

مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی

دوره ۷ شماره ۴ زمستان ۱۳۸۸، صفحات: ۱-۱۰

## وضعیت مراکز موجود ارائه ی خدمات سلامت باروری به نوجوانان و جوانان در ایران

**فاطمه رمضان زاده:** استاد، گروه زنان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**فدیه حق الهی:** کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:  
Fedyeh\_hagh@yahoo.com

**مامک شریعت:** استادیار، مرکز تحقیقات مادر-جنین - نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**مینو السادات محمود عربی:** پزشک عمومی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

**حامد حسینی:** دانشجوی دوره دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

**مینا جعفر آبادی:** استادیار، گروه زنان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**محمد اسماعیل مطلق:** دانشیار، دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران  
**گلایل اردلان:** پزشک متخصص، دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران  
**علیرضا وثیق:** پزشک عمومی، صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA)، تهران، ایران

**فهیمة سوهانی:** کارشناس، صندوق جمعیت سازمان ملل، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۸/۲۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** نسبت بالای جمعیت جوان در کشور و فقدان برنامه جامع و مدون در زمینه سلامت باروری نوجوانان و جوانان، برنامه ریزان بهداشتی را بر آن داشت، طی مطالعه توصیفی-تحلیلی، کلیه مراکز سلامت باروری ارائه شده به نوجوانان و جوانان در ایران را ارزیابی نمایند تا نقاط ضعف و قوت بر نامه های موجود و کاستی های مراکز موجود شناسایی شود.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی، در سال ۱۳۸۵ طبق هماهنگی با معاونت بهداشتی چند دانشگاه علوم پزشکی از طریق اداره سلامت نوجوانان-جوانان و مدارس معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی به انجام رسید. در این مطالعه مراکز بهداشتی-درمانی شهرهای تهران، سمنان، بم، چابهار و فسا، تنها مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری به جوانان و نوجوانان در ایران بودند، از نظر خصوصیات فیزیکی، رضایت شغلی پرسنل شاغل در این بخش، رضایت نوجوانان از خصوصیات فیزیکی مراکز و چگونگی ارائه خدمات و مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات بر اساس پرسشنامه و چک لیست تدوین شده، گرد آوری شده و توسط نرم افزار Spss V.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** ۶۴٪ از پرسنل شاغل در این مراکز رضایت شغلی داشتند و از نظر کارشناسان کیفیت ارائه خدمت در مراکز دارای نواقص و کمبودهایی بود (کیفیت صندلی ها، وجود امکانات سرگرم کننده در سالن، نظافت سرویس های بهداشتی، تجهیزات اتاق معاینه). در این مراکز ۳۵ نفر (۳۹٪) نوجوانان-جوانان ابراز رضایت کامل و ۴۸ نفر (۵۴٪) رضایت نسبی و ۷ نفر (۸٪) ناراضی بودند. بالا ترین میزان رضایت از برخورد روانشناس، پزشک، ماما و تسلط علمی آنها بر موضوع و آموزش فردی بود، به طوری که ۹۵٪ آنها چنین مراکزی را به سایر نوجوانان-جوانان توصیه می کنند و از سوی دیگر در بسیاری از مراکز پرسنل متبهر غیرپزشک مانند کارشناس ارشد مامایی (۱۷/۵٪) و تغذیه (۵۰٪) کم بود.

**نتیجه گیری:** وضعیت مراکز موجود ارائه دهنده خدمت به نوجوان و جوان در ایران از نظر احراز کمیت های فیزیکی مراکز دوستدار نوجوان و جوان بر اساس چک لیست، در گروه متوسط و ضعیف بود.

واژگان کلیدی: نوجوان، بهداشت باروری، رضایت از خدمات، کیفیت ارائه خدمات، رضایت پرسنل

## مقدمه

مراقبت (Care) یکی از مهم ترین و اساسی ترین اجزاء دستیابی به تکامل و بقای انسان می باشد. هیچ درمانی بدون مراقبت نمی تواند باشد در حالیکه مراقبت بدون درمان وجود دارد. برآورد شده است که بیش از نیمی از خدمات بهداشتی معرف مراقبت و بقیه آن معرف درمان می باشد و لازم است تأکید بیشتری بر امر مراقبت صورت گیرد. در ارائه مراقبت ها مسأله مهمی که امروزه همواره مورد توجه قرار می گیرد دستیابی به کیفیت مطلوب ارائه مراقبت و جلب رضایت مراقبت شوندگان می باشد که این امر یکی از مسئولیت های مهم مدیران و کارکنان شاغل در حرفه ی خدمات بهداشتی و درمانی محسوب شده و روز به روز اهمیت بیشتری می یابد. (Kohan 2003) سه مشخصه ی تساوی (Equity)، دسترسی و قابل قبول بودن کیفیت مراقبتهای بهداشتی را تعیین می نماید. (مطابق تعریف WHO) منظور از Equity، عدالت در ارائه ی خدمات بهداشتی به همه متقاضیان توسط کارکنان و مراقبین بهداشتی می باشد، منظور از دسترسی شامل دسترسی رایگان، ساعتهای مناسب برخورداری از این مراکز، محل مناسب، اطلاع رسانی درخصوص وجود این مراکز و حمایت دیگر ارگانها و قابل قبول بودن از نظر متقاضی شامل مشخصاتی نظیر اعتماد، محرمانه بودن، دادن اطلاعات و فرصت کافی جهت هر متقاضی می باشد (Papanicolas et al. 2008) عمده ی خدمات بهداشت باروری انجام شده در کشور ما توسط سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) انجام می شود. با توجه به گستردگی پوشش خدمات PHC این امر یک نقطه قوت به حساب می آید، اما ازسوی دیگر این به آن معنی است که خدمات تخصصی تر از سطح PHC به میزان کافی در دسترس نیستند. ضمن آنکه خدمات PHC به عنوان تسهیلات عمومی به حساب می آید و اختصاصاً جهت خدمات رسانی به نوجوانان طراحی نشده است. اما نوجوانان و جوانان به مرکز و خدمات

