

مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد در آستانه ازدواج در ساری، ۱۳۹۳: یک مطالعه ترکیبی

پیمان پرویزراد^{۱*}، جمشید یزدانی چراتی^۲، مریم احمدیان^۳

^۱ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

^۲ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۳ کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

مقدمه: ازدواج عامل ایجاد خانواده، تکثیر و بقای نسل است. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد در آستانه ازدواج است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه ترکیبی است که در بخش کمی، به صورت توصیفی-مقطعی ۱۷۰ مراجعه کننده به مرکز بهداشت ساری که معیارهای ورود به پژوهش را داشته و به روش تصادفی ساده انتخاب شدند، با پرسشنامه محقق ساخته برپایه مقیاس لیکرت، مورد بررسی قرار گرفتند. بخش کیفی با روش تحلیل محتوا از نوع استنباطی، از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ارائه کنندگان خدمات سلامت انجام گرفت.

یافته‌ها: ۲۸/۴ درصد انتظارات مراجعین کلاس مشاوره ازدواج عالی، ۴۲/۶ درصد خوب، ۲۳/۱ درصد متوسط و ۵/۹ درصد خیلی کم برآورده شد. بین نمره ارزیابی مراجعین از کلاس مشاوره با تحصیلات، شغل و محل سکونت رابطه معناداری پیدا شد. ۹۳ درصد افراد از مشاوره تالاسمی رضایت خیلی زیادی داشتند. ۵۶/۹ درصد کیفیت آزمایش‌ها پیش از ازدواج را عالی دانستند. در بخش کیفی، از مصاحبه با ارائه کنندگان در ۳ قسمت، در کل، ۱۳ طبقه اصلی درباره وضعیت این خدمات، کمبودها و پیشنهادهای آن‌ها به دست آمد.

نتیجه گیری: نیاز به آموزش بیشتر زوجین در زمینه‌های روابط عاطفی-اجتماعی، تنظیم خانواده و روابط صحیح جنسی و انجام اجباری آزمایش‌ها: HIV, HBS Ag, زنتیک زوجین فامیل، عدم اعتیاد ده تستی و HCV در خدمات بهداشتی پیش از ازدواج ضروری به نظر می‌رسد. لذا پیشنهاد می‌شود در غربالگری پیش از ازدواج تجدید نظر کامل شود.

کلید واژه‌ها: آزمایش قبل از ازدواج، غربالگری قبل از ازدواج، مشاوره قبل از ازدواج غربالگری اجباری، آزمایش اجباری

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۱۳

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۷

*مؤلف مسئول

پیمان پرویزراد

ایران، زابل، دانشگاه علوم پزشکی زابل، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن همراه: ۰۹۳۷۵۸۰۱۹۴۱

پست الکترونیک:

p.parvizrad@zimu.ac.ir

Health Services' Status Survey for Couples to Be in Sari in 2015: A mixed Study

Original Article

Peyman Parvizrad^{1*}, Jamshid Yazdani Charati², Maryam Ahmadian³

¹ Assistant Professor, Department of Healthcare Management, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

² Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ B.S in Public Health, School of Health, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Abstract

Introduction: Marriage causes family, proliferation and survival of generations.

The aim of this study was to determine the state of health services provided to individuals on the verge of marriage.

Methods: This was a mixed-method study that in quantitative part, with cross-sectional method 170 clients of Sari Health Center which had inclusion criteria, and were randomly selected, were evaluated by a questionnaire based on the Likert scale. At qualitative section, content analysis method, inferential type has been done through semi-structured interviews with health service providers.

Results: Expectations of 28.4% of participants in marriage counseling were at excellent level, 42.6% good, 23.1% moderate and 9.5% too low. Significant relationship has been found between clients' scores to different aspects of premarital counseling class with education, occupation and living place. 93% of them were very satisfied with Thalassaemia counseling. 56.9% said excellent about the quality of pre-marriage testing. In the qualitative part, from interviews with providers in 3 divisions, 13 key themes were obtained totally, about the status of these services, inadequacies and their suggestions.

Conclusion: need of couples for further learning in social-emotional relationships, family planning and correct sexual relations, and mandatory HBS Ag, HIV tests, genetic testing of families' couples, non-addictive ten test and HCV seem essential in premarital health services. So it is suggested to revise deeply pre-marriage screening plans.

Keywords: Premarital Examinations, Premarital Screening, Premarital Counseling, Mandatory Screening, Mandatory Testing

Article Info

Received: Jun. 03, 2017

Accepted: Sep. 18, 2017

*Corresponding Author:

Peyman Parvizrad

Department of
Healthcare
Management, School of
Health, Zabol
University of Medical
Sciences, Zabol, Iran

Tel: 09375801941

Email:

p.parvizrad@zbu.ac.ir

Vancouver referencing:

Parvizrad P, Yazdani-Charati J, Ahmadian M. Health Services' Status Survey for Couples to Be in Sari in 2015: A mixed Study. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2017; 3(2): 125-43.

مقدمه

ازدواج عامل به وجود آورنده خانواده، تکثیر و بقای نسل است و در ادیان توحیدی به‌ویژه دین مبین اسلام از قداستی ویژه برخوردار است (۱). زوج‌های جوان آینده‌سازان هر کشوری هستند و سلامت جامعه در گروی تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان است. ریشه بسیاری از مشکلات عمده بهداشتی نظیر رشد بی‌رویه جمعیت، مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، ناهنجاری‌های ژنتیکی و غیره را باید در دوران قبل از ازدواج و قبل از بارداری جستجو کرد (۲). مراقبت‌های پیش-ازدواج اقدامی جهانی باهدف تشخیص و درمان اختلالات ناشناخته و کاهش انتقال بیماری‌ها به زوجین و فرزندان می‌باشد (۳). به‌عنوان نمونه، غربالگری اجباری پیش-ازدواج در بحرین و عربستان (به‌عنوان دو کشور مسلمان و هم‌منطقه کشورمان)، این مزیت را داشت که هرگونه تبعیض و شرمساری را به دلیل به‌کارگیری در خصوص کلیه افراد رفع نمود (۴). لذا اهمیت بررسی‌های بهداشتی همگانی (بدون تبعیض و اجباری) که در کشورهای اسلامی و دارای پیچیدگی‌های فرهنگی و قومی می‌تواند اهمیت تام یابد، در بدو ورود افراد به رابطه ازدواج نباید فراموش گردد.

این وجود، به نظر می‌رسد خدمات بهداشتی ارائه شده برای زوجین کافی و مناسب نباشد (۵). در ایران مراکزی برای انجام آزمایش‌های قبل از ازدواج وجود دارد که آزمایش‌هایی از قبیل تالاسمی، سیفلیس و مواد مخدر را به‌صورت آزمایش‌های اجباری قبل از ازدواج انجام می‌دهند اما برای نمونه، انجام آزمایش هپاتیت داوطلبانه است و به نظر می‌رسد زمان ازدواج، زمان مناسبی جهت اقدامات پیشگیرانه برای هپاتیت B نیز باشد (۶). کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج در ایران معمولاً بعد از انجام آزمایش خون برای زوجین انجام می‌شود (۷) که شاید مقداری دیر هنگام باشد و یا در حال حاضر، مجموعه‌ای تحت عنوان ازدواج و روابط عاطفی و اجتماعی،

روابط زناشویی و تنظیم خانواده به‌عنوان منبع و مرجع آموزشی در این کلاس‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (۸) که کیفیت و به‌روز بودن محتوای آن‌ها، قابلیت درک و به‌کارگیری آن‌ها توسط مخاطبان و مهارت‌های تدریس مدرسان نیز جای بررسی‌های بیشتری دارد. از طرف دیگر، تشخیص و غربالگری بتا تالاسمی مینور به‌ویژه جهت مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج جهت پیشگیری از ازدواج دو زوج مبتلا، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۹)، لیکن آمار قابل‌ملاحظه حدود ۲۰ هزار بیمار تالاسمی ماژور و ۲ تا ۳ میلیون ناقل تالاسمی در کشور (۱۰) می‌تواند حاکی از نیاز به بازنگری برنامه‌های بهداشتی مرتبط را خاطر نشان نماید، علی‌رغم اینکه برنامه پیشگیری از تالاسمی از سال ۱۳۷۰ با غربالگری زوج‌های در شرف ازدواج و پیشنهاد جدایی و انتخاب افراد غیر ناقل برای ازدواج زوجین در ۵ استان کشور شروع شد (۱۱). همچنین درباره مشاوره داوطلبانه برای HIV و بیماری‌های رفتاری، در ایالتی در آمریکا، نشان داده شد که اقدام مذکور، نقش مهمی در پیشگیری از آن می‌تواند داشته باشد (۱۲) که این امر نیز می‌تواند در خدمات بهداشتی پیش از ازدواج به نحو مناسب‌تری لحاظ گردد.

