۱/۲۶

دریافت: ۹۴/۸/۱۲

مقدمه

بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال قرار دارند (۳). با توجه به روند افزایشی جمعیت نوجوانان تا سال ۲۰۳۰، آژانس‌های بین‌المللی متعددی مانند یونیسف^۱ و سازمان بهداشت جهانی^۲، اولویت زیادی به بهداشت باروری نوجوانان داده‌اند (۲، ۴-۵)؛ دوره نوجوانی یک دوره تکوینی است که در طی آن بسیاری از

بهداشت باروری، یکی از ضرورت‌ها و پیش‌نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌رود (۱)؛ در سراسر دنیا حدود ۱/۷ بلیون نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله وجود دارد که حدود ۹۰ درصد آنان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۲)؛ در ایران نیز حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور بین ۱۰ تا ۲۴ ساله هستند و از این تعداد، حدود ۱۶/۳۳ درصد

¹ United Nations Children's Fund (UNICEF)

² World Health Organization (WHO)

الگوهای زندگی آموخته و تثبیت می‌شود (۶)؛ 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. در جهان معاصر، نوجوانان به واسطه روبه‌رو شدن با انواع خطرات، خصوصاً آن دسته از خطراتی که به مسایل جنسی و باروری مربوط می‌شود بسیار آسیب پذیر می‌باشند؛ آنها در حالی از طریق رسانه‌های جمعی مختلف در ارتباط با سکس و فعالیت جنسی تحریک می‌شوند که در این موارد و نیز در مورد باروری و بهداشت آن، فاقد اطلاعات صحیحی می‌باشند (۷)؛ از این رو نوجوانان با چالش‌های بهداشت باروری منحصر به فردی رو به رو هستند.

میزان مرگ و میر به علل عوارض ناشی از بارداری و زایمان در بین مادران باردار ۱۵ تا ۱۹ ساله، ۲ تا ۵ برابر بیش از مادران بالای ۲۰ ساله است؛ (۸)؛ تخمین زده می‌شود که یک تا دو سوم بارداری‌های نوجوانان ناخواسته باشد؛ بسیاری از این نوجوانان به دنبال سقط - که اغلب غیرایمن نیز می‌باشد- هستند که این اقدام سبب مرگ و میر و ابتلاء زیادی از قبیل پارگی‌های دیواره واژن و دهانه رحم، عفونت، خونریزی، عفونت لگنی و نیز نازایی در بین آنان می‌شود (۲، ۹-۱۰)؛ ضمن این که سقط غیرایمن پیامدهای روحی، روانی و اقتصادی- اجتماعی متعددی نیز خصوصاً برای دختران نوجوان در پی دارد (۱۱)؛ هر ساله نیمی از عفونت‌های HIV جدید در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله رخ می‌دهد؛ (۱۱، ۱۲)؛ 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، بهداشت باروری و جنسی نوجوانان مورد غفلت قرار گرفته است (۱۳، ۱۴)؛ بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری‌ها و بحران‌های دوره نوجوانی، دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده خود را مورد تهدید

قرار می‌دهند (۱۵)؛ در ایران در اکثر موارد، بی‌مبالاتی‌های جنسی (۵۵/۶٪) در سنین ۱۶ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهند (۱۶)؛ انتقال ایدز از طریق تماس جنسی به صورت تصاعدی رو به افزایش و در حال جایگزینی با روش تزریقی است؛ سن بیش‌تر مبتلایان شناسایی شده (۴۰٪) 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 (۱۷، ۱۸). آمار دقیقی از روابط جنسی پیش از ازدواج در ایران وجود ندارد ولی مطالعات مختلفی که در مقیاس کوچک انجام شده، نشان دهنده تخمین‌های متفاوتی از روابط جنسی پیش از ازدواج است؛ در سال ۱۳۸۷، مطالعه‌ای به صورت پیمایشی و با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از ۲۰۰۰ نفر از نوجوانان و جوانان سنین ۱۰ تا ۲۴ ساله ساکن مناطق شهری هفت شهر کشور انجام شد؛ در این مطالعه بیش از ۲۱ درصد از پسران و ۵/۵ درصد از دختران در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله، رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج داشته‌اند (۱۹)؛ اگر چه آمار به دست آمده نسبت به آمار جهانی بسیار پایین‌تر است، اما باید توجه داشت که به علت حساس بودن موضوع، آمار به دست آمده احتمالاً پایین‌تر از میزان واقعی آن است. صدمات و خسارت‌های جبران‌ناپذیر رفتارهای پرخطر نوجوانان و بالا بودن هزینه‌های زمانی و مالی اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی، پیش‌گیری را بهترین رویکرد برای کاهش رفتارهای پرخطر و تهدیدکننده در جامعه معرفی می‌نماید (۲۰)؛ طبق بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره^۱ در سال ۱۹۹۴، جوانان حق دارند در مورد بهداشت باروری بدانند و به خدمات آن دسترسی داشته باشند تا بتوانند آگاهانه در خصوص مسائل باروری خود تصمیم بگیرند و دولت‌ها موظف به تأمین این خدمات شده‌اند (۲۱)؛

¹ International Conference on Population and Development (ICPD) Cairo.

طبق بررسی‌های انجام شده اکثر نوجوانان جامعه ما بخصوص دختران، به دلایل فرهنگی، نه اعتقادی و مذهبی، از اطلاعات صحیحی در ارتباط با بهداشت باروری برخوردار نیستند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیرموثق، در بسیاری از موارد با اطلاعات غلط، سلامت جنسی و سیر تکاملی خود را به خطر می‌اندازند (۲۲)؛ با توجه به این که شناخت ما از فاکتورهای خاصی که استفاده از خدمات بهداشت باروری توسط دختران نوجوان ایرانی را تشویق یا منع می‌کند بسیار محدود می‌باشد، این مطالعه با هدف کشف دیدگاه‌ها و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان کلیدی در ارتباط با فاکتورهایی که سبب جلوگیری از دسترسی و استفاده از اطلاعات و خدمات بهداشت باروری توسط دختران نوجوان می‌شود، انجام شد.