اختصاصی نیاز دارند. بنابراین در راستای برآوردن نیازهای بهداشتی و درمانی کشورها، شناخت و بررسی رضایت جامعه از طریق پروژه های تحقیقاتی بسیار ضروری به نظر می رسد و در این بین رضایت مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی شاخص بسیار مهمی جهت ارزیابی کیفیت و نحوه ی ارائه خدمات توسط کادر پزشکی و پرسنل وابسته می باشد و از دستاوردهای نهایی و مطلوب گسترش مراقبت بهداشتی و خدمات درمانی در جامعه محسوب می گردد.

مسئله در امر مراقبت، رضایت بیماران زمانی حاصل می شود که توافق و مجانست بین انتظارات بیماران از یک سو و مراقبت های دریافت شده از سوی دیگر موجود باشد و مراقبت ها به طور کامل با توجه به نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی بیماران ارائه گردد.

از آنجا که نو جوانان و جوانان برای حفظ سلامت خود و به ویژه باروری شان از اطلاعات، تجربه و امکانات کمتری نسبت به بزرگسالان برخوردارند و در معرض خطر بیشتری قرار دارند، لازم است تا اهمیت خاصی برای سلامت باروری نو جوانان و جوانان در برنامه های بهداشت باروری در نظر گرفته شود.

بنابراین نسبت بالای جمعیت جوان در کشور و نبود برنامه جامع و مدون در زمینه سلامت باروری نو جوانان و جوانان، برنامه ریزان بهداشتی را برآن داشت تا طی مطالعه ای که کلیه خدمات سلامت باروری ارائه شده به نوجوانان و جوانان را ارزیابی نموده بودند (Ahmadizad 2006)، نقاط ضعف و قوت و کاستی های مراکز موجود شناسایی شود و استراتژی هایی جهت خدمات دهی به جوانان و نوجوانان طراحی گردد. تا برطبق تعریف WHO هر انسانی حق دسترسی به بالاترین حد استانداردهای سلامت را داشته (Haller et al. 2007; Braeken et al. 2007; Tylee et al. 2007) و بتوان در چهارچوب بهداشت باروری به ارتقای سلامت جنسی، پیشگیری از بیماری مقاربتی و

داده‌ها پس از جمع‌آوری در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار SPSS V-13 ذخیره شد و توسط کارشناسان آمار، آمار توصیفی به صورت فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی جهت مقایسه‌ها با استفاده از آزمون آماری مجذور کای استخراج شد.

ابزارهای اندازه‌گیری عبارت بودند از: چک لیست و پرسشنامه باز و بسته (پرسشنامه با سوال تشریحی و با سوالات کد بندی شده). چک لیست و پرسشنامه فوق‌الذکر با بررسی متون سایر مطالعات در اقصی نقاط دنیا تهیه شد. جهت ارتقا اعتبار آن در جلسه متشکل از ۷ صاحب نظر تجدید نظر شد و بر روی ۱۰ نمونه بصورت آزمایشی نیز ارزیابی شد (آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد) پس از آن پرسشنامه نهایی به منظور جمع‌آوری داده‌ها تکثیر شد.

سنجش متغیرها از طریق مشاهده مصاحبه با پرسنل شاغل و تعدادی از مراجعان نوجوان- جوان صورت گرفت. بنابراین علاوه بر چک لیست تکمیل شده در هر مرکز و مصاحبه با کلیه پرسنل آن واحد از طریق روش نمونه‌گیری آسان، از تعدادی از افراد گروه هدف، نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که رضایت مشتری بر اساس امتیاز به دست آمده از پرسشنامه مربوطه که حاوی ۴۱ سوال کدبندی شده (۵-۰) بود، ارزیابی شد، به قسمی که با توجه به حداکثر امتیاز ۲۰۵: امتیاز بیشتر و مساوی ۴۵ رضایت کامل، امتیاز ۱۴۴-۱۰۰ رضایت نسبی و امتیاز کمتر از ۱۰۰ ناراضی در نظر گرفته شد. همچنین رضایت شغلی پرسنل با کدبندی سوالات از (۵-۰) بر اساس ارزیابی شخصی امتیاز داده شد. بطوری که هنگام آنالیز و پس از ادغام: امتیاز ۴ و ۵=راضی، امتیاز ۳=نسبتاً راضی و امتیاز ۲ و ۱=ناراضی در نظر گرفته شد. ارزیابی وضعیت مراکز بر اساس چک لیست مطابق استانداردهای بین‌المللی مراکز دواستار نوجوان ارزیابی و توسط کارشناسان (۵ کارشناس) بررسی شد و در مجموع علاوه بر محاسبه فراوانی نسبی هر مورد به تنهایی، با

حاملگی‌های ناخواسته و پیشگیری از سقط نائل شد (Braeken et al. 2007)

## روش کار

در سال ۱۳۸۵ طی هماهنگی با معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی چند شهر از طریق اداره سلامت نوجوانان- جوانان و مدارس معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با اجازه از سوی آن معاونت و مدیریت مراکز، همکاری و هماهنگی‌های لازم جهت بازدید و ارزیابی مراکز صورت گرفت.