از سوی دیگر، در بخش خدمات بهداشتی، موضوع کیفیت ارائه خدمات پیش از ازدواج و توانمندسازی زوجین در آستانه ازدواج از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۸). با وجود اینکه بهره‌مندی از خدمات مشاوره پیش از ازدواج بسیار مهم است تازن و مرد با آگاهی هرچه بیشتر و تجهیز به دانش کافی در ارتباط با خود، زندگی مشترک را شروع کنند اما به نظر می‌رسد که این کلاس‌ها از کارایی لازم برخوردار نیستند (۵). همچنین خط مقدم برنامه پیشگیری و کنترل تالاسمی، آزمایشگاه‌های غربالگری تالاسمی می‌باشند و چگونگی عملکرد آن‌ها بر روند اجرای برنامه تأثیر بسزا و تعیین‌کننده‌ای

جهت رفع نقایص فعلی طراحی نمود و با برنامه‌ریزی دقیق، از موارد جدید بیماری‌ها در جامعه جلوگیری کرد و باعث ارتقای سلامت نسل فعلی و بخصوص آتی گردید.

روش کار

با توجه به نیاز به بررسی همه‌جانبه و در نظر گرفتن گروه‌های ذی‌نفع مرتبط، همچنین عمق بخشیدن به یافته‌ها و ارتقای غنا و کیفیت خروجی‌های بررسی و نیز محدود نشدن به نظرات احتمالاً غیر کارشناسی دریافت‌کنندگان خدمات و یا جواب‌های حاوی رضایت بالا که در برخی تحقیقات قبلی ابراز شده بودند، روش مطالعه حاضر از نوع ترکیبی (کمی-کیفی) انتخاب شد که بخش کمی آن با روش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۳ در مرکز بهداشت شهرستان ساری انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش در بخش کمی، افراد در آستانه ازدواج مراجعه‌کننده برای دریافت خدمت و در بخش کیفی، بر روی کارشناسان و متخصصان ناظر بر ارائه این خدمات بود. معیارهای ورود زوج‌هایی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن در حد ابتدایی، ازدواج اول و معیار خروج، عدم تمایل زوجین به شرکت در مطالعه و معیار ورود مسئولان و کارشناسان، رضایت ایشان جهت انجام مصاحبه و نیز دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی و ۵ سال سابقه کار مرتبط بود. روش نمونه‌گیری در بخش کمی، از نوع تصادفی ساده بود. حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و با دقت $d=15\%$ ، نفر برآورد شد که از زوج‌های مختلف و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند (با توجه به معیارهای ورود لزوماً هر دو نفر زوج در پژوهش شرکت نداشتند). همچنین روش نمونه‌گیری در بخش کیفی به صورت هدفمند، از بین کارمندان مسئول و ارائه‌کننده خدمات برای زوج‌های جوان انجام گرفت و از بین ایشان، کسانی که داوطلبانه بوده و سایر معیارهای پیش‌گفته ورود را داشتند افرادی انتخاب شدند، سپس مصاحبه‌ها تا حد اشباع داده‌ها انجام شد که در مجموع بالغ بر ۹ نفر گردید.

دارد، به‌نحوی که در صورت عدم کنترل کیفی مناسب این آزمایشگاه‌ها، امکان بروز خطا در غربالگری و در نتیجه عدم شناسایی زوجین ناقل وجود دارد که ممکن است به تولد موارد جدید بیمار تالاسمی منجر گردد (۱۳).

م‌اکنون غربالگری و مشاوره ژنتیک اجباری پیش ازدواج در ۸ کشور خاورمیانه انجام می‌شود که البته در کاهش تشویق به ازدواج‌های پر ریسک موفق نبوده است (۱۴). همچنین تغییر اخیر آستانه‌ها (حدود قابل قبول در نتایج آزمایش‌ها و تعیین آستانه رد نتیجه آزمایش که بیانگر ابتلای فرد به بیماری است) در مرحله اول غربالگری تالاسمی در ایران نشان داد که منجر به بهبود مهمی از دیدگاه اقتصادی نشده است و مرتبط با ریسک عمده در غربالگری مرحله دوم می‌باشد (تعداد کمتری را پوشش می‌دهد) (۱۵). با این حال مطالعه‌ای در پاکستان حاکی از آن بود که غربالگری توده‌وار برای شناسایی حاملان تالاسمی و مشاوره ازدواج برای آن‌ها می‌تواند بروز تالاسمی ماژور را کاهش دهد (۱۶). همچنین یافته‌های پژوهشی در عمان نشان داد که علی‌رغم سطح نسبتاً بالای دانش مراجعان به مراکز بهداشتی درباره غربالگری پیش-ازدواج حاملان، هنوز یک‌سوم ایشان تمایل به انجام آزمایش‌ها مربوطه ندارند (۱۷). لذا به نظر می‌رسد شناسایی زوج‌های حامل از طریف غربالگری پیش-ازدواج روشی مؤثر برای کنترل تالاسمی ماژور باشد (۱۸).

لذا با توجه به خلأهایی که در خدمات ارائه شده در ایران به زوج‌ها از جمله تعداد و نوع خدمات ارائه شده، عدم پوشش برخی سرفصل‌ها در مشاوره‌ها و آموزش‌ها، کیفیت انجام غربالگری‌ها، دریافت هزینه از کلیه افراد صرف‌نظر از وضعیت اقتصادی آن‌ها و سایر مواردی که نمونه‌هایی از آن‌ها برشمرده شد، هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی وضعیت خدمات بهداشتی ارائه شده به زوج‌های جوان در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۳ بود تا با بررسی وضعیت این خدمات، با یک رویکرد ترکیبی که ابعاد مختلف موضوع را به‌طور عمیق مورد بررسی قرار دهد، بتوان برنامه‌های اجرایی را بر اساس نیازهای مشاهده شده و در

انجام شد. مصاحبه‌ها در ابتدا ضبط گردیدند و از روی فایل ضبط شده، کلمه به کلمه استخراج و سپس تایپ و مجدداً با اصل فایل، کنترل شدند. سپس با بررسی مجدد و تحلیل پرسش‌ها و پاسخ‌های ارائه شده، طبقات اصلی و فرعی شناسایی گردیدند.

کسب معرفی‌نامه برای مرکز بهداشت جهت انجام همکاری با پژوهش، اخذ معرفی‌نامه رسمی از مسئول محترم مرکز بهداشت جهت انجام پژوهش در مراکز مشاوره قبل از ازدواج، عدم درج نام شرکت کنندگان در پرسشنامه، انصراف مددجویان در صورت عدم رضایت از ادامه پژوهش و دادن اطمینان به واحدهای پژوهش مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات از ویژگی‌های اخلاقی پژوهش بود. برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات ازدواج، از آزمون t یک نمونه‌ای و برای توصیف داده‌های کمی از میانگین \pm انحراف معیار و فواصل اطمینان استفاده شد. همچنین برای داده‌های کیفی، از جداول فراوانی و برای مقایسه آن‌ها از آزمون مربع کای استفاده شد. نتایج بخش کیفی نیز به روش تحلیل محتوا از نوع استنباطی (۱۹) و بر اساس پنج گام گرانهم و لاندمن (۲۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این گام‌ها به‌طور خلاصه عبارت بودند از:

- ۱- ضبط متن مصاحبه‌ها و پیاده‌سازی دقیق و کلمه به کلمه از روی فایل به‌صورت بلافاصله (داده اصلی تحقیق)
- ۲- شنیدن صداهای ضبط شده به دفعات و مرور مکرر متون استخراجی، اتخاذ تصمیم درباره واحدهای معنایی
- ۳- انتزاعی کردن واحدهای معنایی، کدگذاری، خلاصه‌سازی
- ۴- مرتب‌سازی کدها با توجه به مرور مکرر شباهت‌ها و تفاوت‌ها، دسته‌بندی طبقات، شناسایی و رفع ابهامات
- ۵- تلخیص طبقات، تعیین و استخراج حوزه‌ها و مفاهیم اصلی، طبقات اصلی و فرعی

فرآیند اجرای پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ معرفی‌نامه و معرفی خود به مسئولین مرکز بهداشت شهرستان، در میان زوجین مراجعه‌کننده حاضر شد و پرسشنامه تهیه شده میان مددجویان واجد شرایط پخش گردید و با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات از ایشان درخواست گردید تا در صورت رضایت به شرکت در مطالعه پرسشنامه مربوطه را با دقت تکمیل کرده و به پژوهشگر تحویل دهند.