روش کار

مطالعه کیفی حاضر در فاصله زمانی بهمن ۱۳۹۱ تا آذر ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند صورت گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۲۴۷ دختر نوجوان ۱۹-۱۴ ساله و ۷۱ بزرگسال کلیدی ۵۷-۳۷ ساله شامل ۸ سیاستگذار اصلی بهداشتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴ مدیر دولتی، غیردولتی و سازمان‌های بین‌المللی (یونیسف و صندوق جمعیت ملل متحد) برنامه‌های بهداشتی، ۳ ارائه‌کننده خدمات بهداشتی، ۲۶ مادر دختران نوجوان، ۷ روحانی، ۲ جامعه‌شناس و ۱۱ مشاور مدرسه بودند. داده‌ها از طریق انجام مصاحبه‌های فردی نیمه ساختارمند و بحث‌های گروهی با استفاده از مجموعه مناسبی از راهنمای مصاحبه در چهار شهر تهران، مشهد، شاهرود و قم جمع‌آوری شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای دختران نوجوان شامل دارا بودن سن بین ۱۹-۱۴ سال، ایرانی، هرگز ازدواج نکرده، مشغول به تحصیل و زندگی به همراه والدین بود. آنان بین کلاس ۱۲-۸ و از رشته‌های

مختلف تحصیلی با وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت بودند. بنابراین درون گروه‌ها همگونی و بین گروه‌ها ناهمگونی از نظر سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی، پایه و رشته تحصیلی برقرار بود. اساس نمونه‌گیری در بزرگسالان کلیدی بر مبنای دارا بودن تجربه عملی کار با نوجوانان خصوصاً در حیطه مسایل بهداشتی نوجوانان بود. بحث‌های گروهی با ۱۲-۶ مشارکت‌کننده در مدارس برگزار شد و مصاحبه‌های فردی بنا به پیشنهاد شرکت‌کنندگان در اتاق کار آنان صورت گرفت. تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان بر روی دو ضبط دیجیتال ضبط و سپس پیاده شده و با یادداشت‌های دستی حین مصاحبه‌ها برای اطمینان بیشتر مقایسه شدند. طول مدت انجام مصاحبه‌ها بین ۶۰-۳۵ دقیقه و بحث‌های گروهی به طور متوسط ۵۹ دقیقه بود. زمانی که که هیچ داده جدیدی از مصاحبه‌ها بدست نیامد، نمونه‌گیری متوقف شد. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود قرار گرفت. محقق اصلی قبل از شروع مصاحبه‌ها، هدف از مطالعه را برای مشارکت کنندگان توضیح داده و اجازه شفاهی آنان را برای انجام مصاحبه‌ها بدست آورد و به آنان گفته شد مشارکت آنان کاملاً داوطلبانه بوده و هر زمانی که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. در تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی گمنامی مشارکت کنندگان رعایت شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز محتوی کیفی از طریق نرم‌افزار MAXQDA10 کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. به منظور اطمینان از روند صحیح تحلیل در مراحل کدگذاری، شکل‌گیری زیرطبقات و طبقات استخراج شده و در صورت مغایرت، تصحیح آن‌ها از روش «بازبینی مشارکت کنندگان»^۱ و استفاده از نظرات اساتید مجرب و چندین فرد صاحب نظر^۲ استفاده شد.

¹ Member Checking

² Peer Debriefing

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس ادراکات و تجربیات مشارکت‌کنندگان چالش‌های پیش روی دختران نوجوان ایرانی در دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری در چهار طبقه جای گرفت:

چالش‌های سیاسی

موانع سیاسی، به عنوان یکی از تاثیرگذارترین عوامل در عدم ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان نقش آفرینی می‌کنند؛ یکی از عمده‌ترین موانع تاثیرگذار در دستیابی دختران نوجوان به خدمات بهداشت باروری و جنسی، عدم اتخاذ یک استراتژی مشخص از سوی دولت می‌باشد؛ این امر، مستقیم و غیرمستقیم بر روی سایر عواملی هم که در این مسئله دخیل هستند تاثیرگذار است:

- به نظر من باید به نوجوانان آموزش‌هایی مانند راه‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی را داد اما خیلی از اوقات برخی از مجموعه‌های دولت مثل آموزش و پرورش، فکر نمی‌کنم خیلی با حرف‌های من موافق باشند [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۶ سال سابقه کار].

- یک مشکلی که وجود دارد این است که هیچکس احساس مالکیت در این مسئله نمی‌کند! وزارت بهداشت ممکن است احساس مالکیت بکند ولی وقتی می‌بیند موانع رو به رویش خیلی سنگین است می‌گوید پس من وارد این کار نشوم چون اگر واردش بشوم یا مثلاً این قدر درصد، واردش بشوم چون اگر پیم را از این درصد فراتر بگذارم با مشکل مواجه می‌شوم [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

محدود بودن پروژه‌های اجراشده توسط سازمان‌های غیر دولتی مردم نهاد (NGOها) از دیگر موانع دستیابی دختران نوجوان به خدمات بهداشت باروری و جنسی بود که مطرح گردید؛ دولت در زمینه ارائه این گونه خدمات، به دلایل مختلف به سازمان‌های غیردولتی، اجازه فعالیت گسترده را

نمی‌دهد و اکثر پروژه‌های اجرا شده توسط آنان در حد پایلوت و در مقیاسی کوچک می‌باشند که طبیعتاً تعداد بسیار محدودی از نوجوانان را پوشش می‌دهند:

- موضوع، موضوع مهمی است و گروه سنی، گروه سنی با اهمیت و حساس است، ... به هر حال خیلی از برنامه‌ها ممکن است توی کشورهای دیگر به راحتی انجام بشود ولی ما نباید به همان راحتی اجرا کنیم مثلاً WHO خیلی جاها برنامه‌هایی را به راحتی اجرا می‌کند ولی ... ما هر برنامه‌ای را نمی‌توانیم سریع وارد سیستم خودمان بکنیم و با در نظر گرفتن تمام جهات باید باشد [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۱۲ سال سابقه کار].

