مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

سال ۳(۲)، شهریور ۱۳۹۶، صفحه ۱۴۳-۱۲۵

مقاله پژوهشی

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

پیمان پرویزراد[1]*، جمشید یزدانی چراتی[2]، مریم احمدیان[3]

[1] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

[2] دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[3] 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، به‌صورت توصیفی- مقطعی ۱۷۰ مراجعه‌کننده 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 ارائه‌کنندگان 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 ارائه‌کنندگان در ۳ قسمت، در کل، ۱۳ طبقه اصلی درباره وضعیت این خدمات، کمبودها و پیشنهادهای آن‌ها به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نیاز به آموزش بیشتر زوجین در زمینه های روابط عاطفی-اجتماعی، تنظیم خانواده و روابط صحیح جنسی و انجام اجباری آزمایش‌ها: HIV, HBS Ag ژنتیک 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

***مولف مسئول**

پیمان پرویزراد

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

تلفن همراه: ۰۹۳۷۵۸۰۱۹۴۱

پست الکترونیک:

p.parvizrad@zbmu.ac.ir

Journal of Jiroft University of Medical Sciences

Vol. 3, No. 2, Sep 2017, P.125-143

Original Article

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

Peyman Parvizrad[1*], Jamshid Yazdani Charati[2], Maryam Ahmadian[3]

[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 Thalassemia 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@zbmu.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 درگروی 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 هم منطقه 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.

ا 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 دیرهنگام 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 امریکا، 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 تا زن 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

دارد، به‌نحوی‌که 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 قابل‌قبول 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 این‌حال 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 ازجمله 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 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 مراجعه کننده 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= ۱۵درصد، ۱۷۰ 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 به‌صورت 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 درمجموع بالغ بر ۹ نفر گردید.

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 کمک‌آموزشی، 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 ۰/۹۰ 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 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 شرکت‌کنندگان 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 ± 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 گرانهیم و لاندمن (۲۰) مورد تجزیه‌وتحلیل 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 به‌مرور مکرر شباهت‌ها و تفاوت‌ها، دسته‌بندی طبقات، شناسایی و رفع ابهامات
۵- تلخیص طبقات، تعیین و استخراج حوزه‌ها و مفاهیم اصلی، طبقات اصلی و فرعی

یافته‌ها

(۱) تحلیل یافته‌های بخش کمی:

یافته های مطالعه در بررسی خصوصیات فردی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن زنان و مردان به ترتیب ۴/۶±۲۱/۲ و ۵/۱±۲۳/۷ بود. ۳۷/۱ درصد نمونه موردپژوهش 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 می کردند.

الف- یافته های کلاس مشاوره ازدواج از دیدگاه زوجین:

بارزترین یافته پژوهش ما در بخش کلاس های مشاوره ازدواج از دیدگاه زوجین، از نقطه نظر انتظارات افراد شرکت‌کننده در کلاس مشاوره، بدین‌صورت بود که انتظارات ۲۸/۴ درصد درحد 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 درحد 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 کمک‌آموزشی، محتوای آموزشی، تسلط فنی مربی و نحوه تدریس را عالی ارزیابی کردند و ۵۹/۸ درصد مراجعین شروع به‌موقع کلاس را خوب ارزیابی کردند (جدول ۱).

ب- یافته های مشاوره تالاسمی از دیدگاه زوجین:

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

ج- یافته های آزمایش ها قبل از ازدواج از دیدگاه زوجین:

از آنجایی که انجام آزمایش ها 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 خدمت گیرنده

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 خدمت گیرنده

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

از طرف دیگر، نتایج آزمون x^2 نشـــان داد که ارتباط آماری معناداری بین نحوه ارزیابی شـرکت‌کنندگان از وسـایل کمک‌آموز شی و تحصیلات بود، به این صورت که هرچقدر تحصـــیلات بـالاتر می‌رود میزان رضـــایـت از وســـایـل کمک‌آموزشـی کمتر می‌شـود (p<۰/۰۰۳ و df=۸). همچنین، افراد شاغل رضایت کلی کمتری نسبت به کلاس مشاوره دارند (p=۰/۰۰۷ و df=۱۲). میزان رضایت زوج‌های روستایی نسبت به محیط فیزیکی ۸۸ درصـــد و شـــهری ها ۶۵ درصـــد بود (p<۰/۰۰۶ و df=۴). محل سکونت افراد با رضایت از محتوای آموز شی رابطه معنی‌داری دا شت، به این صورت که زوج‌های شهری ۷۹ در صد و رو ستایی ۹۱ در صد از محتوای آموز شی ر ضایت دا شتند (p=۰/۰۰۹ و df=۴). محل سکونت زوج‌ها با ارزیابی آن‌ها از میزان تسلط فنی مدرسان کلاس‌های آموز شی دارای ارتباط معناداری بود، به این صورت که زوج‌های شهری ۹۰ درصـــد و روســـتایی ۸۲ درصـــد میزان تســـلط فنی مربی به مطالب را خوب ارزیابی کردند (p=۰/۰۴۸ و df=۴). همچنین محل ســـکو نت زوج ها با نحوه ارز یابی آن ها از خد مات آزمایشـــگاه ارتباط معنی‌داری داشـــت، بدین نحو که زوج‌های شـــهری ۵۷ درصـــد و روســـتایی ۷۸ درصـــد درباره خدمات آزمایشگاه رضایت داشتند (p=۰/۰۰۲ و df=۴).