پرسشنامه بخش کمی دارای چهار بخش بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم دیدگاه مراجعین در خصوص کلاس مشاوره حین ازدواج، بخش سوم دیدگاه مراجعین در خصوص مشاوره ویژه تالاسمی، بخش چهارم دیدگاه مراجعین در خصوص آزمایش‌ها قبل از ازدواج بود. بخش دوم، یعنی دیدگاه مراجعین در خصوص کلاس مشاوره حین ازدواج، دارای زیرمجموعه‌هایی شامل میزان برآورده شدن انتظارات و نیز ارزیابی کیفیت (از ابعاد محیط فیزیکی، وسایل کمک آموزشی، نحوه تدریس، محتوای آموزشی و تسلط فنی استاد به مطالب) بود. سؤالات بخش دموگرافیک نیز شامل: سن، سطح تحصیلات، جنس، شغل و محل سکونت بود. دیدگاه مددجویان با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به‌صورت خیلی بد (نمره ۱)، ضعیف (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، خوب (نمره ۴) و عالی (نمره ۵) سنجش شد. روایی این پرسشنامه ساخته پژوهشگران، با روش اعتبار محتوا توسط پنج نفر از متخصصان مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای بهداشت و آمار زیستی تأیید گردید. برای تعیین پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که با ضریب $0/90$ شد. در بخش کیفی، مصاحبه نیمه ساختاریافته شامل ۵ سؤال باز در خصوص وضعیت، رضایت، کیفیت، مشکلات، پیشنهادها توسط پژوهشگران از کارشناسان و مسئولین مرتبط با ارائه خدمات برای زوج‌های در آستانه ازدواج انجام شد. مدت انجام هر مصاحبه در حدود یک ساعت، در محل کار مصاحبه‌شوندگان، اما در مکانی آرام و در ساعات غیر کاری و یا غیر شلوغ ایشان

یافته‌ها

(۱) تحلیل یافته‌های بخش کمی:

یافته‌های مطالعه در بررسی خصوصیات فردی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن زنان و مردان به ترتیب $21/2 \pm 4/6$ و $23/7 \pm 5/1$ بود. ۳۷/۱ درصد نمونه مورد پژوهش را مردان و ۶۳/۱ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. ۴۰/۲ درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و همچنین ۶۳/۹ درصد افراد در شهر و ۳۶/۱ درصد در روستاهای اطراف زندگی می‌کردند.

الف- یافته‌های کلاس مشاوره ازدواج از

دیدگاه زوجین:

بارزترین یافته پژوهش ما در بخش کلاس‌های مشاوره ازدواج از دیدگاه زوجین، از نقطه نظر انتظارات افراد شرکت‌کننده در کلاس مشاوره، بدین صورت بود که انتظارات ۲۸/۴ درصد در حد عالی، ۴۲/۶ درصد خوب، ۲۳/۱ درصد متوسط و ۵/۹ درصد خیلی کم برآورده شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که انتظارات ۲۸/۴ درصد افراد شرکت‌کننده در کلاس مشاوره در حد عالی، ۴۲/۶ درصد خوب، ۲۳/۱ درصد متوسط و ۵/۹ درصد خیلی کم برآورده شده است. همچنین بررسی کیفیت حیطه‌های پنج‌گانه کلاس

مشاوره حاکی از آن بود که بیش از نیمی از افراد تحت مطالعه، محیط فیزیکی، وسایل کمک آموزشی، محتوای آموزشی، تسلط فنی مربی و نحوه تدریس را عالی ارزیابی کردند و ۵۹/۸ درصد مراجعین شروع به موقع کلاس را خوب ارزیابی کردند (جدول ۱).

ب- یافته‌های مشاوره تالاسمی از دیدگاه

زوجین:

از دیگر یافته‌های مهم مطالعه، بررسی رضایت زوجین از شیوه ارائه مشاوره تالاسمی می‌باشد که از جمله مشاوره‌های مهم این دوران تلقی می‌شود نتایج نشان داد که ۹۳ درصد افراد از مشاوره ویژه تالاسمی رضایت خیلی زیادی داشتند (جدول ۲).

ج- یافته‌های آزمایش‌ها قبل از ازدواج از

دیدگاه زوجین:

از آنجایی که انجام آزمایش‌ها قبل از ازدواج از اهمیت خاصی برخوردار است، لذا با بررسی این مورد مهم، مشخص شد که ۵۶/۹ درصد زوجین در خصوص انجام خدمت آزمایش‌ها پیش از ازدواج رضایت در حد عالی دارند (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی ارزیابی کیفیت حیطه‌های مختلف کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج از دیدگاه زوجین خدمت‌گیرنده

گزینه‌ها	محیط فیزیکی (درصد)	وسایل کمک آموزشی (درصد)	محتوای آموزشی (درصد)	تسلط فنی مربی (درصد)	نحوه تدریس (درصد)
خیلی بد	۰/۳	۶/۹	۰/۳	۰/۳	۰/۳
ضعیف	۲/۶	۹/۲	۱/۷	۰/۶	۰/۹
متوسط	۹/۵	۱۳/۶	۵/۸	۳/۵	۲/۹
خوب	۲۶/۹	۱۵/۶	۲۳/۱	۱۷/۹	۲۲/۵
عالی	۶۰/۷	۵۴/۶	۶۹/۱	۷۷/۷	۷۳/۴

جدول ۲: توزیع فراوانی رضایت از خدمات آزمایش‌ها پزشکی و مشاوره ویژه تالاسمی از دیدگاه زوجین خدمت‌گیرنده

گزینه‌ها	آزمایش‌ها پزشکی (درصد)	مشاوره ویژه تالاسمی (درصد)
خیلی بد	۰/۳	۰

ضعیف	۲/۳	۰
متوسط	۱۴/۲	۱/۵
خوب	۲۶/۳	۵/۲
عالی	۵۶/۹	۹۳/۳

محل سکونت زوج ها با نحوه ارزیابی آن ها از خدمات آزمایشگاه ارتباط معنی داری داشت، بدین نحو که زوج های شهری ۵۷ درصد و روستایی ۷۸ درصد درباره خدمات آزمایشگاه رضایت داشتند ($p=0/002$ و $df=4$).

(۲) تحلیل یافته های بخش کیفی:

جهت سنجش کافی بودن خدمات برای زوج های جوان، بررسی بیشتر این خدمات، ضرورت برخی از آن ها و اطلاع از کیفیت خدمات با توجه به استانداردهای موجود نیاز به مصاحبه از مسئولان و ارائه کنندگان خدمات برای زوجین بود که در این بخش از پژوهش ۹ نفر از مسئولان، کارشناسان و مشاورانی که مشغول ارائه خدمت به زوج های در آستانه ازدواج بودند مورد مصاحبه قرار گرفتند (۵ نفر کلاس مشاوره، ۲ نفر آزمایشگاه، ۲ نفر مشاوره تالاسمی). جنسیت آن ها شامل ۵ زن و ۴ مرد بود. از نظر سطح تحصیلات ۴ نفر کارشناس، ۲ پزشک و ۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. مشخصات شرکت کنندگان در مصاحبه های بخش کیفی تحقیق در جدول شماره ۳ ذکر شده است.

از طرف دیگر، نتایج آزمون χ^2 نشان داد که ارتباط آماری معناداری بین نحوه ارزیابی شرکت کنندگان از وسایل کمک آموزشی و تحصیلات بود، به این صورت که هرچقدر تحصیلات بالاتر می رود میزان رضایت از وسایل کمک آموزشی کمتر می شود ($p<0/003$ و $df=8$). همچنین، افراد شاغل رضایت کلی کمتری نسبت به کلاس مشاوره دارند ($p=0/007$ و $df=12$). میزان رضایت زوج های روستایی نسبت به محیط فیزیکی ۸۸ درصد و شهری ها ۶۵ درصد بود ($p<0/006$ و $df=4$). محل سکونت افراد با رضایت از محتوای آموزشی رابطه معنی داری داشت، به این صورت که زوج های شهری ۷۹ درصد و روستایی ۹۱ درصد از محتوای آموزشی رضایت داشتند ($p=0/009$ و $df=4$). محل سکونت زوج ها با ارزیابی آن ها از میزان تسلط فنی مدرسان کلاس های آموزشی دارای ارتباط معناداری بود، به این صورت که زوج های شهری ۹۰ درصد و روستایی ۸۲ درصد میزان تسلط فنی مربی به مطالب را خوب ارزیابی کردند ($p=0/048$ و $df=4$). همچنین

جدول ۳: مشخصات شرکت کنندگان در مصاحبه های بخش کیفی تحقیق

کد شرکت کننده	جنس	سن	شغل	تحصیلات
۱	زن	۳۵		کارشناسی
۲	مرد	۴۷		کارشناسی
۳	زن	۳۱	مدرس	کارشناسی
۴	مرد	۲۸		کارشناسی
۵	زن	۵۲		کارشناسی
۶	زن	۳۹	کارشناس آزمایشگاه	کارشناسی ارشد

کارشناسی	۳۴	مرد	۷
پزشک	۴۳	مرد	۸
مشاور تالاسمی			
کارشناسی ارشد	۳۹	زن	۹

پیشنهادها) در کنار آن‌ها از مصاحبه‌ها برداشت

گردید که معضلات موجود را شناسایی می‌کرد
و راه‌حل‌های مرتبط را ارائه می‌داد.