چالش‌های فرهنگی اجتماعی

در اظهارات تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، رگه‌هایی از وجود تابوهای فرهنگی به عنوان یکی از اساسی‌ترین موانع موجود برای دستیابی دختران نوجوان ایرانی به خدمات بهداشت باروری و جنسی دیده می‌شود؛ این تابوها به صورت برداشت نادرست از دین، ترس از ریختن حیای دختر، ترس از انگ خوردن در جامعه در صورت مراجعه به مرکز بهداشت، مخفی کردن مشکل توسط نوجوانان، خودسانسوری بزرگسالان، محدودیت چاپ مطالب آموزشی جنسی، عدم توجه خانواده‌ها و جامعه به نیاز جنسی نوجوانان، وجود شرم و حیا بین مادر و دختر، ترس از آثار مخرب افزایش آگاهی جنسی و عدم اعتماد به مراکز ارائه‌کننده خدمات، خود را نشان می‌دهند.

در حالی که احادیث و روایات بسیاری در خصوص نحوه تربیت جنسی کودکان و نوجوانان در دین هدایت‌گر اسلام وجود دارد، متأسفانه عدم آگاهی صحیح آحاد مردم از این امر، سبب به وجود آمدن تابوهایی در این زمینه شده است:

- من وقتی ۱۶ ساله بودم بالغ شدم پدرم یک روحانی بود دست مرا گرفت و ۴ ساعت با من در مورد بلوغ، چه تغییرات جسمی و روانی ایجاد می‌شود همه

این‌ها را توضیح داد و برای برادرهای دیگر هم توضیح داد، از خواهرم پرسیدم گفت مادرم توضیح داد، یعنی همه این‌ها توی اسلام هست ما استفاده نمی‌کنیم [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۵ سال سابقه کار].

روحانیون مشارکت کننده نیز در بیان نظر اسلام در مورد آموزش این موضوع اظهار نمودند:

- برخی از اولیای امر می‌گویند بچه چه لزومی دارد که این‌ها را بفهمد، خیال می‌کنند که اگر آموزش جنسی داده بشود تحریک جنسی صورت می‌گیرد درحالی که این جا یک اشتباه وجود دارد و آن این است که تحریک آنجایی صورت می‌گیرد که نوع آموزش تحریک کننده باشد... هزاران روایت از امام محمد باقر (ع) و امام صادق (ع) راجع به مسایل جنسی مطرح کرده‌اند حالا بعضی‌ها می‌گویند مسایل جنسی باید پنهان بماند و نباید مطرح بشود [روحانی، مرد، ۵۷ ساله].

از دیدگاه برخی از مشارکت کنندگان، ترس از انگ خوردن در جامعه سبب می‌شود نوجوانان حتی در صورت داشتن مشکل از مراجعه به مراکز ارائه خدمات بهداشتی موجود امتناع کنند:

- دیدید بعضی حالت‌ها، بعضی کس‌ها به حالت خیلی بدی به آدم نگاه می‌کنند که حالا به تو چه ربطی دارد که پا شدی آمدی که هم‌چنین سؤالاتی می‌پرسی، من خودم یک بار برایم یک سؤالی پیش آمده بود رفتم از کسی که مسئول این کار بود پرسیدم، به یک چشمی به من نگاه می‌کرد که الان من همه کاره‌ام! [نوجوان، ۱۷ ساله، سوم انسانی].

این مسئله به نوعی دیگر در رده سیاستگذاران اصلی بهداشتی نیز سبب عدم ارائه خدمات مورد نیاز نوجوانان در این حوزه می‌شود:

- نکته دیگری که نگرانش هستیم این که ما خودمان متهم بشویم به این که بگویند که این‌ها دارند به دختران مجرد می‌گویند اگر برایت موردی پیش آمد حتما از باریب استفاده کن، معنایش این است که اشکالی ندارد اگر خواستید این کار را بکنید، یعنی متهم به این

امر هم می‌ترسیم بشویم و به همین خاطر شاید کم‌تر توی این حوزه برای دختران وارد می‌شویم [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

از نظر برخی مادران نیز این مسئله مانعی مهم تلقی می‌شود:

- در مرکز بهداشت خجالت می‌کشند بروند، همسایه به همسایه می‌گوید، دختر فلان کس در بهداشت بود! پشت سرش حرف در می‌آورند و می‌گویند دختر او رفته مرکز بهداشت [مادر، ۴۰ ساله، خانه دار].

مانع ایجاد محدودیت در چاپ مطالب آموزش جنسی به دلیل نگرانی از ترویج بی بندوباری و از بین رفتن عفت و حیای عمومی در جامعه از طرف برخی از مشارکت کنندگان مطرح شد:

- من یک کتاب تربیت جنسی را نوشتم و طرحش را دادم به یک جایی تصویب کردند ولی بعد از دو ماه به من گفتند آقا چون نامش جنسی است ما نمی‌توانیم پاسخگو باشیم، دقت می‌کنید حتی یک ارگان حوزوی - دولتی است یعنی این طور باهش برخورد می‌کنند [روحانی، مرد، ۵۴ ساله].

وجود شرم و حیا بین مادران و دختران سبب حاکم شدن فضایی در محیط خانواده‌ها می‌شود که مانع از گفتمان جنسی و اطلاع رسانی مناسب از طرف مادران به دختران‌شان می‌گردد:

- خانواده‌های ما با دختران‌شان و پسران‌شان راجع به راست‌گویی و صداقت، امانت‌داری، انسانیت و شرف و حریت و عدالت خیلی راحت صحبت می‌کنند ولی وقتی به مقوله سکس می‌رسند نه مادر و نه پدر به دختر و پسرشان، روی‌شان نمی‌شود که این مباحث را باز کنند حتی در مجامع مثل دبیرستان‌ها هم معلمان سخت‌شان است که در مورد این موضوع صحبت کنند [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

- خانم ما می‌خواهیم با مامانمان در این باره صحبت کنیم ولی مامانمان نمی‌خواهد و هر وقت می‌خواهیم چیزی بگویم می‌گوید پر رو شدی [نوجوان، ۱۶ ساله، دوم تجربی].

ضرورت این امر هست بویژه در مورد جوانان ازدواج نکرده [سیاستگذار بهداشتی، زن، ۱۱ سال سابقه کار].