مراکز ارزیابی شده در این مطالعه ی توصیفی- تحلیلی عبارت بودند از: چهار مرکز بهداشتی-درمانی در تهران (اکباتان، ابودر، یافت آباد و شمال)، دو مرکز بهداشتی-درمانی در سمنان (شهید مطلبی، شهید فریدون فامیلی)، یک مرکز در بم، یک مرکز در چابهار و یک مرکز در فسا بودند.

لازم به ذکر است که در ایران فقط ۹ مرکز این خدمات را ارائه می‌دهند که در این پروژه هر ۹ مرکز بررسی شدند و در هر مرکز در بدو ورود، تعداد پرسنل (درمانی و اداری) با توجه به تخصص و تبحر آنان، عملکرد (رعایت) موارد بسته خدمات مشاوره، آموزشی، درمانی و نحوه برخورد با مشتری، ابعاد فضای فیزیکی، تهویه، نور، تعداد اتاق‌ها، امکانات جذابیت مرکز، دسترسی به آب آشامیدنی و سرویس‌های بهداشتی و نظافت محل، نوع و کیفیت داروهای عرضه شده، موقعیت جغرافیایی مرکز در شهر مربوطه (چگونگی سهولت دسترسی به مرکز)، مدت زمان سپری شده جهت پذیرش مشتری، انتظار و میزان هزینه دریافت شده از مشتری، رضایت شغلی پرسنل و رضایت مشتری از خدمات ارائه شده، سازمانهای حمایت کننده پشتیبان، خدمات رفاهی- اجتماعی ارائه شده به مشتری، زمان فعالیت مرکز با توجه به چهارچوب اجرایی تنظیم شده (چک لیست و پرسشنامه‌ها)، ارزیابی گردید.

## نتایج

در این تحقیق، ۹ مرکز موجود در ایران که خدمت مورد بحث را به جوانان و نوجوانان ارائه می دهند (۴ مرکز در تهران و ۵ مرکز شهرستانی) بررسی شدند. جداول ۱ و ۲ به تفکیک هر مرکز خصوصیات پرسنلی و کیفیت مراکز بر مبنای استانداردهای تعیین شده را نشان می دهند.

در سه مرحله، رضایت مندی کارکنان، نوجوانان و کیفیت و استاندارد مراکز مراجعه کننده ارزیابی شد که نتایج جمع بندی شده کل مراکز به شرح زیر می باشد:

در کل مراکز از ۵۰ پرسنل شاغل (در هر مرکز تعداد پرسنل از ۷-۴ نفر متغیر بود) میانگین سن پرسنل:  $29.1 \pm 3.5$  سال، میانگین مدت خدمت:  $9.5 \pm 11$  سال و اکثراً یا ۵۰ نفر (۹۰٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و ۶۸٪ پرسنل آموزش های خاص دوران نوجوانی را دیده بودند.

عمده فعالیت پرسنل در این مراکز به ترتیب: مشاوره ای، درمانی و اداری است و در دسته بندی رضایت پرسنل (مدت زمان کار، موقعیت مکانی مرکز، نحوه پرداخت حقوق، حقوق دریافتی) کلاً ۲ نفر (۱۰٪) ناراضی، ۱۳ نفر (۲۶٪) رضایت نسبی و ۳۲ نفر (۶۴٪) از پرسنل شاغل در این مراکز رضایت شغلی داشتند (جدول ۳).

رضایت شغلی کارکنان بطور معنا داری با انتخاب شغل بر حسب علاقه و انگیزه رابطه داشت، بطوری که در افراد با داشتن انگیزه بالا و علاقه مند به کار، ۲۴ نفر (۷۱٪) افراد با انگیزه کاملاً راضی، ۹ نفر (۲۶٪) آنها تا حدی راضی و ۱ نفر (۲/۹٪) ناراضی بودند ( $p < 0.04$ ).

همچنین رضایت شغلی بطور معنا داری با تحصیلات رابطه داشت بطوری که ناراضیانی در گروه با تحصیلات بالاتر بیشتر بود (۳ مورد (۲۵٪) در گروه با تحصیلات بالاتر در مقابل ۲ نفر (۵٪) در گروه با تحصیلات پایین تر) ( $p < 0.006$ ) (جدول ۳) در ارتباط با وجود نیروی انسانی متبحر و آموزش دیده در حیطه های گوناگون، ارائه خدمات تنظیم خانواده خاص نوجوانان، پزشک مشاوره دهنده در خصوص مهارتهای

