

بررسی کیفیت ارائه خدمات سلامت به افراد HIV/AIDS: یک مطالعه کیفی در ایران

قباد مرادی^۱، حسین ملک افزلی اردکانی^۲، محمد مهدی گویا^۳، معصومه دژمان^۴، مریم فروغی^۵، سید احمد سیدعلی نقی^۵، سحر خوش روش^۶، مینو محرز^{۷*}

- ۱- دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
- ۲- دکترای تخصصی آمار، استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ۳- متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشیار مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- ۴- دکترای تخصصی سلامت روان، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
- ۵- دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۶- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
- ۷- متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، استادمركز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی برای مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، تلفن: ۶۶۹۴۷۹۸۴، minoomohraz@ams.ac.ir
دریافت مقاله: خرداد نود و سه پذیرش برای چاپ: مرداد نود و سه

چکیده

سابقه و هدف: بیماری ایدز در اوایل دهه ابتدایی سال ۲۰۰۰ میلادی به عنوان علت اصلی مرگ ناشی از بیماری های عفونی و همچنین چهارمین علت مرگ و میر در سراسر جهان معرفی شد. هدف این مطالعه بررسی کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS در ایران بود.

روش کار: مطالعه کیفی حاضر در سال ۲۰۱۲ در ایران انجام شد. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام شد. داده ها در طی مصاحبه، از طریق اخذ دیدگاه شرکت کنندگان در خصوص کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS جمع آوری شد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوی کیفی با استفاده از نرم افزار *open code* استفاده شد.

یافته ها: شایع ترین موضوعات مطرح شده در این مطالعه، نیاز پرسنل به آموزش مداوم، آگاهی پایین پزشکان و پرسنل پزشکی، نیاز به خدمات مشاوره ای، برخورد نامناسب کادر بهداشت و درمان، کمبود امکانات و خدمات پزشکی، نارضایتی از دریافت خدمات بیمارستانی، کمبود نیرو در مراکز، نارضایتی از کیفیت درمان نگهدارنده با متادون در بعضی مراکز بود.

نتیجه گیری: در مجموع می توان گفت کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS در ایران پائین بوده و رضایت بخش نمی باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت، خدمات سلامت، ایدز، ایران، مطالعه کیفی

مقدمه

سریع ترین رشد اپیدمی HIV/AIDS در جهان قرار داده است که کشور ایران نیز در این منطقه قرار دارد (۵).

در ایران اپیدمی HIV/AIDS در معنادار تریقی به صورت متمرکز درآمده است (۶). متعاقب این تحولات سریع در ویژگی های اپیدمیولوژیک HIV/AIDS در ایران، کنترل این بیماری و برآوردن نیازهای بهداشتی - درمانی مرتبط با آن نیز افزایش یافته است (۷). بر اساس دستورالعمل های کشور، مراکز مشاوره بیماری های رفتاری در ایران به عنوان هسته اصلی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به افراد مبتلا به HIV/AIDS محسوب می شوند. این مراکز خدمات متعددی را به این افراد ارائه می دهند، از جمله این خدمات می توان به خدمات مشاوره ای شامل مشاوره تنظیم خانواده و مشاوره روش های پیش گیری از انتقال بیماری، واکسیناسیون شامل واکسن های هپاتیت B، کزاز، آنفلوانزا و پنوموکوک، ارائه درمان

در اوایل دهه ابتدایی سال ۲۰۰۰ میلادی، بیماری ایدز به عنوان علت اصلی مرگ ناشی از بیماری های عفونی و هم چنین چهارمین علت مرگ و میر در سراسر جهان معرفی شد (۱). بیماری ایدز به منطقه جغرافیایی یا نژاد خاصی محدود نمی شود و همه گروه های جامعه به ویژه جوانان، در مقابل آن آسیب پذیر هستند (۲). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی UNAIDS، در سال ۲۰۱۲ تعداد کل افرادی که با HIV/AIDS در سراسر جهان زندگی می کنند، ۳۵/۳ میلیون نفر اعلام شده است (۳). بر اساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، تا ابتدای سال ۱۳۹۲ مجموعاً ۲۶۱۲۵ نفر HIV/AIDS در کشور شناسایی شده اند که ۸۹/۸٪ آنان را مردان و ۱۰/۲٪ را زنان تشکیل می دهند (۴). افزایش موارد جدید عفونت در ناحیه مدیترانه شرقی، این ناحیه را در لیست نواحی با