چالشهای ساختاری و اجرایی

از نظر اکثر مشارکت‌کنندگان، ساختار نامناسب نظام سلامت یکی از موانع دستیابی دختران نوجوان به خدمات بهداشت باروری و جنسی ذکر شد؛ این مسئله در گفته‌های مشارکت‌کنندگان به صورت عدم آمادگی پرسنلی و فنی مراکز بهداشتی درمانی، عدم وجود اطلاعات مناسب در حوزه بهداشت باروری نوجوانان، عدم برنامه‌ریزی منسجم و صحیح در حوزه بهداشت باروری و جنسی نوجوانان و در دسترس نبودن خدمات مناسب برای دختران نوجوان، خود را نشان داد:

- اگر هم این کار بخواهد شروع بشود با این کارکنان موجود نمی‌شود ما نیاز به کارکنان تعلیم دیده برای این کار داریم... در این میان متخصصانی که به دختران تعلیم می‌دهند اهمیت‌شان بیش‌تر از آن‌هایی هست که به پسرها تعلیم می‌دهند برای این که دخترها بیش‌تر در معرض خطر قرار دارند... [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۶ ساله].

اطلاعات ما در مورد وضعیت بهداشت باروری و جنسی نوجوانان محدود است و اطلاعات موجود بسیار ناقص می‌باشد، انجام مطالعات رفتاری در این گروه سنی ضروری ست (سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۰ سال سابقه کار).

برخی از مشارکت‌کنندگان خصوصاً مدیران رده میانی و سیاستگذاران اصلی بهداشتی، ضرورت ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان را به خوبی درک کرده بودند ولی به دلیل عدم حمایت قانونی در این خصوص، قادر به انجام کار مؤثری در این زمینه نبودند:

- ما در وزارت بهداشت نمی‌توانیم به کارهایی که عملاً غیرقانونی و غیرشرعی است، پوشش موجه بدهیم و یکی از مشکلات ما این است که ما می‌دانیم که بسیاری از دخترهایی که طعمه روابط سکس

ترس از آثار مخرب افزایش آگاهی جنسی، از دیگر موانع ذکر شده برای ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان بود:

- اگر بیاییم دختران جوان را وارد این آموزش بکنیم ممکن است با عوارض جانبی ناخواسته‌ای مواجه بشویم که این عوارض از دو منظر قابل بحث است یکی ممکن است همین موضوع بالاخره خودش باعث شود که کنجکاوی‌هایی در طرف ایجاد بشود و یک اطمینان کاذبی در آن‌ها ایجاد بشود و خدای نکرده خودش ممکن است که باعث بشود قیح و زشتی کار بریزد که حالا باید مطالعه بشود که ببینیم این حرف‌ها درست است یا نه [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

از طرفی بر اساس ادراکات و تجربیات برخی از مشارکت‌کنندگان، دانش ناکافی برخی از مادران سبب می‌شود که آنان نتوانند وظیفه خود را به عنوان اولین منبع اطلاع‌رسانی دختران در زمینه موضوعات بهداشت باروری و جنسی به نحو احسن انجام بدهند:

- خیلی خوب است که کلاسی در درمانگاه برای ما مادرها باشد، ما برویم یاد بگیریم، ما باید یاد داشته باشیم که به دخترانمان بگویم، وقتی یاد نداریم چه بگویم [مادر، ۳۸ ساله، خانه دار].

برخی از دختران نوجوان مشارکت‌کننده نیز اعتمادی به مرکز بهداشت محله خود نداشتند:

اگر من برای حل مشکلم به مرکز بهداشت بروم، احتمالاً مامای مرکز به مادرم خواهد گفت و من اصلاً این را نمی‌خواهم [نوجوان، ۱۷ ساله، سوم تجربی].

از دیدگاه برخی از بزرگسالان مشارکت‌کننده در مطالعه، نبود آگاهی صحیح در بین برخی از مسئولین و جامعه نسبت به ضرورت ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان از دیگر موانع دسترسی نوجوانان به این خدمات عنوان شد:

- الان بیش‌ترین مانع، نبودن آگاهی صحیح مسئولین رده بالا به جز مسئولین وزارت بهداشت نسبت به

غیرایمن می شوند اگر قبلاً آموزش‌های لازم را می‌دیدند حتی اگر سکس هم داشته باشند خارج از ضوابط، بالاخره غیرایمن نباشد اما تقریباً هنوز این اجازه را نداریم که بیاییم مشاوره و پیش‌گیری از این بیماری‌ها را به دختران مجرد بدهیم [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

یکی از مواردی که از طرف برخی از مشارکت‌کنندگان، دلیل عدم دسترسی نوجوانان به اطلاعات بهداشت باروری و جنسی ذکر شد، همسان نبودن گروه هدف یعنی دختران نوجوان بود؛ در واقع مواردی مانند یکسان نبودن سطح آگاهی جنسی نوجوانان، متفاوت بودن نیازشان به دلیل وجود یا نبود تجربه جنسی، یکسان نبودن بلوغ فکری ایشان و تفاوت در مکان دسترسی به آنان، سبب می‌شوند تا برنامه‌ریزی‌هایی که برای رسیدن به آن‌ها صورت می‌پذیرند با چالش‌هایی مواجه گردند:

- وقتی آموزش می‌دهیم این آموزش به صورت گروهی است، داریم به دختر بچه‌ای که هنوز قاعدگی را تجربه نکرده، راجع به پیش‌گیری از بارداری و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی/ایدز درس می‌دهیم و ممکن است به طور هم‌زمان به دختری که متاسفانه این موضوعات دیگر برایش دیر شده، این موضوعات را آموزش می‌دهیم [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۲ سال سابقه کار].

- بچه‌ها کاملاً با هم متفاوتند، یک تعداد حتی به ما درس می‌دهند و عده‌ای هم هستند که هیچی نمی‌دانند [مشاور مدرسه، زن، ۲۵ سال سابقه کار].

تمام مدیران بهداشتی دولتی و غیردولتی اعتقاد داشتند که مسئولین آموزش و پرورش، موافق با ارائه آموزش‌های بهداشت باروری و جنسی به صورت جامع نیستند و در فرصت‌های به دست آمده برای آموزش، فقط امکان طرح کلیات آن هم به صورت سر بسته وجود دارد:

- آموزش و پرورش کلاً با این که این موضوعات را توی آموزش و پرورش بیاورند مخالف است، من

فکر می‌کنم که یک نگرانی وجود دارد در آموزش و پرورش که فکر می‌کنند اگر در مورد اچ‌آی‌وی یا راجع به سلامت جنسی یا سلامت باروری بخواهیم صحبت کنیم بلافاصله می‌خواهیم راجع به کاندوم صحبت کنیم... به خاطر همین راه مذاکره را بسته، اصلاً تا می‌خواهی صحبت کنی میگوید نه! [سیاستگذار بهداشتی، مرد، ۲۰ سال سابقه کار].