- آزمایش‌ها: در بدو امر مضمون کلان "ارتقای
وضعیت" استخراج گردید که در آن عامل
اصلی کنترل کیفی نقش داشت و همراه با آن
دو عامل دیگر (مشکلات، پیشنهادها) انتزاع
گردید.

- مشاوره تالاسمی:

از تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های این بخش سه
حوزه اصلی (کلاس آموزشی، آزمایش‌ها، مشاوره) انتزاع شد.
هر یک از این سه عامل خود دارای طبقات اصلی و فرعی
بودند (جدول ۴):

- کلاس آموزشی: ابتدا مضمون کلی "کیفیت
جامع" استخراج گردید که در آن ۴ عامل
اصلی نقش داشت (زمان، محتوا، مدرس،
تسهیلات). سپس دو عامل دیگر (مشکلات،

جدول ۴: حوزه‌ها، مضمون، طبقات اصلی و فرعی خدمات بهداشتی ارائه شده به زوجها

ردیف	حوزه خدمت	مضمون اصلی	طبقه اصلی	طبقه فرعی
			زمان	
			محتوا	
			مدرس	
۱	آموزش	کیفیت جامع	تسهیلات	طبق جدول شماره ۴
			مشکلات	
			پیشنهادها	
			کنترل کیفی	
۲	آزمایش	ارتقای وضعیت	مشکلات	طبق جدول شماره ۵
			پیشنهادها	
			خدمات انجام شده	
۳	مشاوره	تبیین و بهبود وضع موجود	ولزوم مشاوره	طبق جدول شماره ۶

ردیف	حوزه خدمت	مضمون اصلی	طبقه اصلی	طبقه فرعی
			ارزیابی کلی	
			مشکلات	
			پیشنهادها	

الف- یافته‌های حوزه "کلاس مشاوره ازدواج":

با توجه به نظر مصاحبه‌شوندگان کلاس مشاوره حین ازدواج، شش طبقه مهم در این بخش، توسط محققان به شرح جدول شماره ۵ استخراج شدند.

جدول ۵: طبقات حاصل از مصاحبه‌های انجام شده در خصوص کلاس مشاوره ازدواج

ردیف	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱	زمان جلسات آموزشی	طول مدت برگزاری زمان‌بندی برگزاری طی هفته
۲	سرفصل / محتوای آموزشی	سرفصل‌هایی که باید بهبود یابند سرفصل‌هایی که لازم است اضافه شوند
۳	تسهیلات جانبی	فضای فیزیکی امکانات آموزشی
۴	عوامل مربوط به مدرس / کارشناس	به‌روز بودن اهمیت حضور کارشناس ویژه فضا، تسهیلات فیزیکی و آموزشی
۵	مشکلات مهم کلاس مشاوره ازدواج	کمبود زمان و زمان نامناسب کلاس مشکلات پرسنلی (حقوق و مزایا، ثبات شغلی) عمومی بودن کلاس بازدهی و اثربخشی آموزشی تخصیص فضا و بودجه
۶	ارزیابی کلی و پیشنهادها	ارتقای کیفیت کلاس‌ها (افزایش و تغییر زمان، post-test، تفکیک مخاطبان، بهبود محتوا) تقویت دیدگاه مدیران

۱- زمان جلسات برای آموزش:

در حال حاضر طبق دستورالعمل طول کلاس مشاوره ازدواج دو ساعت می‌باشد که در شهرستان ساری ۱-۱/۵ ساعته

تمام می‌شود اما طبق مصاحبه انجام شده کارشناسان و مشاوران آموزشی به‌طور میانگین حدود ۵ ساعت را مدت زمان لازم برای برگزاری کلاس بیان کرده‌اند و از طرف دیگر به

می تواند برای زوجین خیلی مفید باشد"، مشارکت کننده شماره (۵): "روانشناسی اضافه شود بهتر است." مشارکت کننده شماره (۳): "روانشناسی، علوم تربیتی، فرزند پروری و مهارت های زندگی تدریس شود به نظر برای زوجین مفید می آید."

۳- تسهیلات جانبی:

ظاهراً تسهیلات جانبی مناسبی برای آموزش زوجین در اختیار نمی باشد. مصاحبه شوندگان بیان کردند موقعیت کلاس مناسب نیست، همچنان که آلودگی صوتی همراهان زوجها و عدم امکانات مناسب و وسایل کمک آموزشی مانند CD آموزشی که قدیمی و بیشتر به صورت سخنرانی بوده و کاربردی نیست.

۳/۱- فضای فیزیکی: مشارکت کننده شماره (۴) فضا را بسیار نامناسب، مشارکت کننده شماره های (۲) و (۳) متوسط، مشارکت کننده شماره (۵) نیز متوسط و مشارکت کننده شماره (۱) نامناسب ارزیابی کردند.

۳/۲- امکانات آموزشی: مشارکت کننده شماره (۱) و مشارکت کننده شماره (۳) امکانات را "نامناسب"، مشارکت کننده شماره (۲) متوسط، مشارکت کننده شماره (۴) و مشارکت کننده شماره (۵) نیز امکانات را "متوسط" ارزیابی کردند.

عوامل مربوط به مدرس / کارشناس

۴/۱- به روز بودن: اکثر مصاحبه شوندگان آموزش و روزآمدسازی خود را عالی دانسته اند و مشارکت کننده شماره (۱) "کتابخانه اختصاصی جهت مطالعه کارشناسان و به روز کردن اطلاعاتشان" را پیشنهاد داد.

۴/۲- اهمیت حضور کارشناس ویژه: مصاحبه شوندگان اظهار داشتند که به برخی مباحث کلی پرداخته می شود در صورتی که زوجین نیاز دارند به طور تخصصی با آنها آشنا شوند. مشارکت کننده شماره (۱) که خانمی ۳۵ ساله و مدرس آموزش های قبل ازدواج بود، بیان کرد که: "به نظر من بخش روان شناختی عاطفی ازدواج نیاز به مشاور ویژه دارد و می توان از مشاورهای روانشناس اجتماعی و حتی مشاورهای حل

بخش بندی آن در طول چند روز هفته معتقد بودند، چنانچه مشارکت کننده شماره (۱) که خانمی ۳۵ ساله و مدرس آموزش های قبل ازدواج بود، بیان کرد "مباحث جدا جدا در طول یک هفته و روزی یک ساعت گفته شود بهتر است."

۲- سرفصل های آموزشی:

سرفصل ها طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در کلاس ها تدریس می شود، اما ظاهراً کارشناسان در این راستا با توجه به تجربه خویش، در جزئیات با نظر خود مباحثی را مطرح می کنند. سرفصل های اصلی شامل روابط عاطفی و اجتماعی، روابط زناشویی و تنظیم خانواده می باشد.

۲/۱- سرفصل هایی که باید بهبود یابند: مشارکت کننده شماره (۱) که خانمی ۳۵ ساله و مدرس آموزش های قبل ازدواج بود، بیان کرد: "به سرفصل عاطفی اجتماعی بر اساس نیاز و با توجه به اینکه تحصیل کرده ها زیاد شدند بیشتر باید پرداخته شود" و عناوین مباحث را "پیش پا افتاده" عنوان کردند. مشارکت کننده شماره (۲) که آقای ۴۷ ساله و مدرس آموزش های قبل ازدواج بود، "به مبحث تنظیم خانواده بیشتر باید پرداخته شود چرا که با توجه به شرایط و کمبود وقت کلاس آن گونه که باید باشد نیست و خیلی خلاصه به آن پرداخته می شود"، مشارکت کنندگان شماره های (۱) و (۴) بیان کردند که: "به ارتباط جنسی بیشتر باید توجه شود و روش های غیرمعمول برقراری ارتباط گفته شود، چون در صورت وجود، نارضایتی زوجین به وجود می آید."

۲/۲- سرفصل هایی که لازم است اضافه شوند: مشارکت کننده شماره (۱) "مبحث خودسازی و تبعات بیماری های رفتاری، بلوغ و هویت جنسی یعنی آگاهی دادن به جوانان جهت کاهش خطرات و لازمه های شروع زندگی می توانند بسیار مفید واقع شوند." مشارکت کننده شماره (۲): "مشاوره در مورد مسائلی که قبل از تصمیم به ازدواج با فرد مورد نظر و بعد از ازدواج باید جوانان توجه ویژه داشته باشند"، مشارکت کننده شماره (۴): "اضافه شدن بیماری های زنان، مشکلات و ناتوانی های جنسی در زن و مرد به سرفصل ها

را داشتند. پیشنهادهایی نیز به شرح زیر و توسط مصاحبه‌شوندگان اعلام شد:

- اختصاص دادن فضای مناسب برای کلاس مشاوره
- افزایش زمان کلاس
- تقویت دیدگاه مدیران (به عنوان اولویت در برنامه‌های بهداشتی)
- تأمین اعتبار کافی
- تهیه و نمایش و در دسترس قرار دادن فیلم آموزشی به گروه هدف
- برگزاری post-test جهت توجه کافی زوجین
- تفکیک از لحاظ سطح تحصیلات
- برگزاری کلاس در زمانی قبل از مراجعه برای عقد به دلیل اینکه افراد استرس داشته و آن گونه که باید توجه نمی‌کنند.
- افرادی که بلوغ را پشت سر گذاشته‌اند در کلاس مشاوره ازدواج شرکت کنند و گواهینامه دریافت کنند.
- شناخت افراد از مبحث ارتباط جنسی منطبق با مسائل شرعی و مناسب با فرهنگ خود.