کلیدی نیز ۶ مصاحبه صورت گرفت. داده های مطالعه حاضر نظرات شرکت کنندگان در خصوص کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS بود که با پرسش‌هایی از طریق اخذ نظرات شرکت کنندگان در طی مصاحبه های عمیق و نیمه ساختاریافته و جلسات بحث گروهی جمع آوری شد. در صورت نیاز از سؤال کاوشی (probe question) نیز برای عمق بخشیدن به پاسخها استفاده می شد. هر کدام از این جلسات در صورت موافقت شرکت کنندگان توسط دستگاه‌های ضبط کننده الکترونیکی ثبت و ضبط می شد. علاوه بر آن وضعیت و اشکال غیرکلامی شرکت کنندگان توسط محقق اصلی و یادداشت بردار ثبت می شد. همه بحث های ثبت و ضبط شده هر مصاحبه، سپس پیاده و تایپ گردید به منظور رعایت نکات اخلاقی در ابتدای مطالعه محقق برای ضبط صداها از شرکت کنندگان اجازه می گرفت و در صورت مخالفت، صداها ضبط نمی شد. به آنها اطمینان داده می شد که محتویات بحث‌های آنها به کسی ارائه نمی‌شود. شرکت کنندگان در مطالعه برای تصمیم گیری کاملا مختار بودند و می توانستند هر زمان که تمایل به ادامه مطالعه نداشتند، مطالعه را ترک نمایند. در تایپ و آنالیز مطالب به هر فرد یک کد داده می‌شد و از نوشتن اسامی افراد خودداری می شد.

برای تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار open code از روش تحلیل محتوی کیفی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا همه مصاحبه ها به صورت متن درآورده شد، سپس متن ها چند بار بازخوانی شد و کدهای اولیه مشخص شدند. در مرحله بعد کدهایی که به لحاظ معنایی مشابه بود در طبقات یک سان قرار گرفتند. سپس این طبقات تحت عنوان طبقات بزرگ تر دسته بندی شدند. هدف از این کار ادغام طبقات به منظور کاهش تعداد طبقات بود. برای اطمینان از دقت و صحت مطالعه در ضمن کد گذاری هر مصاحبه به مصاحبه های کد گذاری شده قبلی جهت بازبینی مجدد کدها رجوع شد.

برای کسب اطمینان از موثق بودن چهار استراتژی اعتبار، قابلیت ثبات و اعتماد، قابلیت تائید پذیری، و قابلیت انتقال به کار گرفته شد. برای افزایش اعتبار این مطالعه، تنها شرکت کنندگانی وارد مطالعه شدند که تجربه ای از موضوع مورد بحث یعنی HIV را داشته باشند. قابلیت ثبات و اعتماد با استفاده از نظرات تیم تحقیق در بازنگری متن های پیاده شده و کدگذاری و آنالیز مطالب توسط محققین محرز شد. بازنگری های انجام شده توسط مطلعان و هم کاران تحقیق باعث شد که نتایج به ثبات برسد. برای افزایش قابلیت تائیدپذیری در جریان انجام تحقیق، گزارشات و دست نوشته های تحقیق به چند نفر محقق و کارشناس داده شد تا نظرات آنها در زمینه تحقیق اخذ شود. علاوه بر این سعی شد که قابلیت انتقال با فراهم کردن توصیف غنی از داده ها در این مطالعه تامین شود.