در حال حاضر سازمان‌های مختلفی در ارتباط با سلامت نوجوانان و جوانان کار می‌کنند ولی در عمل توفیق چندانی حاصل نمی‌شود؛ یکی از دلایل عدم دستیابی به نتیجه مطلوب، عدم هماهنگی مناسب بین آنان است در واقع مثل این می‌ماند که یک ارکستر سمفونیک، تمام نوازندگان ادعای تبحر کافی در نوازندگی دارند ولی به دلیل عدم هارمونی بین اعضا، هم‌نوازی آنان سبب ایجاد موسیقی گوش‌نازی نمی‌شود:

- خیلی جاها حرف زده می‌شود مثل سازمان جوانان و استانداری که منابع خاصی برای آموزش سلامت جوانان ریخته شده، ما هم داریم برای جوانان و نوجوانان کار می‌کنیم، جاهای دیگر هم دارند کار می‌کنند، همه هم می‌گویند هیچی خوب نشده! چرا؟ نمی‌دانم، من نمی‌دانم مثل این که هر کسی کاسه خودش را برداشته، کار خودش را دارد می‌کند! [مدیر بهداشتی دولتی، زن، ۲۸ سال سابقه کار].

نیاز مبرمی به قبول این واقعیت وجود دارد که نوجوانان در تامین سلامتی خود شریک هستند و یکی از دلایل توفیق کشورهای موفق در زمینه بهداشت باروری و جنسی نوجوانان استفاده از مشارکت ایشان در تمام مراحل برنامه‌ریزی می‌باشد، اما متاسفانه در کشور ما به این مهم بهای کمی داده می‌شود:

- ما همه چیز را از دیدگاه خودمان نگاه می‌کنیم، بالاترین سطح مشارکت این است که آن کسی که ما می‌خواستیم مشارکت کند، خودش کار را انجام بدهد و ما همکاری بشویم، مشکلی که داریم این است که سیستم ما این را نمی‌پذیرد یعنی نوجوان ما می‌خواهد

در زمینه بهداشت باروری کار کند، بالاترین سطح کار این است که خودش مسئول کار بشود یعنی اگر پمفلتی تهیه می‌شود خودش تهیه کند... ناظر پمفلت ما هستیم، اما سیستم ما توجیه نیست [مدیر بهداشتی دولتی، مرد، ۱۶ سال سابقه کار].

چالش عدم استفاده از پتانسیل بالقوه مذهب

در مطالعه حاضر هیچ کدام از روحانیون شرکت کننده با اصل آموزش موضوعات بهداشت باروری و جنسی مخالف نبودند.

مردمی که فکر می‌کنند آموزش جنسی در اسلام اجازه داده نشده است، کاملاً در اشتباهند، اما چنین آموزش‌هایی باید به نحو اخلاقی و با عفت به نوجوانان انتقال داده شود (روحانی، مرد، ۴۸ ساله).

- این مسئله بسیار مهم است که همه بدانند آموزش جنسی یک مفهوم و واژه خارجی نیست، از دیرباز دین قدرت نیاز جنسی را تشخیص داده و قوانین و اصول زیادی در ارتباط با جنبه‌های مختلف عملکرد جنسی انسان دارد. (روحانی، مرد، ۵۲ ساله).

یافته‌های مطالعه نشان داد که برنامه‌ریزان باید از ظرفیت دین برای آموزش جنسی استفاده کنند.

- مدیران بهداشتی سوالات خود را در حوزه آموزش بهداشت باروری و جنسی نوجوانان از دیدگاه دین را باید از علمای دینی بپرسند. آنها باید شجاعانه در این حیطه وارد شوند و از استیگما نترسند (روحانی، مرد، ۵۷ ساله).

بحث

دیدگاه‌های به دست آمده در طی مصاحبه‌ها نشان داد که دیدگاه مسئولین دولتی در ارتباط با بهداشت باروری و جنسی نوجوانان بسیار محتاطانه است و به دلیل استیگمای اجتماعی مسایل جنسی نوجوانان و ترس از عکس العمل جامعه و فقدان حمایت عمومی، تلاش‌های عملی کمی برای ارائه خدمات بهداشت

باروری و جنسی به نوجوانان صورت گرفته است. در واقع با توجه به ساختار نظام سلامت مشخص می‌شود سیاستگذاران بهداشتی برای پوشش این گروه سنی یعنی دختران نوجوان ۱۹-۱۰ ساله برنامه‌ریزی خاصی انجام نداده‌اند. در حقیقت یک دختر از ابتدای تولد تا ۸ سالگی تحت مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌گیرد و بعد به حال خود رها می‌شود و زمانی مجدداً به سیستم بهداشتی مراجعه می‌کند که ازدواج کرده و تصمیم به بارداری می‌گیرد. بدین ترتیب برای او در طی دوران پر تلاطم بلوغ که نیازمند بیشترین حمایت جسمی و روانی است، جایگاهی در نظام سلامت تعریف نشده است. این یافته‌ها با یافته‌های گرانسیت^۱ که دلایل عدم حمایت سیاسی دولت‌ها از برنامه‌های ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان را نادیده گرفتن حقایق ناراحت کننده در جامعه و یا فشارهای شدید از طرف گروه‌های مذهبی، سیاسی جامعه در این ارتباط می‌داند همخوانی دارد (۲۳) و این در حالی است که با توجه به تاثیر سیاست در برنامه‌نویسی‌های بهداشتی، دولت‌ها- خصوصاً در کشورهای در حال توسعه با فرهنگ غالب سنتی و محافظه کار- از بالاترین پتانسیل برای توسعه برنامه‌های مداخله‌ای موثر و پایدار در زمینه بهداشت باروری و جنسی نوجوانان برخوردار هستند (۲۴، ۲۵).