(۲) تحلیل یافته‌های بخش کیفی:

جهت سنجش کافی بودن خدمات برای زوج‌های جوان، برر سی بیشتر این خدمات، ضرورت برخی از آن‌ها و اطلاع از کیفیت خدمات با توجه به استانداردهای موجود نیاز به مصاحبه از مســـئولان و ارائه‌کنندگان خدمات برای زوجین بود که در این بخش از پژوهش ۹ نفر از مسئولان، کارشناسان و مشاورانی که مشـــغول ارائه خدمت به زوج‌های در آســـتانه ازدواج بودند مورد مصـــاحبه قرار گرفتند (۵ نفر کلاس مشـــاوره، ۲ نفر آزمایشگاه، ۲ نفر مشاوره تالاسمی). جنسیت آن‌ها شامل ۵ زن و ۴ مرد بود. ازنظر سطح تحصیلات ۴ نفر کارشناس، ۲ پزشک و ۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند.

مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های بخش کیفی تحقیق در جدول شماره ۳ ذکرشده است.

جدول ۳: مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های بخش کیفی تحقیق

کد شرکت‌کننده	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

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

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، 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:

جدول ٤: حوزه‌ها، مضمون، طبقات اصلی و فرعی خدمات بهداشتی ارائه شده به زوج‌ها

ردیف	حوزه خدمت	مضمون اصلی	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱	آموزش	کیفیت جامع	زمان محتوا مدرس تسهیلات مشکلات پیشنهادها	طبق جدول شماره ۴
۲	آزمایش	ارتقای وضعیت	کنترل کیفی مشکلات پیشنهادها	طبق جدول شماره ۵
۳	مشاوره	تبیین و بهبود وضع موجود	خدمات انجام‌شده و لزوم 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
۵	مشکلات مهم کلاس مشاوره ازدواج	فضا، تسهیلات فیزیکی و آموزشی 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

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

۲- سرفصل‌های آموزشی:

سرفصل‌ها طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در کلاس‌ها تدریس می‌شود، اما ظاهراً کارشناسان در این راستا با توجه به تجربه خویش، در جزئیات با نظر خود مباحثی را مطرح می‌کنند. سرفصل‌های اصلی شامل روابط عاطفی و اجتماعی، روابط زناشویی و تنظیم خانواده می‌باشد.

۲/۱ - سرفصل‌هایی که باید بهبود یابند: مشارکت‌کننده شماره (۱) که خانمی ۳۵ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، بیان کرد: "به سرفصل عاطفی اجتماعی بر اساس نیاز و با توجه به اینکه تحصیل‌کرده‌ها زیاد شدند بیشتر باید پرداخته شود" و عناوین مباحث را "پیش پا افتاده" عنوان کردند. مشارکت‌کننده شماره (۲) که آقایی ۴۷ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، "به مبحث تنظیم خانواده بیشتر باید پرداخته شود چراکه با توجه به شرایط و کمبود وقت کلاس آن‌گونه که باید باشد نیست و خیلی خلاصه به آن پرداخته می‌شود"، مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۱) و (۴) بیان کردند که: "به ارتباط جنسی بیشتر باید توجه شود و روش‌های غیرمعمول برقراری ارتباط گفته شود، چون در صورت وجود، نارضایتی زوجین به وجود می‌آید."