دسته بندی موارد، امتیاز جداگانه محیط فیزیکی از مجموع امتیازاتی که از ارزیابی مواردی مانند دسترسی به مرکز، علائم راهنمایی، نظافت سالن انتظار، نور و تهویه سالن و اتاقها، نظافت سرویس بهداشتی (دامنه امتیاز از ۲۰-۱۰) بدست آمده بود محاسبه شد. همانند این رویه در دستیابی امتیاز جداگانه تجهیزات مجموع امتیازات مواردی چون امکانات سرگرمی، آب سردکن، تعداد و کیفیت صندلی و تجهیزات اتاق معاینه (دامنه امتیاز از ۲۰-۱۰) و نیز امتیاز جداگانه خدمات از مجموع نمرات موارد زمان ویزیت، نظم حضور پرسنل، رعایت نوبت، تردد و شلوغی، نوع برخورد نگهبان، مسئول پذیرش، ماما، روانشناس، پزشک و زمان سپری شده برای معاینه، مشاوره، پاسخگویی به سوال و آموزش گروهی، فردی و تسلط علمی کلیه پرسنل به تفکیک، یاد آوری زمان ویزیت بعدی و مشاوره تلفنی (دامنه امتیاز از ۲۶-۱۳) حاصل شد. کیفیت مطلوب در دسته بندی محیط قیزیکی و تجهیزات امتیاز بالاتر از ۱۷، کیفیت متوسط امتیاز ۱۵-۱۷ و کمتر از ۱۵ نامطلوب محسوب شد. کیفیت مطلوب در دسته بندی خدمات نیز امتیاز بالاتر از ۲۴، کیفیت متوسط امتیاز ۱۹-۲۴ و کمتر از ۱۹ نامطلوب محسوب شد.

براساس امتیاز حاصل از چک لیست ارزیابی وضعیت مراکز که توسط مراجعان تکمیل شده و حاوی ۵۰ سوال (۲۱ امتیازی) بود، فراوانی رضایت از هر مرکز جداگانه محاسبه شد با توجه به حداکثر امتیاز ۱۰۰، و بر مبنای معیار تقسیم بندی پیشنهادی صاحب نظران این مطالعه امتیاز بیش از ۷۰ وضعیت موجود را مناسب، امتیاز ۶۹-۴۵ را نسبتاً مناسب و امتیاز کمتر از ۴۵ نامناسب در نظر گرفته شد. بر اساس اهداف، آمار توصیفی و تحلیلی بر اساس آزمون مجذور کای و تی تست استفاده شد.

## بحث

در بازدید از مراکز، کیفیت ارائه خدمات در مراکز بر اساس چک لیست مطابق استانداردهای بین‌المللی مراکز دواستدار نوجوان ارزیابی گردید. در مجموع با کارشناسی بر اساس چک لیست وضعیت مراکز موجود ارائه دهنده خدمت به نوجوان و جوان در ایران، از نظر احراز کمیت های فیزیکی مراکز دواستدار نوجوان به جوان در گروه متوسط و ضعیف بود. چنانچه در مطالعه دکتر احمد زاد و همکاران نیز (در گروه نسبتاً ضعیف) قرار گرفته بود (Ahmadizad 2006).

مهمترین ضعف مراکز مورد بررسی کاهش کیفیت، بهداشت نامناسب برخی مراکز، کمبود پرسنل متبحر با تحصیلات کارشناسی ارشد در رشته های مامایی، تغذیه و روانشناسی، کمبود امکانات مشاوره تلفنی و عدم فعالیت بیشتر مراکز در ساعات بعد از ظهر می باشد.

مراکز مورد بررسی اغلب در ساعاتی که نوجوان و جوان در مدرسه یا محل کار هستند، باز می باشند و در ساعاتی که نوجوان و جوان می توانند برای دریافت خدمات مراجعه کنند، مراکز معدودی جهت ارائه ی خدمات، دایر می باشند. می توان این مساله را در کنار اطلاع رسانی ضعیف از عوامل مهم کم بودن مراجعات نوجوانان و جوانان به این مراکز بحساب آورد.

البته سهولت تعیین وقت در این مراکز و موقعیت مکانی آن، که معمولاً نزدیک به مراکز است که جوانان در آن رفت و آمد دارند و کمتر از یک ساعت فاصله زمانی دارند، از نقاط قوت مراکز مورد بررسی می باشند. چنانکه در مطالعه دکتر احمد زاد و همکاران نیز به این مورد اشاره شد (Ahmadizad 2006).

همچنین در مطالعات انجام شده، وجود تجهیزات و امکانات استاندارد این مراکز، به عنوان عامل افزایش کیفیت خدمات به جوان و نوجوان مطرح می شوند (Kohan et al. 2006; Sovd et al. 2003)، مطالعه دیگر در انگلستان نشان داد که دریافت کنندگان خدمات دواستدار جوان نوجوان از ارائه ی خدمات و مکان و زمان دسترسی راضی یا بسیار راضی بودند. (Tylee et al. 2007) همچنین

زندگی و مشکلات روانشناختی کمتر از حد انتظار بود بطوری که روانشناس در ۷۰٪، کارشناس تغذیه در ۵۰٪، کارشناس ارشد مامایی در ۱۷/۵٪ مراکز دیده شد.

از مجموع ۹۱ نوجوان از ۹ مرکز مورد بررسی (در هر مرکز تقریباً ۱۰ نفر)، ۶۹ نفر (۷۵٪) نوجوان پاسخ دهنده دختر و ۲۲ نفر (۲۵٪) پسر بودند. میانگین سنی آنها  $3 \pm 5/17$  سال برآورد شد. ۲۹ نفر (۳۲٪) بیشترین از سوی مدارس و ۱۶ نفر (۱۷٪) (کمترین) ارجاع از مراکز بهداشتی را داشته اند و بقیه مواردی همچون ارجاع به طور شخصی و یا موارد دیگر بود. میانگین امتیاز رضایت جوان و نوجوان از موقعیت فیزیکی و خدماتی در کل مراکز مورد بررسی  $18/5 \pm 72/8$  بود. (۹۱/۳-۵۴/۳) که با توجه به کل نمرات داده شده، در ردیف ناراضی در نظر گرفته شد. در این مراکز ۳۵ نفر (۳۹٪) نوجوانان-جوانان دارای رضایت کامل و ۴۸ نفر (۵۴٪) رضایت نسبی و ۷ نفر (۸٪) ناراضی بودند. در مجموع ۹۳٪ رضایت کلی و نسبی از استقرارچنین مراکز ی و در تقسیم بندی به گروه راضی و ناراضی، اکثریت نوجوانان از وضیت مراکز که شامل (دسترسی به مرکز، علائم راهنمایی معرفی مرکز، زمان ویزیت، نظم حضورکارکنان، تجهیزات و رفتار کارکنان) رضایت داشتند. بالاترین رضایت از نحوه رفتار روانشناس (۹۲٪)، پزشک (۸۹٪)، ماما (۸۸٪) و تسلط علمی آنها بر موضوع و آموزش فردی (حدود ۸۰٪) بود، بطوری که ۹۵٪ آنها چنین مراکز ی را به سایر نوجوانان-جوانان توصیه می کنند (جدول ۴).