سیاستگذاران بهداشتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید با توضیح فواید ارائه این خدمات بر طبق تحقیقات انجام شده، سعی زیادی در جلب حمایت عمومی بزرگسالان کلیدی در جامعه بویژه والدین و رهبران مذهبی در جهت پشتیبانی از ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی به نوجوانان نمایند. این مطالعه همچنین نشان داد که در ایران، مشارکت سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های بین‌المللی فعال در حوزه بهداشت باروری و جنسی نوجوانان به دلیل عدم اعتماد دولت به عملکرد آنان بسیار محدود

¹ Grunseit

می‌باشد. سازمان‌های بین‌المللی مانند یونیسف تعدادی پروژه با هدف ارتقای بهداشت جنسی نوجوانان در ایران انجام داده اند اما این پروژه‌ها در حد پایلوت بوده و تاثیر بسیار محدودی داشته اند. به نظر می‌رسد با توجه به توان مالی و تجربیات تکنیکی سازمان‌های بین‌المللی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند با رعایت اصول مورد نظر خود از این پتانسیل بالقوه در جهت ارتقای بهداشت باروری و جنسی نوجوانان بهره‌مند گردد.

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده فقدان همکاری بین بخشی در ارتباط با موضوعات بهداشت باروری نوجوانان در ایران می‌باشد و به نظر می‌رسد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش کمی برای درگیر کردن سایر وزارتخانه‌ها از جمله وزارت ورزش و جوانان و به خصوص وزارت آموزش و پرورش در این خصوص نموده است. در کشورهای در حال توسعه ای مانند ایران که بیشتر از ۸۵ درصد نوجوانان آن در مدارس ثبت نام می‌کنند، برنامه‌های آموزشی و اطلاعاتی خوب طراحی شده برای مدارس در این زمینه، از هزینه اثربخش‌ترین سرمایه‌گذاری‌ها در ارتقای سلامت نوجوانان می‌باشد که ضمن ارتقای سلامت نوجوانان به کاهش حساسیت برانگیز بودن این موضوع در جامعه نیز کمک شایانی خواهد کرد (۲۶، ۲۷). شایع‌ترین چالش پیش روی دختران نوجوان در ارتباط با دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی چالش‌های فرهنگی و اجتماعی است که در این بین استیگمای اجتماعی بسیار برجسته می‌باشد. در واقع در ایران موضوع بهداشت باروری و جنسی دختران نوجوان، یکی از موضوعات بسیار حساسیت برانگیز و مورد مناقشه می‌باشد و نوع نگرش‌های اجتماعی به این موضوع اغلب بر روی رفتار نوجوانان، اولویت بندی سیاستگذاران برای سیاستگذاری در این حوزه و در نتیجه دسترسی نوجوانان به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و

جنسی بسیار تاثیرگذار می‌باشد. این امر با تحقیقات دیگر در این زمینه همسو می‌باشد (۹، ۲۸-۲۹). یافته‌های این مطالعه نشان داد که درک نادرست در مورد نیازهای بهداشت باروری و جنسی نوجوانان منجر به بدنام شدن این خدمات و دوری نوجوانان از دسترسی به این خدمات می‌شود. برخی از بزرگسالان از جمله والدین معتقدند که دادن اطلاعات در مورد موضوعات عملکرد جنسی به افزایش فعالیت جنسی منتهی خواهد شد، اگرچه نتیجه مطالعات زیادی مخالف این باورند و حتی برخی مطالعات نشان دادند که تعدادی از برنامه‌های آموزش جنسی این باور را که فعالیت جنسی باید در چهار چوب ازدواج صورت بگیرد را تقویت می‌کنند (۳۲-۳۰). کربی^۱ و همکاران مروری بر ۸۳ مطالعه که اثر آموزش جنسی و اچ‌آی‌وی را بر روی رفتار جنسی جوانان زیر ۲۵ سال در سراسر دنیا را بررسی کرده بودند، انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش جنسی و اچ‌آی‌وی نه تنها رفتار جنسی را تشویق نمی‌کند بلکه به نظر می‌رسد تعدادی از این برنامه‌ها یک اثر محدودکننده بر روی رفتار جنسی جوانان نیز داشته اند (۳۰). شواهدی از این مطالعه نشان داد که در ایران گفتگوی باز در مورد موضوعات جنسی به صورت یک تابو بوده و والدین احساس راحتی برای بحث در مورد این موضوعات با فرزندان نوجوانشان ندارند. این فرهنگ محافظه کارانه و عدم راحتی گفتگو در مورد بهداشت باروری و جنسی با نوجوانان سبب می‌شود نوجوانان دانش کافی در مورد این موضوع نداشته و ندانند که در صورت نیاز، برای کسب اطلاعات و خدمات بهداشت باروری باید به کجا مراجعه کنند، در نتیجه نوجوانان فاقد دانش و مهارت‌های لازم برای تصمیم‌گیری‌های بهداشتی در این حوزه خواهند شد. این مسئله توسط محققین دیگر از جمله دی جان^۲ نشان داده شده است (۳۳، ۳۵). یافته‌های مطالعه

¹ Kirby

² DeJone

بیانگر این حقیقت می‌باشد که فقدان تعامل نزدیک بین مادران و دختران نوجوان، مانع از مطرح کردن نگرانی‌های بهداشت باروری و جنسی دختران با مادران‌شان می‌شود؛ این در حالی است که دختران نوجوان از تمایل خود برای برقراری ارتباط نزدیک با مادران به منظور گرفتن اطلاعات مورد نیاز خود در این حوزه از آنان به عنوان منابع قابل اعتماد خبر دادند؛ این یافته‌ها با مطالعه آگامپودی^۱ هم‌خوانی دارد (۳۶).

در تمام طول تاریخ بشریت، آماده کردن کودکان و نوجوانان برای ورود به دنیای بزرگسالی، همواره یکی از بزرگترین چالش‌های انسان‌ها بوده و در مرکز این چالش‌ها، روابط و مسائل جنسی قرار داشته‌است؛ در جهان امروز با وجود معضلی به نام اپیدمی ایدز و بمباران اطلاعات جنسی تحریک‌کننده از طرف انواع رسانه‌های جمعی، چگونگی برخورد والدین با این چالش، می‌تواند تاثیر غیرقابل انکاری در سلامت باروری و جنسی نوجوانان داشته باشد؛ در همین خصوص برخی از تحقیقات نشان داده‌اند در صورتی که منبع اطلاعات نوجوانان در خصوص مسایل جنسی، والدین باشند پیامدهای نامطلوب بهداشت باروری و جنسی در بین نوجوانان کمتر می‌شود (۴۰-۳۷).