- یافته‌های حوزه "آزمایش‌ها قبل از ازدواج":

در این بخش دو نفر از کارشناسان شاغل در آزمایشگاه با مدرک کارشناسی ارشد و با تجربه بیش از ده سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. با توجه به نظر مصاحبه‌شوندگان آزمایشگاه تست‌های ازدواج، سه طبقه اصلی در این بخش، توسط محققان به شرح جدول شماره ۶ استخراج شدند.

اختلاف در این قسمت استفاده کرد. "مشارکت‌کننده شماره (۳) که خانمی ۳۱ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، عنوان کردند که: "مبحث تنظیم خانواده را کارشناس بهداشت خانواده آموزش دهد بهتر می‌باشد و همچنین از کارشناس بیماری‌ها برای آموزش بیماری‌های رفتاری استفاده شود."

۴- مشکلات مهم کلاس مشاوره ازدواج:

مسئولان نبود فضای مناسب را از مشکلات عمده دانستند. مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۳) و (۱) و (۴) و (۵) فضای فیزیکی نامناسب را جز مهم‌ترین مشکلات بیان کردند. مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۲) و (۱) و (۵) عدم امکانات کافی و تجهیزات، وسایل آموزشی، میز، صندلی، تهویه و آلودگی صوتی را جز مشکلات دانسته، مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۲) و (۳) و (۴) کمبود زمان و همچنین مشارکت‌کننده شماره (۳) که خانمی ۳۱ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، زمان ارائه نامناسب کلاس، و حقوق و مزایای نامناسب را جزو مشکلات ویژه کار خود بیان کردند. مشارکت‌کننده شماره (۴) که آقایی ۲۸ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، عدم وضعیت ثابت مشاوره‌های کلاس آموزشی را از مشکلات عمده نام بردند. مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۳) و (۲) عمومی بودن کلاس از لحاظ سطح تحصیلات مراجعین را جزو مشکلات دانستند و اظهار داشتند که بازدهی و اثربخشی آموزشی زیاد نیست. مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۱) و (۴) از کاستی‌های آموزش گله داشتند.

۵- ارزیابی کلی و پیشنهادها:

ارزیابی‌های متفاوتی از کلاس مشاوره اظهار شد به طوری که مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۱) و (۴) نامناسب و شماره‌های (۲) و (۳) و (۵) خوب ارزیابی کردند. البته ناگفته نماند که افرادی که کلاس مشاوره را خوب ارزیابی کردند در زمان مصاحبه، شرایط خاص زوجین همراه با استرس این نظر

جدول ۶: طبقات حاصل از مصاحبه‌های انجام شده در خصوص آزمایشگاه ازدواج

ردیف	طبقه اصلی	طبقه فرعی
------	-----------	-----------

کنترل کیفی کارکنان	کنترل کیفی آزمایشگاه
کیفیت مواد و تجهیزات و روش انجام آزمایش فضای فیزیکی فضا	۱
تجهیزات همکاری مراجعین خطا در برخی نتایج آزمایش‌های جدید	مشکلات ۲
تجهیزات به‌روز رایگان کردن آزمایش‌ها	پیشنهادها ۳

۱- کنترل کیفی آزمایشگاه:

تقلب در تست اعتیاد از طریق دوربین، کارت شناسایی و اثرانگشت وجود دارد. نوارهای سنجش اعتیاد را ماهانه می‌خرند و تاریخ انقضای آن‌ها کنترل می‌شود.^۱
۱/۳- فضای فیزیکی: مشارکت‌کننده شماره (۶): "محیط کافی برای نمونه‌گیری و انجام آزمایش‌ها وجود ندارد و به دلیل کمبود فضا، محیط نمونه‌گیری امنیت کافی ندارد." مشارکت‌کننده شماره (۷) نیز تمیز و بهداشتی بودن آزمایشگاه را متوسط ارزیابی کرد.

مشارکت‌کننده شماره (۶) که خانمی ۳۹ ساله و کارشناس آزمایشگاه بود، بیان کرد که: "با دقت‌ترین و باتجربه‌ترین فرد را در بخش آزمایش‌ها قبل از ازدواج قرار می‌دهند و تجهیزات مرتب مورد کنترل کیفی قرار می‌گیرند" و مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۶) و (۷) (که دومی نیز آقایی ۳۴ ساله و کارشناس آزمایشگاه بود)، هر دو به این نکته اشاره داشتند که محیط کافی برای نمونه‌گیری و انجام آزمایش‌ها در اختیار ندارند.

۲- مشکلات آزمایش‌ها ازدواج:

- عدم همکاری مناسب خانواده‌ها
- فقدان دستگاه‌های مجهز و کامل در کشور
- دخالت برخی از افراد غیرمسئول در جواب تست اعتیاد
- وجود منفی کاذب در تست اعتیاد
- تقلب کردن برخی افراد معتاد

۱-۱- کنترل کیفی کارکنان: مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۶) و (۷) وضعیت کارکنانی که آزمایش‌ها زوج‌های در آستانه ازدواج را انجام می‌دهند را خوب ارزیابی کردند. مشارکت‌کننده شماره (۶) بیان کرد که "با دقت‌ترین و باتجربه‌ترین فرد را در بخش آزمایش‌ها قبل از ازدواج قرار می‌دهند."

۳- پیشنهادها:

زمایش‌ها رایج فعلی برای زوجین شامل: VDRL^۱، CBC^۲ و عدم اعتیاد می‌باشد. مشارکت‌کنندگان

۱-۲- کیفیت مواد و تجهیزات و روش انجام آزمایش: مشارکت‌کننده شماره (۶) اظهار داشت: "مواد مصرفی برای آزمایش‌ها مطابق با استانداردها می‌باشد. دستگاه‌های موجود در آزمایشگاه کالیبره هستند و به‌طور منظم از کیفیت کار دستگاه‌ها اطمینان حاصل می‌شود. کنترل کافی جهت نبود

2. CBC: Complete Blood Count

1. VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

ج- یافته‌های حوزه "مشاوره تالاسمی":

مشاوره ویژه تالاسمی برای زوج‌های مشکل‌دار و مشکوک انجام می‌شود (برای مثال از ۱۷۰ نمونه مورد پژوهش ما، تنها ۱۰ درصد از افراد جواب آزمایش مشکل داشت و نیازمند مشاوره بودند). در این بخش دو نفر از کارشناسان مشاوره تالاسمی با مدارک دکترای حرفه‌ای و کارشناسی ارشد، و با تجربه بیش از ۱۰ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. با توجه به نظر مصاحبه‌شوندگان این بخش، ۵ طبقه مهم توسط محققان به شرح جدول (۵) به دست آمد.

شماره‌های (۶) و (۷) آزمایش‌ها HIV , $HBS Ag$ و آزمایش ژنتیک "زوجین فامیل" را پیشنهاد دادند و علاوه بر این، مشارکت‌کننده شماره (۷) عدم اعتیاد ده تستی و HCV را نیز توصیه نمود. سایر پیشنهادها عبارت بودند از:

- تهیه دستگاه‌های مجهزتر مثل الکتروفورز که کلیه هموگلوبین پاتی‌ها را نشان دهد.
- دستگاه‌های مجهزتر که عدم اعتیاد را بهتر تفکیک کند.
- رایگان کردن آزمایش ژنتیک.
- آزمایش PND مانند سایر کشورها رایگان شود.

جدول ۶: طبقات حاصل از مصاحبه‌های انجام شده در خصوص مشاوره ویژه تالاسمی

ردیف	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱	خدمات انجام شده و لزوم مشاوره	مشاوره آموزش تعیین وضعیت ارجاع و هماهنگی پیشگیری مباحث مطروحه (سرفصل‌ها) فضای فیزیکی
۳	ارزیابی کلی	رعایت محرمانگی و آرامش مدت زمان مشاوره به روز بودن مشاور فضای فیزیکی
۴	مشکلات	پرسنی مشاوره‌های جدید (غیر از تالاسمی)
۵	پیشنهادها	استقرار کارشناس روانشناسی ارائه مشاوره تالاسمی به‌عنوان واحد درسی در دبیرستان

۱- خدمات انجام شده برای زوجین و لزوم

مشاوره (جهت پیشگیری از تالاسمی):

- مشاوره و آموزش به زوج‌های ارجاع شده به واحد مشاوره ژنتیک از آزمایشگاه ازدواج

6. PND: Paroxysmal Nocturnal Dyspnea

3. HBS Ag: Hepatitis B Surface Antigen
4. HIV: Human Immune-deficiency Virus
5. HCV: Hepatitis C Virus

زوجین با توجه به مشکلشان هست و محدودیت وقت نداریم ... اطلاعات و مشاوره‌ها به روز بیان می‌شود."