در ارزیابی وضعیت مراکز بر اساس چک لیست نظرسنجی کارشناسان، کیفیت فیزیکی و ارائه خدمت در مراکز دارای نواقص و کمبودهایی بود (کیفیت و تعداد نامناسب صندلی ها (۲۵٪)، عدم وجود امکانات سرگرم کننده در سالن (۴۷/۵٪)، کمبود نظافت سرویس های بهداشتی (۶۵٪)، تجهیزات ناکافی اتاق معاینه (۶۰٪). بطور کل کیفیت در ۴۰٪ مراکز در حد خوب و در ۶۰٪ ضعیف بود. میانگین کل امتیازات مراکز  $63 \pm 6/86$  (۵۲-۸۰) بود.

باید توجه داشت که یکی از مهمترین بخش های برنامه ریزی برای سلامت، رساندن خدمات به گروههایی است که به طور معمول از خدمات سلامتی کم بهره می باشند. لذا پوشش آموزشی مناسب برای نوجوانان و جوانان متاهل، کسانیکه به هر دلیل مدرسه را ترک کرده اند و در سنین پایین مشغول بکار هستند از اهمیت خاصی برخوردار است.

بر اساس چک لیست تهیه شده، وضعیت درمانگاه ها از نظر رعایت اصول بهداشتی و امکانات، مطابق پروتکل استاندارد و مورد قبول سایر نقاط WHO، مراکز امکانات کافی را ندارند.

لازم به ذکر است که چالش ها، سختی ها و موانع موجود بر سر راه ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان و جوانان، نسبت به آنچه در ارائه همین خدمات به بزرگسالان وجود دارد بسیار متفاوت است، جهت ارائه خدمت به نوجوانان و جوانان به عنوان دریافت کنندگان خدمات سلامت باید از روش های تخصصی استفاده نمود، که از آنها می توان به ویژگی فیزیکی مرکز، ویژگی های کارکنان و ارائه کنندگان خدمات و ویژگی فرایندها و اموراتجاری اشاره نمود.

با توجه به این که افراد تحت مطالعه بالاترین رضایت را از امکانات مشاوره ای و روانشناسی ابراز کردند (۸۶٪) و ۸۸٪) و از سویی در بسیاری از مراکز پرسنل متبخر غیر پزشک مانند کارشناس ارشد مامایی و تغذیه کم می باشد (۱۷/۵٪ و ۵۰٪) چنین به نظر می رسد، که در این مراکز به تمام ابعاد نیازهای یک نوجوان- جوان مانند نیاز تغذیه- مسائل دوران بلوغ کمتر توجه شده است.

مشکل عمده در این مراکز عدم وجود روانشناس - روانپزشک و کارشناس تغذیه (بجز در تهران - شمیرانات) است که برای نوجوان و جوان الزامی و واجب است.

نوجوانان و جوانان از وجود چنین مراکزی ابراز رضایت می نمودند و خواهان محرمانه بودن اطلاعات می باشند اما رضایت کافی از تبخر پرسنل ندارند چرا که پرسنل آموزشهای کافی و لازم را ندیده اند و مراکز به نیروهای متخصص بیشتری نیاز دارند.

نظرسنجی از نوجوانان و جوانان در چند مطالعه انجام شده، نشان داد که نوجوانان و جوانان خواهان مراکز بهداشتی با محیط فیزیکی مناسب و خوب می باشند (Sovd et al. 2006; Kohan 2003; Lindberg et al. 2006).

در ارتباط با سنجش رضایت جوانان و نوجوانان، انجام چندین مطالعه در کشورهای مختلف نشان داد که داشتن فضای فیزیکی، اطلاع رسانی از وجود چنین تسهیلات و خصوصی بودن (مراکز خاص نوجوانان و جوانان) از جنبه های مختلف رضایت نوجوانان از چنین مراکزی می باشد (Sovd et al. 2006; Ahmadizad 2006; Lindberg et al. 2006; Zimmer-Gembeck et al. 1997; Wilf-Miron et al. 1995; Halevy et al. 2002).

میانگین امتیاز رضایت جوان و نوجوان از وضعیت فیزیکی، درمانی و مشاوره ای مراکز در کل مراکز مورد بررسی،  $118/5 \pm 72/8$  بود (۹۱/۳-۵۴/۳) بود، همچنین در مجموع ۹۳٪ نوجوانان و جوانان در مراکز رضایت کلی و نسبی از استقرار چنین مراکز خدماتی داشتند، لذا به نظر می رسد مراکز بهداشتی با محیط فیزیکی مناسب تر از عوامل مهم رضایت نوجوانان محسوب می شود.