۲/۲- سرفصل‌هایی که لازم است اضافه شوند: مشارکت‌کننده شماره (۱) "مبحث خودسازی و تبعات بیماری‌های رفتاری، بلوغ و هویت جنسی یعنی آگاهی دادن به جوانان جهت کاهش خطرات و لازمه‌های شروع زندگی می‌توانند بسیار مفید واقع شوند." مشارکت‌کننده شماره (۲): "مشاوره در مورد مسائلی که قبل از تصمیم به ازدواج با فرد موردنظر و بعد از ازدواج باید جوانان توجه ویژه داشته باشند"، مشارکت‌کننده شماره (۴): "اضافه شدن بیماری‌های زنان، مشکلات و ناتوانی‌های جنسی در زن و مرد به سرفصل‌ها می‌تواند برای زوجین خیلی مفید باشد"، مشارکت‌کننده شماره (۵): "روانشناسی اضافه شود بهتر است." مشارکت‌کننده شماره (۳): "روانشناسی، علوم تربیتی، فرزند پروری و مهارت‌های زندگی تدریس شود به نظر برای زوجین مفید می‌آید."

۳- تسهیلات جانبی:

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

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

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

عوامل مربوط به مدرس/ کارشناس

۴/۱- به‌روز بودن: اکثر مصاحبه‌شوندگان آموزش و روزآمدسازی خود را عالی دانسته‌اند و مشارکت‌کننده شماره (۱) "کتابخانه اختصاصی جهت مطالعه کارشناسان و به‌روز کردن اطلاعاتشان" را پیشنهاد داد.

۴/۲- اهمیت حضور کارشناس ویژه: مصاحبه شوندگان اظهار داشتند که به برخی مباحث کلی پرداخته می‌شود در صورتی‌که زوجین نیاز دارند به‌طور تخصصی با آن‌ها آشنا شوند. مشارکت‌کننده شماره (۱) که خانمی ۳۵ ساله و مدرس آموزش‌های قبل ازدواج بود، بیان کرد که: "به نظر من بخش روان‌شناختی عاطفی ازدواج نیاز به مشاور ویژه دارد و می‌توان از مشاورهای روانشناس اجتماعی و حتی مشاورهای حل

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."

٤- 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 مشاورهای کلاس آموزشی را از مشکلات عمده نام بردند. مشارکت‌کنندگان شماره‌های (۳) و (۲) عمومی بودن کلاس ازلحاظ 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.

٥- ارزیابی کلی و پیشنهادها:

ارزیابی های متفاوتی از کلاس مشاوره اظهار شد به‌طوری‌که 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 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 (به‌عنوان 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 آن‌گونه 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.

جدول ٦: طبقات حاصل از مصاحبه‌های انجام شده در خصوص آزمایشگاه ازدواج

ردیف	طبقه اصلی	طبقه فرعی

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

۱-کنترل کیفی آزمایشگاه:

مشارکت‌کننده شماره (۶) که خانمی ۳۹ ساله و کارشناس آزمایشگاه بود، بیان کرد که: "با دقت ترین و باتجربه‌ترین فرد را در بخش آزمایش ها 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.

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

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 تقلب در تست اعتیاد از طریق دوربین، کارت شناسایی و اثرانگشت وجود دارد. نوار های سنجش اعتیاد را ماهانه می‌خرند و تاریخ انقضای آن‌ها کنترل می‌شود."

۱/۳- فضای فیزیکی: مشارکت‌کننده شماره (۶): "محیط کافی برای نمونه‌گیری و انجام آزمایش ها 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.

۲- مشکلات آزمایش‌ها ازدواج:

- عدم همکاری مناسب خانواده‌ها
- فقدان دستگاه های 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

۳- پیشنهادها:

زمایش‌ها رایج فعلی برای زوجین شامل: VDRL[1], CBC[2] و عدم اعتیاد می‌باشد. مشارکت‌کنندگان

1. VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

2. CBC: Complete Blood Count

شماره‌های (۶) و (۷) آزمایش‌ها HIV, HBS Ag[4][3] و آزمایش ژنتیک "زوجین فامیل" را پیشنهاد دادند و علاوه بر این، مشارکت‌کننده شماره (۷) عدم اعتیاد ده تستی و HCV[5] را نیز توصیه نمود. سایر پیشنهادها عبارت بودند از:

- تهیه دستگاه‌های مجهزتر مثل الکتروفورز که کلیه هموگلوبین پاتی ها را نشان دهد.
- دستگاه‌های مجهزتر که عدم اعتیاد را بهتر تفکیک کند.
- رایگان کردن آزمایش ژنتیک.
- آزمایش PND[6] مانند سایر کشورها رایگان شود.