بر اساس یافته‌های این مطالعه، برخی از دختران نوجوان به مراکز بهداشتی درمانی دولتی جهت برطرف کردن نیازهای خود در حوزه بهداشت باروری و جنسی مراجعه کرده بودند، اما یافته‌ها بیانگر غیراختصاصی بودن خدمات موجود در این مراکز برای نوجوانان می‌باشد. در واقع این خدمات همیشه برای افراد متاهل برنامه‌ریزی شده است و پرسنل آموزش خاصی برای این خدمات به نوجوانان ندیده‌اند. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد (۲۸، ۳۴، ۴۱-۴۲). در کشور محافظه‌کاری مانند ایران با تاثیر بسیار عمیق فرهنگ بر روی رفتار جنسی، بدون شک خلق یک محیط

حمایتی، احترام آمیز و توانمندکننده برای دختران نوجوان در سطوح سیاسی و جامعه به منظور تایید قابلیت کسب مهارت‌های زندگی توسط آنان و دسترسی به اطلاعات و خدمات مورد نیاز بدون خجالت، بدون شک ضروری‌ترین فاکتور برای بهبود وضعیت بهداشت باروری و جنسی آنان می‌باشد (۴۳). در همین رابطه توصیه می‌شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ساختار مراکز بهداشتی درمانی دولتی را در جهت حفظ حریم خصوصی و محرمانگی نوجوانان ارتقا دهد، زیرا حفظ اسرار نوجوانان و رعایت حریم خصوصی آنان در حوزه بهداشت باروری و جنسی برای نوجوانان خصوصاً نوجوانان مجرد بسیار مهم می‌باشد (۳۶). در واقع یافته‌های این مطالعه نشان داد نیاز به افزایش تعامل و ایجاد نگرش مثبت بین ارائه‌کنندگان خدمات و دختران نوجوان وجود دارد. ارائه‌کنندگان خدمات موقع ارائه خدمات به نوجوانان باید نگاه غیرقضاوتی و دوستانه داشته باشند. این نگرش مثبت به آنها اجازه می‌دهد مشکلات نوجوانان را بهتر درک کرده و رغبت نوجوانان برای مراجعه مجدد به مراکز بهداشتی درمانی به منظور در میان گذاشتن نگرانی‌هایشان در حوزه بهداشت باروری و جنسی با ارائه‌کنندگان خدمات را افزایش خواهد داد (۴۴). از دیدگاه وارنیوس^۲ بسیار مهم است که نوجوانان در مراکز بهداشتی احساس راحتی داشته باشند و به این باور برسند که پذیرفته شده و مورد احترام هستند (۴۳). ارائه‌کنندگان خدمات نیز نیاز دارند در ارتباط با موضوعاتی مانند مشاوره، مهارت‌های ارتباطی و موضوعات اخلاقی خصوصاً حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات، آموزش‌های لازم رابینند. از طرفی برای جلب بیشتر دختران نوجوان برای مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و دریافت خدمات بهداشت باروری توسط آنان، می‌توان از مشارکت

² Warenaus

¹ Agampodi

خود نوجوانان در آماده سازی مراکز مطابق با سلیقه این گروه سنی بهره برد (۴۱،۲۸).

در ایران دین نقش بسیار کلیدی در مسایل اجتماعی و فرهنگی مردم داشته و سهم بسیار مهمی در انتقال ارزش‌ها از جمله ارزش‌های اخلاقی، خانوادگی، جنسی و باروری دارد. رهبران دینی به شدت مورد احترام بوده و نقطه نظرات آنان در مورد مسایل مختلف در نزد مردم بسیار ارزشمند می‌باشد. آنان دارای ظرفیت و توانایی حمایت طلبی در حوزه برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی نوجوانان می‌باشند، بنابراین کسب حمایت آنان برای موفقیت مداخلاتی در این حوزه بسیار حیاتی است. اگرچه در این مطالعه روحانیون شرکت‌کننده با آموزش جنسی نوجوانان موافق بودند، اما این موافقت در کل کشور وجود ندارد. از این رو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید برای کسب حمایت رهبران دینی تاثیرگذار، با کمک روحانیون حاذق، اطلاعات دقیق، مناسب و هماهنگی با ارزش‌های دینی در حوزه بهداشت باروری و جنسی نوجوانان فراهم کند (۴۵)، که در این صورت احتمال حمایت آنان از برنامه‌ها در صورتی که ببینند نقطه نظرات آنان در این حوزه مدنظر قرار گرفته است، بسیار بیشتر خواهد بود.

نتیجه گیری

مهمترین عامل موثر در موفقیت اجرای برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی نوجوانان در ایران، تمایل و

تعهد جدی سیاستگذاران دولتی در تامین چنین برنامه‌هایی همراه با خلق یک محیط حمایتی در جامعه توسط بزرگسالان کلیدی خصوصاً والدین و رهبران دینی است. در این خصوص، بسیار روشن است که تلاش‌های زیادی برای حساس کردن والدین، سیاستگذاران و رهبران تاثیرگذار در ارتباط با بهداشت باروری و جنسی نوجوانان مورد نیاز می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه این است که یک مطالعه کیفی است و فقط دختران نوجوان مجرد مشغول به تحصیل را در نمونه‌گیری لحاظ کرده است، بنابراین تعمیم یافته‌های آن باید همراه با احتیاط باشد. با این حال از نقاط قوت این مطالعه استفاده از رویکرد شامل کردن بزرگسالان کلیدی در کنار نوجوانان در جمعیت اصلی مورد مطالعه است. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه در مورد پسران نوجوان و همچنین تحقیقات بیشتری برای فهم اینکه چگونه می‌توان از توان بالقوه دین برای تشویق نوجوانان برای بهره‌مندی از اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی استفاده کرد، انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دکتری تخصصی بهداشت باروری (طرح مصوب با شماره ۹۰۶۰) و تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد.

References

- 1- Madanipour A, Ahmadnia SH, Rostami Z, Ahmadabadi Z. Reproductive Health; Importance of Income or Education? Comparative Analysis of World Countries, with Emphasize on The Middle East, North Africa and Central Asia. Journal of Family Research. 2008;4 (4).59-441.
- 2- UNICEF. Progress for children, A report card for adolescents. New York: UNICEF; Number 10, 2012: http://www.unicef.org/media/files/PFC2012_A_report_card_on_adolescents.pdf.
- 3- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, ,Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition.
- 4- UNICEF (United Nations Children's Fund) The state of the world's children 2011. Adolescence an age of opportunity. 2011.