۳- مشکلات:

- کمبود فضای مناسب
- دما و تهویه نامناسب
- حقوق و مزایای نامناسب

۴- پیشنهادها:

- زوجین با توجه به اینکه گروه مهمی هستند، علاوه بر مشاوره تالاسمی به مشاوره‌هایی مانند مشاوره جنسی، روانشناسی، رفتاری که به‌طور کلی در کلاس مشاوره ازدواج به آن‌ها اشاره می‌شود و مشاوره کامل ژنتیک نیاز دارند.
- وجود کارشناس روانشناسی جهت دادن آرامش و توضیحات کافی به زوج‌های مشکل‌دار که تکرار آزمایش برای آن‌ها درخواست می‌شود (مشارکت‌کننده شماره ۹): "... پس از دو روز به زوجین جواب داده می‌شود و نگرانی شدیدی در افراد به وجود می‌آید..."
- به‌عنوان واحد درسی در دبیرستان گفته شود.

بحث

آشنایی مسئولین و ارائه‌دهندگان خدمات به زوج‌های جوان با اولویت‌های مهم آموزشی و بهداشتی زوجین منجر به آموزش بهتر انجام خدمت با کیفیت بهتر خواهد شد که خود افزایش آگاهی زوجین را به دنبال خواهد داشت و به این ترتیب زمینه برای تشکیل خانواده‌هایی موفق و جامعه‌ای سالم‌تر فراهم می‌شود. (۲۱)

- بررسی وضعیت زوجین مشکل‌دار اعم از زوج ناقل و زوج مشکوک
- مشاوره در مورد آزمایش ژنتیک برای زوج‌هایی که نیاز به انجام آزمایش ژنتیک جهت وضعیت جهش ژن تالاسمی دارند.
- مشاوره با زوج‌هایی که پرونده دار شده و بعد از عقد جهت پیگیری مراجعه می‌نمایند.

- ارجاع زوج‌های نیاز به آزمایش ژنتیک تالاسمی و هماهنگی با آزمایشگاه‌های ژنتیک استان و خارج استان
- هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی محیطی جهت وضعیت زوج‌های ناقل و مشکوک تحت پوشش
- پیشگیری از تولد جنین‌های مبتلا به تالاسمی بتا ماژور

در همین راستا، مشارکت‌کننده شماره (۸) که آقایی ۴۳ ساله و مسئول مشاوره تالاسمی بودند بیان داشت که: "مشاوره تالاسمی برای آگاهی و انتخاب درست زوجین بسیار ضروری می‌باشد" و مشارکت‌کننده شماره (۹) که خانمی ۳۹ ساله و شاغل در قسمت مشاوره تالاسمی بود نیز اشاره داشت که: "افراد باید قبل از آزمایش مورد مشاوره قرار بگیرند."

۲- ارزیابی کلی وضعیت مشاوره ویژه تالاسمی:

مصاحبه شونده‌گان (۸) و (۹)، مباحث مطروحه در کلاس مشاوره را خوب ارزیابی کردند؛ مشارکت‌کننده شماره (۸): "آنچه را که لازم است گفته می‌شود و زوجین کاملاً از وضعیت‌شان آگاه می‌شوند، فضای فیزیکی اتاق مشاوره کافی نمی‌باشد و نیاز به محیط بزرگتر جهت ایجاد آرامش در زوجین می‌باشد". ایشان موقعیت اتاق مشاوره را جهت اینکه زوجین نگران حفظ اسرارشان می‌باشند "متوسط" ارزیابی کردند. همچنین توسط مشارکت‌کننده شماره (۹) بیان شد که: "در باره مدت زمان مشاوره، تا آنجا که لازم است امکان مشاوره با

فیزیکی را کمتر از حد انتظار بیان کردند. نتایج می‌تواند بیانگر وضعیت مطلوب‌تر محیط فیزیکی کلاس مشاوره در مرکز بهداشت و شهرستان مورد بررسی ما باشد. از دیدگاهی دیگر، می‌توان این نتایج را به سطح توقعات پایین‌تر مردم در شهرستان ساری، نسبت به مددجویان در برخی شهرهای دیگر نسبت داد. در مطالعه حاضر، ۷۰/۲ درصد مراجعین کیفیت وسایل کمک آموزشی را خوب و عالی ارزیابی کردند، در حالی که در مطالعه سیمبر و همکاران (۲۴)، ۸۵/۶ درصد افراد کیفیت بالای وسایل و تجهیزات مورد نیاز را بیان کرده بودند که می‌تواند حاکی از ضعف نسبی در این مورد در مرکز مورد مطالعه ما باشد.

از طرف دیگر، در مطالعه هتبه و همکاران (۱۲) اکثر مراجعین به ارائه تست HIV همراه با خدمات بهداشتی درمانی برای زوجین اشاره کردند که در مطالعه ما نیز اکثر مسئولان به انجام تست HIV برای زوجین جوان تأکید کردند و این تست را جزء ضروریات دانستند. متأسفانه آموزش در مورد HIV/AIDS در سطح برنامه آموزشی مدارس و یا حتی سطوح بالاتر در برخی مناطق کشور در لفافه بیان می‌شود که این مسئله خود جای بررسی دارد به همین دلیل به نظر می‌رسد مراکز مشاوره قبل از ازدواج محلی است که در آن پرده پوشی جایز نیست و می‌توان با آموزش جوانان برخوردی اصولی با مسائل و خطراتی که به‌طور عمده متوجه آن‌ها است داشت (۲۵).

با عنایت به نتایج حاصل از مصاحبه با مسئولان، نیاز فراوانی به اقدامات مؤثرتر و گسترده‌تر در جهت آموزش هرچه بهتر در مراکز مشاوره قبل از ازدواج احساس می‌گردد. برای نمونه ضروری است آموزش‌ها در زمینه مباحث عاطفی اجتماعی و تنظیم خانواده پررنگ‌تر شود زیرا با توجه به کمبود وقت کلاس، به‌طور خلاصه به آن‌ها پرداخته می‌شود. درباره ساعات آموزشی برای زوجین که هم‌اکنون یک ساعت می‌باشد بنا به نظر مسئولان ذی‌ربط، به‌طور میانگین پنج ساعت

در همین راستا، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که انتظار ۷۱ درصد از مراجعین کلاس مشاوره ازدواج به‌خوبی برآورده شد و بیش از ۵۴ درصد از آن‌ها کیفیت ابعاد مختلف این کلاس را عالی ارزیابی کردند. در حالی که در مطالعه سالاروند و همکاران (۵)، ۴۹/۱ درصد افراد، کیفیت کلی کلاسهای مشاوره قبل از ازدواج را متوسط ارزیابی کرده بودند که با مطالعه ما تقریباً همخوانی دارد. این اختلاف جزئی ممکن است بیانگر این مطلب باشد که در شهرستان ساری این کلاس‌ها بهتر برگزار می‌شود. از طرف دیگر، در مطالعه ما افراد شاغل رضایت کلی کمتری نسبت به کلاس مشاوره دارند که با $(p=0/007$ و $df=12$) معنادار شد، به این صورت که ۱۵/۹ درصد افراد شاغل انتظارشان از کلاس مشاوره عالی اعلام گردید، در حالی که در افراد خانه‌دار این مورد ۴۲/۹ درصد بود، شاید به این علت که افراد شاغل به علت حضور در اجتماع و تعاملات اجتماعی، انتظارات بیشتری را از این مراکز دارند. در این زمینه در مطالعه محبی و همکاران (۲۲) بین شغل و شرایط مشاوره ارتباط معناداری وجود داشت به‌طوری که افراد خانه‌دار دیدگاه‌شان درباره شرایط مشاوره بهتر بود که با مطالعه ما همخوانی داشت. علی‌رغم نتایجی که از مراجعین به دست آمد، به نظر کارشناسان مرکز مشاوره و مسئولان مرتبط با ارائه این خدمت، بازدهی و اثربخشی آموزشی زیاد نبوده است، به‌طوری که مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۱) و (۴) به کاستی‌های آموزشی اشاره نمودند و به دلیل تراکم مراجعین در ساعت خاصی از روز، داشتن استرس برای جواب آزمایش ازدواج و برنامه‌های دیگر مثل خرید و ...، برگزاری کلاس در زمانی قبل از مراجعه برای عقد را پیشنهاد کردند.