ارائه ی خدمات آموزشی به صورت رایگان از مهمترین نقاط قوت در این مراکز می باشد که باید در جهت حفظ و تقویت این مزیت کوشید.

همچنین تعیین وضعیت برنامه های موجود در این مطالعه نشان داد که پسران در مقایسه با دختران خدمات آموزشی کمتری در یافت می دارند و این امر بخشی ناشی از مقاومت عمومی پسران و مردان جوان برای دریافت آموزشها و خدمات مرتبط با سلامت و بخشی ناشی از کاستی های برنامه ریزی در جهت آموزش پسران می باشد. در این مطالعه همانند مطالعه دکتر احمد زاد اکثریت قریب به اتفاق نوجوانان و جوانان مجرد و دانش آموز بودند و بنابراین نوجوانان و جوانان متاهل غیردانش آموز و شاغل از خدمات آموزشی کمتری در مقایسه با همسالان مجرد، دانش آموز و غیرشاغل خود بهره مندند.

چارچوب مشخص و واحد انجام دهند، (نه برحسب سلاقی و قابلیت‌های مرکز) باید. در این بسته، برنامه‌های بهداشت باروری در نظام آموزشی کشور ادغام گردد و ضمن حفظ محوریت وزارت بهداشت در برنامه ریزی، اجرا و پیاده‌شدن محتویات بسته مذکور، لازم است تا مشارکت سایر نهادها، بخصوص وزارت آموزش و پرورش و نهادهای فرهنگی جلب شود. به‌علاوه برای پایش عملکرد مراکز و برقراری و حفظ استانداردها، لازم است تا یک نظام ارزشیابی خارجی مستمر، بر فعالیت‌های این مراکز و نحوه ارائه خدمات مربوط نظارت کند.

در این مطالعه بررسی کیفیت خدمات درمانی؛ مشاوره‌ای به دلیل وسعت اهداف بررسی شده، مورد ارزیابی دقیق قرار نگرفت که از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود، لذا انجام مطالعات دیگر در این زمینه توصیه می‌شود.

باتوجه به موارد فوق و اولویت‌ها و تدوین راهبرد خاص نوجوان-جوان، مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، هر انسانی حق دسترسی به بالاترین حد استانداردهای سلامت را خواهد داشت و در چارچوب بهداشت باروری و سیاست‌گذاری و پشتیبانی از ارائه‌ی خدمات در (مدارس، جوامع محلی) با کسب مهارت‌های زندگی و آموزش همسالان می‌توان به ارتقای سلامت جنسی و جسمی، پیشگیری از بیماری مقاربتی، سقط و حاملگی‌های ناخواسته نائل شد.

## تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) و با همکاری مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت (اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس) و مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر انجام شده است و جا دارد که از کلیه همکاران این پروژه و پرسنل محترم مراکز بهداشتی ذکر شده تشکر و تقدیر شود.

همچنین در این بررسی، مطابق مطالعه احمدی زاد (Ahmadizad 2006)، مهمترین ضعف خدمات مشاوره-ای فعلی، عدم استفاده از پرسنل آموزش دیده برای مواجهه با نوجوانان و جوانان می‌باشد، به این منظور می‌توان نیروهای موجود را آموزش داد تا ضمن ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای ارائه شده، صرفه جویی قابل توجهی در منابع صورت گیرد. علاوه بر این خدمات مشاوره‌ای در حال حاضر عمدتاً به صورت حضوری و با مراجعه به مراکز مربوطه صورت می‌گیرد. ایجاد و گسترش روشهای خلاقانه تر مانند خطوط تلفن آزاد، صندوق‌های پستی و سایر روش‌ها می‌تواند پوشش خدمات مشاوره‌ای را به طرز چشمگیری افزایش دهد.

امکان ارجاع به مراکز تخصصی تر و نیز رایگان بودن خدمات مشاوره‌ای از نقاط قوت و مهم خدمات موجود می‌باشد که باید در جهت حفظ و تقویت آن تلاش کرد.

چنانچه یافته‌های مطالعات کشورهای مختلف نیز نیاز مبرم نوجوان را با اتخاذ سیاستهایی نظیر وجود چارچوبهای اختصاصی، ایجاد تغییرات در سیستمهای مراقبتی اولیه و آموزش نوجوان و جوان، معلمین، والدین و سایر گروه‌های درگیر و قابل اعتماد بودن به مراکز بهداشتی-درمانی را برای این گروه سنی نشان می‌دهد (Zeanah et al. 2006; Jarusericiene et al. 1996).

## نتیجه‌گیری

بنابراین ادغام برنامه‌های آموزشی بهداشت باروری در برنامه مدارس یکی از کلیدهای موفقیت در ارتقای سلامت باروری نوجوانان و جوانان محسوب می‌شود. به علاوه آموزش معلمان یکی از مصادیق استفاده بهینه از نیروهای موجود و صرفه جویی در منابع می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود یک بسته‌ی جامع خدمتی آماده گردد که طی آن مراکز مختلف، برنامه‌هایشان را بر اساس یک