- 5- Hatami H, Razavi M, Eftekhari Ardabili H, Goya MM, Parizadeh MM, KHadivzadeh T, et al. Textbook of public health. Tehran: Argomand; 2004: 1053-1078.
- 6- 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.
- 7- Utomo D. Adolescent Reproductive Health in Indonesia: Status, Policies, Programs and Issues. Policy Report. 2003.
- 8- 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.
- 9- Roy S, Roy S, Rangari K. Comprehensive health care including sexual and reproductive health of adolescents and youths is of vital importance to the nation. . Health and Population- Perspectives and Issues. 2007;30 (4):243-67.
- 10- Amy C. Young people reproductive health needs neglected. Fact sheets, Population Action International. , April 2002 (Series 19).
- 11- The Malawi Youth Friendly Health Services. Training Manual- Participants Handbook.2009.
- 12- 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. Archives of pediatrics and adolescent medicine. 2002;156 (5):438-47.
- 13- National AIDS committee secretariat, Ministry Of Health and Education, Iran Country Report on Monitoring of the United Nations Assembly Special Session on HIV and AIDS. 2008.
- 14- Goodburn EA, Ross DA. Young people's health in developing countries: a neglected problem and opportunity. Health Policy and Planning. 2000;15 (2):137-44.
- 15- Senderowitz J. Making reproductive health services youth friendly: Focus on young adults; 1999.
- 16- Zadeh Mohammadi A., Ahmad Abadi Z. The Co-Occurrence of Risky Behaviors among High School Adolescents in Tehran. Journal of Family Research. 2008;4 (1):87-100.
- 17- UNICEF.Iran. Adolescent Friendly Services in the Islamic Republic of Iran Promoting Partnerships for HIV Prevention. http://www.unaids.org/en/Country_Responses/Countries/islamic_republic_of_iran.asp [Accessed April 2013].
- 18- Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-03. fertility and infertility. 2003;5:77-91.
- 19- Mohammad K, Khalaj Abadi Farahani F, Mohammadi M R, Alikhani S, Zare M, Ramezani Tehrani F, et al. Sexual Risk-Taking Behaviors among Boys Aged 15–18 Years in Tehran. Journal of Adolescent Health. 2007;41:407–14.
- 20- Soleimanin Nia L, Gazeri A, Mohammadkhani P. Role of mental health in appearance of High Risk Behaviors in Adolescent. Social Welfare. 2006;5(19): 75-90.
- 21- WHO, UNFPA, UNICEF. Investing in our future: a framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of the young people; . 2006.
- 22- Helmsresht P, Delpisheh A. Schools Health. 1 ed. Tehran: Chahar; 1998:102-108.
- 23- Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, Baldo M, Slutkin G. Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior A Review of Studies. Journal of Adolescent Research. 1997;12 (4):421-53.
- 24- Buse K., Martin-Hilber A., Widyantoro N., Hawkes SJ. Management of the politics of evidence-based sexual and reproductive health policy. Lancet. 2006;368 (9552):2101-3.
- 25- Lule E, Rosen JE, Singh S, Knowles JC, Behrman JR. Adolescent health programs. 2006. p. 1109- 25.

- 26- Nair MKC, Paul MK, Leena M, Thankachi Y, George B, Pillai HV. Effectiveness of a Reproductive Sexual Health Education Package among School Going Adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*. 2012;79 (1):64-8.
- 27- Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*. 2002;39 (1):27-33.
- 28- 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. *African Journal of Reproductive Health*. 2007;11 (3):99-100.
- 29- Okazaki S. Influences of culture on Asian Americans' sexuality. *J Sex Res*. 2002;39 (1):34-41.
- 30- Kirby DB, Laris B, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40 (3):206-17.
- 31- Ozer EM, Adams SH, Lustig JL, Millstein SG, Camfield K, El-Diwany S, et al. Can it be done? Implementing adolescent clinical preventive services. *Health Serv Res*. 2001;36 (6 Pt 2):150-65.
- 32- Eggleston E., Jackson J., Rountree W., Pan Z. Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2000;7 (2):102-12.
- 33- Khalaj Abadi Farahani F, Cleland J, Mehryar AH. Correlates and Determinants of Reproductive Behavior among Female University Students in Tehran. *J Reprod Infertil*. 2012;13 (1):45-57.
- 34- Regmi PR, Van Teijlingen E, Simkhada P, Acharya DR. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 2010;28 (6):619-27.
- 35- DeJong J, El-Khoury G. Reproductive health of Arab young people. *BMJ*. 2006;333 (7573):849.
- 36- Agampodi SB, Agampodi TC, Piyaseeli UKD. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC health services research*. 2008;8:98.
- 37- Musa O. I. , Akande T. M. , Salaudeen A. G. , Soladoye O. M. Family communication on HIV/AIDS among secondary school students in a northern state of Nigeria. *Afr J Infect Dis*. 2008;2 (1):1-5.
- 38- Hughes J, McCauley A. Improving the fit: adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies in Family Planning*. 1998;29 (2):233-45.
- 39- Kamalikhah T, Rahmati-Najarkolaei F, Karimi M. Barriers of reproductive health education in schools. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012;14 (2):71-5.
- 40- Mueller KE., Powers WG. Parent-child sexual discussion: perceived communicator style and subsequent behavior. *Adolescence*. 1990;25:469 -82.
- 41- Hock-Long L, Herceg-Baron R, Cassidy AM, Whittaker PG .Access to adolescent reproductive health services: Financial and structural barriers to care. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2003;35 (3):144-7.
- 42- Langhaug LF., Cowan FM., Nyamurera T., Power R. Improving young people's access to reproductive health care in rural Zimbabwe. *AIDS Care*. 2003;15:147-57.
- 43- Warenius L. Sexual and reproductive health services for young people in Kenya and Zambia: Providers attitudes and young peoples needs and experiences.[PhD thesis] stockholm: Queen margaret university; 2009.
- 44- Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*. 2005-51-8.2005; 9(3): 51-8.
- 45- Orgocka A. Perceptions of communication and education about sexuality among Muslim immigrant girls in the US. *Sex Education*. 2004;4 (3):255-7.