ج- یافته‌های حوزه "مشاوره تالاسمی":

مشاوره ویژه تالاسمی برای زوج های مشکل‌دار و مشکوک انجام می شود (برای مثال از ۱۷۰ نمونه موردپژوهش ما، تنها ۱۰درصد 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 باتجربه بیش از ۱۰ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. با توجه به نظر مصاحبه شوندگان این بخش، ۵ طبقه مهم توسط محققان به شرح جدول (۵) به دست آمد.

جدول ٦: 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
۳	ارزیابی کلی	مباحث مطروحه (سرفصل‌ها) فضای فیزیکی رعایت محرمانگی و آرامش مدت‌زمان مشاوره به‌روز بودن مشاور
۴	مشکلات	فضای فیزیکی پرسنلی مشاوره‌های جدید (غیر از تالاسمی)
۵	پیشنهادها	استقرار کارشناس روانشناسی ارائه مشاوره تالاسمی به‌عنوان واحد درسی در دبیرستان

۱- خدمات انجام‌شده برای زوجین و لزوم مشاوره (جهت پیشگیری از تالاسمی):

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

3. HBS Ag: Hepatitis B Surface Antigen
4. HIV: Human Immune-deficiency Virus
5. HCV: Hepatitis C Virus
6. PND: Paroxysmal Nocturnal Dyspnea

- 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 زوج های نیاز به آزمایش ژنتیک تالاسمی و هماهنگی با آزمایشگاه‌های ژنتیک استان و خارج استان
- هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی محیطی جهت وضعیت زوج های ناقل و مشکوک تحت پوشش
- پیشگیری از تولد جنین های 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 شوندگان (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 می شوند، 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: "درباره مدت زمان مشاوره، تا آنجا که لازم است امکان مشاوره با 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

٤- پیشنهادها:

- زوجین با توجه به اینکه گروه مهمی هستند، علاوه بر مشاوره تالاسمی به مشاوره هایی مانند مشاوره جنسی، روانشناسی، رفتاری که به‌طورکلی در کلاس مشاوره ازدواج به آن ها اشاره می‌شود و مشاوره کامل ژنتیک نیاز دارند.
- وجود کار شناس روانشنا سی جهت دادن آرامش و توضیحات کافی به زوج های مشکل‌دار که تکرار آزمایش برای آن‌ها درخواست می‌شود (مشارکت‌کننده شماره (۹): "... پس از دو روز به زوجین جواب داده می شود 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 آموز شی و بهدا شتی زوجین منجر به آموزش بهتر انجام خدمت با کیفیت بهتر خواهد شد که خود افزایش آگاهی زوجین را به دنبال خواهد دا شت و به‌این‌ترتیب زمینه برای تشکیل خانواده‌هایی موفق و جامعه‌ای سالم‌تر فراهم می‌شود.(۲۱)

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=۰/۰۰۷ و df=۱۲) معنادار شد، به این صورت که ۱۵/۹ درصد افراد شاغل انتظارشان از کلاس مشاوره عالی اعلام گردید، درحالی‌که 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 به‌طوری‌که افراد خانه‌دار دیدگاه شان 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، به‌طوری‌که 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 صورتی‌که 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 در صد افراد، بعد ملموس یا 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 کمک‌آموزشی را خوب و عالی ارزیابی کردند، در حالی‌که در مطالعه سیمبر و همکاران (۲۴)، ۸۵/۶ درصد افراد کیفیت بالای وسایل و تجهیزات موردنیاز را بیان کرده بودند که می‌تواند حاکی از ضعف نسبی در این مورد در مرکز مورد مطالعه ما باشد.

از طرف دیگر، در مطالعه هبته 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. متاسفانه 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 پرده‌پوشی 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 آموزش ها 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

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 و بررسی ارتباط (آماده‌سازی)، (د) نمایش موجودی قبل از ازدواج (PMIP)[۹] و (و) برنامه تقویت رابطه پیش از ازدواج PREP-M[۱۰]، درحالی که یافته های مطالعه ما، تنها روابط عاطفی و اجتماعی، روابط زناشویی و تنظیم خانواده به زوجین آموزش داده می‌شود که تفاوت های 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، درصورتی‌که ازنظر 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 اندکس های خونی همسرشان، ملزم به انجام CBC می‌شوند ۱۰ که حاکی از اختلاف روش جاری با ضوابط علمی مرتبط است.