جدول ۱- خصوصیات "مراکز مورد بررسی خدمات به نوجوانان و جوانان": مشخصات کارکنان

نام مرکز	کارکنان تعداد(درصد)	سن میانگین(انحراف معیار)	جنس تعداد(درصد)		تحصیلات تعداد(درصد)		تعداد سالهای فعالیت
			مرد	زن	دیپلم	دانشگاهی	
فامیلی سمنان	۲(۳۰) ۴(۷۰)	۳۹/۴۰(۱۰/۱۶)	۰	۶(۱۰۰)	۲(۶۰) ۳(۴۰)	۱۷/۲۰(۹/۵۴)	
مطلبی سمنان	۴(۸۰) ۱(۲۰)	۴۴(۴/۸۹)	۰	۵(۱۰۰)	۳(۵۰) ۳(۵۰)	۱۹/۶۰(۷/۶۳)	
ابوذر	۱(۲۵) ۳(۷۵)	۳۶/۲۰(۶/۵۷)	۱(۲۵)	۴(۷۵)	۰ ۵(۱۰۰)	۱۰/۸۰(۲/۵۸)	
شمال تهران	۵(۸۴) ۱(۱۶)	۳۸/۱۶(۸/۲۸)	۱(۱۶)	۵(۸۴)	۰ ۶(۱۰۰)	۱۳/۵۰(۱۱/۸۹)	
اکباتان	۲(۲۹) ۵(۷۱)	۳۵/۴۲(۱۳/۵۹)	۰	۷(۱۰۰)	۲(۲۹) ۷(۷۱)	۱۶/۲۵(۱۴/۷۹)	
یافت آباد	۳(۶۰) ۲(۴۰)	۲۹/۰۰(۶/۹۶)	۱(۲۵)	۴(۷۵)	۲(۴۰) ۳(۶۰)	۴/۶۲(۶/۲۶)	
بم	۰ ۷(۱۰۰)	۲۷/۰۰(۲/۷۰)	۳(۴۳)	۴(۵۷)	۱(۱۴) ۶(۸۶)	۲/۲۵(۰/۹۸)	
فسا	۳(۶۰) ۲(۴۰)	۳۸/۲۰(۶/۳۷)	۳(۶۰)	۲(۴۰)	۰ ۵(۱۰۰)	۱۱/۴۰(۷/۸۲)	
چابهار	۱(۲۵) ۳(۷۵)	۲۷/۷۵(۲/۷۰)	۱(۲۵)	۳(۷۵)	۱(۲۵) ۳(۷۵)	۰/۹۵(۰/۷۵)	

جدول ۲- کیفیت "مراکز خدمات به نوجوانان و جوانان" برحسب رعایت استانداردهای فیزیکی، تجهیزات و ارائه بسته خدمات

نام مرکز	امتیاز محیط فیزیکی (دامنه: ۱۹-۱۰)	مطلوب فیزیکی	امتیاز تجهیزات (دامنه: ۲۰-۱۰)	مطلوب	امتیاز خدمت (دامنه: ۲۶-۱۳)	کیفیت مطلوب خدمت
فامیلی سمنان	۱۳/۲۵	نامطلوب	۱۶/۵۰	متوسط	۲۳/۷۵	مطلوب
مطلبی سمنان	۱۳/۷۵	نامطلوب	۱۵/۲۵	متوسط	۲۱/۲۵	متوسط
ابوذر	۱۲/۷۵	نامطلوب	۱۵/۲۵	متوسط	۲۲/۰۰	متوسط
شمال تهران	۱۳/۱۶	نامطلوب	۱۳/۶۶	نامطلوب	۱۷/۸۳	نامطلوب
اکباتان	۱۳/۷۵	نامطلوب	۱۳/۵۰	نامطلوب	۱۷/۵۰	نامطلوب
یافت آباد	۱۵/۶۰	متوسط	۱۴/۴۰	نامطلوب	۱۶/۲۰	مطلوب
بم	۱۱	نامطلوب	۱۳	نامطلوب	۲۰/۲۵	متوسط
فسا	۱۳/۵۰	نامطلوب	۱۵/۵۰	متوسط	۲۱/۰۰	متوسط
چابهار	۱۳/۶۰	نامطلوب	۱۶/۲۰	متوسط	۱۸/۶۰	نامطلوب



جدول ۳- رضایت شغلی کارکنان "مراکز خدمات به نوجوانان و جوانان"

متغیر	افراد کاملاً راضی		افراد نسبتاً راضی		افراد ناراضی		P-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس							
مرد	۹	۹۰	۰	۰	۱	۱۰	۰/۱۹
زن	۲۳	۵۷/۵	۰	۰	۰	۰	
وضعیت تاهل							
مجرد	۲۲	۵۹/۵	۱۲	۳۲/۴	۳	۸/۱	۰/۱۹
متاهل	۱۰	۲۶/۹	۱	۷/۷	۲	۱۵/۴	
تحصیلات							
بالاتر از دیپلم	۲۴	۶۳/۲	۱۲	۳۱/۶	۲	۵/۳	۰/۰۰۰۱
فوق لیسانس - پزشکی	۸	۲۱/۷	۱	۲/۲	۳	۷/۵	
نوع فعالیت							
درمانی	۵	۱۴/۵	۵	۱۴/۵	۱	۲/۳	۰/۱۹
مشاوره ای	۲۱	۵۵	۵	۱۷/۹	۲	۷/۱	
علاقه‌مندی							
ندارد	۸	۲۰	۴	۱۰	۴	۱۰	۰/۰۴
دارد	۲۴	۶۰/۶	۹	۲۲/۵	۱	۲/۹	
دریافت پاداش							
بلی	۲	۵	۰	۰	۰	۰	۰/۴۷
و تشویق خیر	۲۳	۵۷/۵	۱۲	۳۰	۵	۱۲/۵	

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی نارضایتی نوجوانان مراجعه کننده از سرویس خدمات سلامت باروری به نوجوان- جوان