ز دیگر سوی، در این مطالعه ۶۰/۷ درصد از مراجعین کیفیت محیط فیزیکی را عالی ارزیابی کردند، در صورتی که در پژوهش سالاروند و همکاران (۵)، با ۵۶/۳ درصد کیفیت محیط فیزیکی را "متوسط" ارزیابی کرده بودند و همچنین در مطالعه طراحی و همکاران (۲۳) ۸۰ درصد افراد، بعد ملموس یا

داشتند (۳)، همخوانی زیادی دارد. از طرف دیگر، یافته‌های مطالعه‌ای در یمن حاکی از آن بود که موفقیت برنامه‌های غربالگری پیش-ازدواج مستلزم حمایت‌های دولتی، آموزشی و دینی است (۲۷) که تقریباً همسو با یافته‌های مطالعه ما بخصوص در بخش کیفی و نظرات کارشناسی (طبقه ارزیابی کلی و پیشنهادها در حوزه "کلاس آموزشی" و نیز مشکلات آزمایش‌های ازدواج در حوزه "آزمایش‌های قبل از ازدواج" می‌باشد. همچنین تحقیقی دیگر بیانگر آن بود که علی‌رغم مزایای بسیار آزمایش‌های پیش-ازدواج، در برخی جوامع به دلایل مختلف قانونی و مذهبی مورد قبول قرار نگرفته است و به سایر دلایل آموزشی و فرهنگی مانع تبعیت برخی از افراد ازدواج کرده از توصیه‌های ارائه شده توسط مشاوران می‌گردد. لذا موفقیت این برنامه‌ها وابسته به پشتیبانی مذهبی کافی، سیاست‌گذاری دولت، آموزش و مشاور دارد. از طرف دیگر آزمایش‌های همپاتیت و ایدز در کشورهای ثروتمند می‌تواند در صورت شناسایی دقیق افراد پرخطر و توجه کافی به مسائل اخلاقی، اجباری گردد (۲۸) که توجه به موارد فوق نیز در یافته‌های تحقیق حاضر مورد تأکید قرار گرفته است. ضمناً نتایج مطالعه‌ای کیفی در ۲۰۱۷ درباره غربالگری ایدز در مالزی نشان داد که علی‌رغم دیدگاه مثبت افراد درباره غربالگری و ارزش اطلاع‌رسانی از زود هنگام از وضعیت سلامت خود، نگرانی از شرم اجتماعی، تبعیض، فقدان نظام حمایتی و کمبود درک همگانی، بر تمایل ایشان به غربالگری تأثیر منفی داشت. آن‌ها نگران انجام غربالگری اجباری بدون بهبود نظام حمایتی و آموزش عمومی بودند. لذا عدم تمایل به غربالگری ایدز، عامل مهمی برای انتقال بیماری در کشورهای در حال توسعه می‌باشد و راهبردهای پیشگیرانه در محیط‌های چند فرهنگی، می‌بایستی شامل آگاه‌سازی نسبت به بیماری با لحاظ کردن اقداماتی برای رفع موانع غربالگری گردد (۲۹) که تقریباً همسو با

پیشنهاد شده است. این موضوع قابل مقایسه با مطالعه مک جورج و کارلسون (۲۵) در ایالت داکوتای شمالی آمریکا است که در آن، پنج ارزیابی که به‌طور گسترده در زمینه آموزش و پرورش قبل از ازدواج استفاده می‌شود عبارت بودند از: (الف) تسهیل ارتباطات زن و شوهر، بازفهم و مطالعه (FOCCUS)^۷، (ب) مقیاس انتخاب همسر ارزیابی برای ازدواج (CDEM)^۸، (ج) مسائل شخصی قبل از ازدواج بررسی ارتباط (آماده‌سازی)، (د) نمایش موجودی قبل از ازدواج (PMIP)^۹ و (و) برنامه تقویت رابطه پیش از ازدواج PREP-M^{۱۰}، در حالی که یافته‌های مطالعه ما، تنها روابط عاطفی و اجتماعی، روابط زناشویی و تنظیم خانواده به زوجین آموزش داده می‌شود که تفاوت‌های مهمی با کشورهای توسعه‌یافته وجود دارد.

همچنین درباره آزمایش تالاسمی، به دلیل مشکلات فرهنگی و وجود برخی باورها و انتظارات ناصحیح رایج در مردم شهرستان، "همزمان" از زوجین نمونه می‌گیرند، در صورتی که از نظر اصول علمی، در مرحله اول تشخیص ناقلین تالاسمی از کلیه مردان داوطلب ازدواج، نمونه خون جهت CBC گرفته می‌شود و خانم‌ها تنها در صورت پایین بودن اندکس‌های خونی همسرشان، ملزم به انجام CBC می‌شوند ۱۰ که حاکی از اختلاف روش جاری با ضوابط علمی مرتبط است.

رسی ما با مطالعه‌ای در عربستان که نشان داد دانش افراد مورد مطالعه در خصوص برنامه غربالگری و مشاوره ژنتیک پیش-ازدواج، به‌طور کلی در حد پایینی بوده است، اما ۹۶ درصد شرکت‌کنندگان بر اهمیت این برنامه تأکید داشتند، ۸۰ درصد ایشان محرمانگی برنامه را در حد عالی یا بسیار خوب ارزیابی نمودند، در حالی که امتیاز کمتری به مشاوره دادند و اکثرشان توصیه به افزودن آزمایش سایر بیماری‌های ژنتیکی، بیماری‌های منتقله جنسی و نیز سرفصل‌های اضافه برای مشاوره

9. PMIP: Premarital Inventory Profile
10. PREP-M: PREParation for Marriage

7. FOCCUS: Facilitating Open Couple Communication, Understanding and Study
8. CDEM: Cleveland Diocese Evaluation for Marriage

آبلیمو و حتی آب باطری برای اختلال در نتیجه آزمایش گزارش شده است (۳۲) که این موارد با نظرات مسئولان در پژوهش حاضر همخوانی دارد که البته اظهار شد نهایت تلاش مسئولی برای کنترل بیشتر این گونه موارد به کار گرفته می‌شود.

نتیجه گیری

در جمع‌بندی، اطلاعات به دست آمده از این پژوهش بیانگر این بود که علی‌رغم عدم وجود امکانات کافی از دیدگاه مسئولان، رضایت زیاد مراجعین از کیفیت کلاس مشاوره ازدواج، مشاوره تالاسمی و آزمایشات پیش از ازدواج وجود دارد که این مسئله می‌تواند بیانگر احساس مسئولیت و وجدان کاری بالای کارکنان باشد که نهایت تلاش خود را برای ارائه خدمت به زوج‌ها به کار گرفته‌اند و یا شاید کمی سطح انتظارات مردم را نشان می‌دهد؛ بنابراین تقویت دیدگاه مدیران و اینکه برنامه‌های پیش از ازدواج به عنوان اولویت در برنامه‌های بهداشتی قرار گیرد و اعتبار کافی جهت رسیدگی به این مسائل تأمین گردد. همچنین، با اینکه ارزیابی بیشتر زوجین از خدمات بهداشتی انجام شده برایشان در حد عالی بود اما مسئولان نیاز به آموزش بیشتر در زمینه روابط عاطفی-اجتماعی، تنظیم خانواده و روابط جنسی و نیاز به آزمایش‌ها HBS Ag¹¹، HIV¹²، آزمایش ژنتیک زوجین فامیل، عدم اعتیاد ده تستی و HCV¹³ را نیز ابراز نمودند و علاوه بر مشاوره تالاسمی، به مشاوره‌هایی مانند مشاوره جنسی، روانشناسی و رفتاری کامل که در حال حاضر، به‌طور سطحی و مختصر در کلاس مشاوره ازدواج به آن‌ها اشاره می‌شود و نیز مشاوره کامل ژنتیک نیاز وجود دارد.

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه تمامی همکارانی که ما را در تهیه این طرح تحقیقاتی یاری نمودند قدردانی می‌شود. همچنین از واحد پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم

یافته‌های مطالعه ما بخصوص در بخش کیفی و نظرات کارشناسی می‌باشد.

کته دیگر، با توجه به اهمیت زیاد آزمایش‌های قبل از ازدواج، نقش عواملی چون دستگاه‌های نوین آزمایشگاهی و کالیبره بودن آن‌ها، مواد استاندارد و دارای تاریخ مصرف معین و وجود پرسنل ورزیده در کاهش خطاهای آزمایشگاهی است. همچنین کارگاه‌های آموزشی در زمینه کنترل کیفیت برای کارکنان آزمایشگاه‌ها و انجام آزمایش‌ها طبق دستورالعمل‌های مربوطه و با دقت ضرورت دارد (۳۰). در همین راستا، کنترل و شناسایی ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج بهترین راه مبارزه با بیماری است ولی باید غربالگری و شناسایی ناقلین در سنین پایین‌تر از جمله در بدو ورود به مدرسه انجام گیرد و همزمان اطلاع‌رسانی و آموزش نیز انجام شود، زیرا در حال حاضر اغلب افراد هنگامی برای مشاوره ویژه تالاسمی قبل از ازدواج مراجعه می‌نمایند که انتخاب نهایی و جلب نظر خانواده‌ها صورت گرفته و دل‌بستگی‌هایی نیز ایجاد شده که مانع اصلی در سالم‌سازی جامعه می‌باشد (۲).