ررسی ما با مطالعه‌ای در عربستان که نشان داد دانش افراد مورد مطالعه در خصوص برنامه غربالگری و مشاوره ژنتیک پیش- ازدواج، به‌طورکلی 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، درحالی‌که امتیاز کمتری به مشاوره دادند و اکثر شان توصیه به افزودن آزمایش سایر بیماری‌های ژنتیکی، بیماری‌های منتقله جنسی و نیز سرفصل‌های اضافه برای مشاوره داشتند (۳)، همخوانی زیادی دارد. از طرف دیگر، یافته‌های مطالعه‌ای در یمن حاکی از آن بود که موفقیت برنامه های غربالگری پیش- ازدواج مستلزم حمایت‌های دولتی، آموزشی و دینی است (۲۷) که تقریباً همسو با یافته های مطالعه ما بخصوص در بخش کیفی و نظرات کارشناسی (طبقه ارزیابی کلی و پیشنهادها در حوزه "کلاس آموزشی" و نیز مشکلات آزمایش های ازدواج در حوزه "آزمایش های 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 آزمایش هپاتیت 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 قرارگرفته است. ضمناً نتایج مطالعه‌ای کیفی در ۲۰۱۷ درباره غربالگری ایدز در مالزی نشان داد که علی‌رغم دیدگاه مثبت افراد درباره غربالگری و ارزش اطلاع زودهنگام 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 آگاه سازی نسبت به بیماری با لحاظ کردن اقداماتی برای رفع موانع غربالگری گردد (۲۹) که تقریباً همسو با

7. FOCCUS: Facilitating Open Couple Communication, Understanding and Study
8. CDEM: Cleveland Diocese Evaluation for Marriage
9. PMIP: Premarital Inventory Profile
10. PREP-M: PREParation for Marriage

یافته های مطالعه ما بخصوص در بخش کیفی و نظرات کارشناسی می‌باشد.

کته دیگر، با توجه به اهمیت زیاد آزمایش های قبل از ازدواج، نقش عواملی چون دستگاه‌های نوین آزمایشگاهی وکالیبره 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 را ستا، کنترل و شنا سایی ناقلین تالا سمی قبل از ازدواج بهترین راه مبارزه با بیماری است ولی باید غربالگری و شناسایی ناقلین در سنین پایین‌تر ازجمله 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 سالم سازی جامعه می‌باشد (۲).

از دیگر مشکلات آزمایش‌ها ازدواج که توسط مسئولان بیان شد، عدم همکاری منا سب خانواده‌ها، فقدان د ستگاه‌های 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 به‌جای نمونه استفاده می‌نمایند (مواد مداخله‌گر مانند صابون، نمک طعام، سفیدکننده‌های مایع و جامد، پاک‌کننده‌های دندان مصنوعی). گزارش‌هایی مبنی بر خوردن حجم زیادی سرکه، آبلیمو و حتی آب باطری برای اختلال در نتیجه آزمایش گزارش شده است (۳۲) که این موارد با نظرات مسئولان در پژوهش حا ضر همخوانی دارد که البته اظهار شد نهایت تلاش مسئولی برای کنترل بیشتر این‌گونه موارد به کار گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

در جمع‌بندی، اطلاعات به‌دست‌آمده 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 به‌عنوان 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 Ag[11]، HIV[12]، آزمایش ژنتیک زوجین فامیل، عدم اعتیاد ده تستی وHCV[13] را نیز ابراز نمودند و علاوه بر مشاوره تالا سمی، به مشاوره‌هایی مانند مشاوره جنسی، روانشنا سی و رفتاری کامل که در حال حا ضر، 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 وا حد پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم

[11]. HBS Ag: Hepatitis B surface antigen
[12]. HIV: Human Immune-deficiency Virus
[13]. HCV: Hepatitis C 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 می‌نماییم.

References

1. Hatami H, Razavi SM, Majlesi F, Sayednozadi M, Parizadeh SMJ. Textbook of public health. 1st ed, Tehran, Arjomand press; 2006: 1537-45. (In Persian)
2. 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).
3. 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.
4. 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.
5. 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)
6. 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.
7. Malekian Naeen E, Motevalli Bashi M. An investigation on the prevalence of hepatitis B and its comparison with the results obtained from opium and syphilistests in men between 20-45 years old referring to Central Laboratory of Hasheminejad, Tehran, 2009. Iranian Journalof Medical Microbiology. 2009; 3(1): 49-54. (In Persian)
8. 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)
9. 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)
10. 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)
11. Miri-Moghaddam E, Naderi M, Izadi S, Mashhadi MA. Causes of new cases of major thalassemia in sistan and balouchistan province in South-East of iran. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(11):67-71.
12. 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.
13. 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).
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Zeighami R, Nesami MB, Oskouie F, Nikravesh MY. Content analysis. Iran Journal of Nursing. 2008;21(53):41-52.
20. 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; Safaee, 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).