موارد نارضایتی کمتر از ۱۰٪		موارد نارضایتی ۲۰-۳۰٪		موارد نارضایتی ۳۰-۴۰٪		موارد نارضایتی بیش از ۴۰٪	
موارد	درصد	موارد	درصد	موارد	درصد	موارد	درصد
توصیه به مراجعه جهت این مرکز	۵	نحوه برخورد پزشک	۱۱	تردد و شلوغی در اتاق معاینه و مشاوره	۲۳	نظافت سرویس های بهداشتی	۳۴
نحوه برخورد روانشناس	۸	نحوه برخورد ماما	۱۲	نظافت اتاق معاینه	۲۳	وجود امکانات سرگرمی در سالن	۵۳
نحوه آموزش فردی	۱۲	نحوه آموزش فردی	۱۲	تجهیزات اتاق معاینه	۲۲		
تسلط علمی روانشناس	۱۲	تسلط علمی روانشناس	۱۲	تسلط علمی پزشک یا ماما	۲۳		
زمان سپری شده برای معاینه	۱۳	زمان سپری شده برای معاینه	۱۳	رعایت نوبت	۲۴		
دسترسی به مراکز	۱۷	دسترسی به مراکز	۱۷	تهویه سالن و اتاقها	۲۴		
زمان سپری شده برای مشاوره	۱۷	زمان سپری شده برای مشاوره	۱۷	کفایت تعداد صندلی ها در اتاق ها	۲۴		
نور سالن انتظار	۱۹	نور سالن انتظار	۱۹	تسلط علمی مشاور	۲۴		
زمان ویزیت	۲۰	زمان ویزیت	۲۰	کفایت تعداد صندلیها در اتاق انتظار	۲۶		
نظافت سالن انتظار	۲۰	نظافت سالن انتظار	۲۰	نحوه برخورد مسئول پذیرش	۲۶		
وجود تجهیزات آب سردکن در مرکز	۲۰	وجود تجهیزات آب سردکن در مرکز	۲۰	نور اتاق معاینه و مشاوره	۲۷		
یادآوری زمان مراجعه بعدی	۲۰	یادآوری زمان مراجعه بعدی	۲۰	نحوه برخورد نگهبانی	۲۷		
پوشش پرسنل	۲۰	پوشش پرسنل	۲۰	نظم حضور پرسنل	۲۸		
				مشاوره تلفنی	۲۸		
				علائم راهنمایی معرفی به مرکز	۲۸		
				نحوه پاسخگویی به سوالات	۲۸		
				آموزش گروهی	۲۸		

## References

- Ahmadizad, A., 2006. Nikan Institute of health research. Classification of information and services of reproductive health for the Youth. Ordered by the office of Youth and schools' health . Deputy of health ,Ministry of health and medical education.
- Braeken, D., Otoo-Oyortey, N. and Serour, G., 2007. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Acces to Sexual and reproductive health Care: Adolescents and young people. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* . Aug, **98**(2), pp.172-174.
- Jaruseviciene, L., Levasseur, G. and Liljestrand, J., 2006. Confidentiality for Adolescence Seeking Reproductive Health Care in Lithuania: The Perception of General Practitioners. *Reprod Health Matters*. May, **14**(27), pp.129-37.
- Haller, D.M., Sanci, L.A., Patton, G.C. and Sawyer, S.M., 2007. Toward Youth Friendly Services: a Survey of Young People in Primary Care. *Gen. Intern Med*. Jun, **22**(6), pp.775-81.
- Halevy, A., Hardoff, D., Knishkowsky, B. and Palti, H., 1995. A school –linked Health Service for Adolescents in Jersalem. *J Sch Health*. Dec, **65**(10), pp.416-99.
- Kohan, S., 2003. Patients satisfaction from nursing VS: medical care. *Kerman Journal of nursing and midwifery*. **3**(10), pp.43-9.
- Papanicolas, I., Smith, P.C. and Mossialos, E., 2008. Principles of performance measurement. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Spring, **10**(1), pp.1-12.
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V. and Manaseki-Holland, S., 2006. Acceptability as a key determinant of Client Satisfaction :lessons from an Evaluation of -Adolescent Friendly Health Services in Mongolia . *J Adolesc Health*. May, **38**(5), pp.519-26.
- Lindberg, C., Lewis-Spruill, C. and Crownover, R., 2006. Barriers to sexual and Reproductive Health Care: Urban Male Adolescents speak out .*Issues Compr Peiatr Nurs*. Apr-Jun, **29**(2), pp.73-88.
- Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R. and Sanci, L.A., 2007. Youth – Friendly Primary –Care Services: how are We doing and what more needs to be done?. *Lancet*. May 5, **369**(9572), pp.1565-73.
- Zimmer-Gembeck, M.J., Alexander, T. and Nystrom, R.J., 1997. Adolescents Report Their need for and Use of Health Care Services. *J Adolesc Health*. Dec, **21**(6), pp.388-99.
- Wilf-Miron, R., Sikron, F., Glasser, S. and Barell, V., 2002. Community –Based Adolescent Health Services in Israel: From Theory to Practice. *Int J Adolesc Med Health*. Apr-Jun, **14**(2), pp.139-44.
- Zeanah, P.D., Morse, E.V., Simon, P.M., Stock, M., Pratt, J.L. and Sterne, S., 1996. Community Reactions to Reproductive Health Care at Three School-Based Clinic in Louisiana. *J Sch Health*. Sep, **66**(7), pp.237-41.