از دیگر مشکلات آزمایش‌ها ازدواج که توسط مسئولان بیان شد، عدم همکاری مناسب خانواده‌ها، فقدان دستگاه‌های مجهز و کامل در کشور و دخالت برخی از افراد غیرمسئول در جواب تست اعتیاد می‌باشد که قاعدتاً کنترل‌های مضاعفی را می‌طلبد. باید دانست که تشخیص مرفین در ادرار افراد داوطلب ازدواج از نظر اجتماعی مسئله مهمی می‌باشد. با وجود اینکه آزمایشگاه‌ها و روش‌هایی که برای شناسایی مرفین به کار می‌رود تا حد زیادی قابل استناد هستند (۳۱)، مصرف‌کنندگان مواد مخدر برای گریز از نتایج مثبت آزمایش ادرار از سه روش کلی رقیق‌سازی نمونه ادرار، افزایش مواد مداخله‌گر به جای نمونه استفاده می‌نمایند (مواد مداخله‌گر مانند صابون، نمک طعام، سفیدکننده‌های مایع و جامد، پاک‌کننده‌های دندان مصنوعی). گزارش‌هایی مبنی بر خوردن حجم زیادی سرکه،

¹³. HCV: Hepatitis C Virus

¹¹. HBS Ag: Hepatitis B surface antigen

¹². HIV: Human Immune-deficiency Virus

پزشکی مازندران جهت حمایت مالی طرح و مسئولین محترم
مرکز بهداشت استان مازندران و شهرستان ساری که همکاری
لازم را با ما داشتند تقدیر و تشکر می‌نمایم.

References

- Hatami H, Razavi SM, Majlesi F, Sayednozadi M, Parizadeh SMJ. Textbook of public health. 1st ed, Tehran, Arjomand press; 2006: 1537-45. (In Persian)
- Parizadeh MJ, Khadivzadeh T. Pre-marriage Hygiene[Internet]. Iran Wemen Network; 2010 [cite 2017Aug 7]. Available from: <http://www.iranzanan.com/cultural/cat-81/001830.php>. (In Persian).
- Ibrahim NK, Bashawri J, Al Bar H, Al Ahmadi J, Al Bar A, Qadi M, et al. Premarital Screening and Genetic Counseling program: knowledge, attitude, and satisfaction of attendees of governmental outpatient clinics in Jeddah. *Journal of Infection and Public Health*. 2013;6(1):41-54.
- Serjeant GR, Serjeant BE, Mason KP, Gibson F, Gardner R, Warren L, et al. Voluntary premarital screening to prevent sickle cell disease in Jamaica: does it work?. *Journal of Community Genetics*. 2017;8(2):133-9.
- Salarvand Sh, Bahri N, Heiydari S, Khadive M, Assessing quality of the pre-marriage family planning consulting classes: viewpoints of participant couples *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(128): 138-46. (In Persian)
- Adibi P, Rezailashkajani M, Roshandel D, Behrouz N, Ansari S, Somi MH, et al. An economic analysis of premarriage prevention of hepatitis B transmission in Iran. *BMC Infectious Diseases*. 2004; 4: 31.
- Malekian Naeen E, Motevalli Bashi M. An investigation on the prevalence of hepatitis B and its comparison with the results obtained from opium and syphilis tests in men between 20-45 years old referring to Central Laboratory of Hasheminejad, Tehran, 2009. *Iranian Journal of Medical Microbiology*. 2009; 3(1): 49-54. (In Persian)
- Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Ghanbari S, Arab Alidousti F. Quality gap in premarital education & consultation program in the health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Pejouhandeh*. 2011; 16(4): 169-77. (In Persian)
- Kohan N, Ramzi M. Evaluation of sensitivity and specificity of Kerman index I AND II in the screening of beta-thalassemia minor. *The Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2008; 4 (4): 297-302. (In Persian)
- Jafari F, Node-Sharifi A, Zayeri F. Effectiveness of thalassemia prevention program on couples knowledge and carriers and marriage avoidance in Gorgan province-Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007;8(4):68-72. (In Persian)
- Miri-Moghaddam E, Naderi M, Izadi S, Mashhadi MA. Causes of new cases of major thalassemia in sist and balouchistan province in South-East of iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(11):67-71.
- Habte D, Deyessa N, Davey G. Assessment of the utilization of pre-marital HIV testing services and Shabbir Ismael determinants of VCT in Addis Ababa, 2003. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2006;20(1):18-23.
- Zeynalian M, Moafi A, Fadaie Nobari R, Heydari K. Introduction of a new index to compare function of screening labs of thalassemia prevention program in Isfahan province . *The Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2009; 6 (2): 131-39 (In Persian).
- Saffi M, Howard N. Exploring the effectiveness of mandatory premarital screening and genetic counselling programmes for β -thalassaemia in the Middle East: a scoping review. *Public Health Genomics*. 2015;18(4):193-203.
- Moafi A, Vallian R, Vallian S, Rahgozar S, Torfenajad M, Moafi H. The pros and cons of the fourth revision of thalassaemia screening programme in Iran. *Journal of Medical Screening*. 2017;24(1):1-5.
- Nosheen A, Ahmad H, Qayum I, Siddiqui N, Abbasi FM, Iqbal MS. Premarital genetic screening for beta thalassemia carrier status of indexed families using HbA2 electrophoresis. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2015;65(10):1047-9.
- Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Gupta I, Ouhtit A, Al-Farsi KS, Al-Adawi S. A study on knowledge, attitude, and practice towards premarital carrier screening among adults attending primary healthcare centers in a region in Oman. *BMC Public Health*. 2014;14:380.
- Hashemizadeh HA, Noori R. Premarital screening of beta thalassemia minor in north-east of Iran. *Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*. 2013;3(1):210-15.
- Zeighami R, Nesami MB, Oskouie F, Nikravesh MY. Content analysis. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(53):41-52.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.

- 21 . Khaleghinejad K, Abbaspour Z, Afshari P, Attari Y, Rasekh A. Educational Needs in Premarital Counseling: Viewpoints of Couples Referring to Health Care Centers in Mashhad. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009; 8 (2) :247-53. (In Persian)
22. Mohebbi P, Kamalifard M, BarzanjehAtri Sh, Safaeiyan A , Rastegari L . Quality of Sexual Health Counseling Services in Pre-marriage Counseling Centers in Tabriz . *Nursing and Midwifery Care Journal*. 2012;2(1): 23-31. (In Persian)
23. Tarrahi MJ, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh Lorestan University of Medical Sciences*. 2012;14(1): 13-21 (In Persian).
24. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd H. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University, 2004. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004; 19 (5): 430-442 (In Persian).
25. Moqim Sh, Ghazali A, Hedayatpour B, Esfahani BN; Faghri, J; Safae, H, et. al. HIV/AIDS-related knowledge of young couples attending pre-marriage counseling centers in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School* .2012; 30 (181): 282-8 (In Persian).
26. McGeorge CR, Carlson TS. Premarital education: an assessment of program efficacy. *Contemporary Family Therapy*. 2006; 28(1):165-90.
27. Al-Nood H, Al-Hadi A. Proposed low-cost premarital screening program for prevention of sickle cell and thalassemia in Yemen, *Qatar Medical Journal*. 2013;13(2):1-5.
28. Alswaidi FM, O'brien SJ. Premarital screening programmes for haemoglobinopathies, HIV and hepatitis viruses: review and factors affecting their success. *Journal of Medical Screening*. 2009;16(1):22-8.
29. Ahmed SI, Syed Sulaiman SA, Hassali MA, Thiruchelvam K, Hasan SS, Lee CK. Attitudes and barriers towards HIV screening: a qualitative study of people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Malaysia. *Journal of Infection Prevention*. 2017; 18(5): 242-7.
30. Mehrabi-Tavana M, Esfahani AA, Mohammad K , Mahmoudi Farahani M, Ghorbani GA. Quality control of laboratory specimens to assess lipid profile (Chol, HDL, LDL, Tg) in 5 Clinical laboratories in Tehran in 2008. *Hakim*. 2000; 12(1): 19-26 (In Persian).
31. Abbasi M, Nazeri SA. Evaluate test results in 300 X 900 samples of lyophilized urine control laboratory to identify drug morphine (external quality control). *Urmia Medical Journal*. 2004; 15(2): 9-15 (In Persian).
32. Hedayati M, Tajik A, Kazemi A, Daneshpour M. Detection of urine morphine false negative results caused by adulterants. *Research in Medicine*. 2008; 32(2): 121-5 (In Persian).