یافته ها

شایع ترین موضوعات مطرح شده در رابطه با کیفیت ارائه خدمات و مسائل مربوط به ارائه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به HIV/AIDS از سوی تمام گروه های شرکت کننده در مصاحبه مطرح شد ، شامل موارد زیر بود: نیاز پرسنل به آموزش مداوم و مستمر، آگاهی پایین پزشکان و پرسنل پزشکی، نیاز به استفاده از پرسنل ویژه در مرکز مشاوره، توانمندسازی و آموزش مهارت به ارائه دهندگان خدمات، برخورد نامناسب پرسنل و کادر بهداشت و درمان، خسته کننده بودن فرایندهای مراجعه افراد به مراکز جهت گرفتن خدمات، عدم توجه به آموزش افراد مبتلا، کم بود امکانات

های ضد رتروویروسی و پیش گیری کننده از سل، خدمات آزمایشگاهی شامل تست داوطلبانه و آزمایشات پی گیری وضعیت بیماری، ترویج استفاده از کاندوم (۸، ۹) و خدمات دندان پزشکی اشاره نمود (۱۰). مراقبت و درمان بیماری های مقاربتی، تقویت زیر ساخت های مورد نیاز، حمایت اجتماعی - اقتصادی افراد مبتلا، خانواده بیماران و افراد در معرض خطر، مشاوره، مراقبت و درمان افراد مبتلا و خانواده های آنان از دیگر برنامه ها و خدمات ارائه شده در زمینه HIV/AIDS می باشد (۳، ۱۱).

در کشور ما به علت موانع اقتصادی- اجتماعی، موانع فرهنگی، وجود رفتارهای تبعیض آمیز در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و نگرش منفی نسبت به مبتلایان به HIV/AIDS، افراد مبتلا نمی توانند به راحتی با مراکز بهداشتی ارتباط برقرار کنند و مراقبت های لازم را دریافت کنند (۱۲) که همین امر علاوه بر انزوا و طرد اجتماعی، از دست دادن شغل و ایجاد مشکلات متعدد جسمی و روانی در افراد مبتلا به HIV/AIDS کیفیت خدمات ارائه شده به این افراد را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱۳). هم چنین به نظر می رسد وجود شرایطی نظیر ترس از آنگ اجتماعی، دوره طولانی بیماری قبل از بروز علائم و کمبود دست رسی عمومی به خدمات بهداشتی - درمانی در افراد HIV/AIDS، این شرایط را تشدید می کند (۱۴، ۱۵).

طبق دستور العمل کشوری نظام سلامت ایران، خدمات متعددی به افراد مبتلا به HIV/AIDS ارائه می شود و باید مراکز بهداشتی درمانی و پزشکان خدمات مورد نیاز را مانند سایر بیماران به این افراد ارائه دهند (۸). بر اساس دانش ما تاکنون کیفیت خدمات ارائه شده به افراد HIV/AIDS سنجیده نشده است، بر همین اساس هدف این مطالعه بررسی کیفیت ارائه خدمات به افراد مبتلا به HIV/AIDS در ایران است تا به کمک اطلاعات به دست آمده، خدماتی متناسب با نیاز بیماران جهت بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به HIV/AIDS طراحی و اجرا گردد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با هدف شناسایی و تعیین دیدگاه‌های مسئولین و افراد کلیدی، پزشکان و مشاوران، افراد مبتلا به HIV و بستگان آنها در خصوص کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS در سال ۱۳۹۱ در دو شهر کرمانشاه و تهران انجام شد. به منظور کسب اطلاعات و تجارب غنی از مشارکت کنندگان، نمونه گیری به صورت هدفمند انجام گرفت و سعی شد که افراد دارای تجارب مرتبط با موضوع اصلی تحقیق، با مشاغل و مسئولیت و تجربه های متفاوت، در نمونه های مورد مطالعه حضور داشته باشند. معیار های ورود به مطالعه بر حسب ماهیت گروه ها متفاوت و به شرح زیر بود.

- معیارهای ورود افراد HIV/AIDS: سابقه ابتلا به اچ آی وی بیش از ۲ سال؛ سابقه حداقل ۶ماه مراجعه به یکی از مراکز ارائه خدمت؛ سن بالای ۱۸ سال؛ و سواد خواندن و نوشتن.
 - معیارهای ورود خانواده و بستگان افراد HIV/AIDS: زندگی مستمر با فرد مبتلا به HIV/AIDS در نقش همسر، والدین، برادر، خواهر، فرزند، یا سرپرست؛ سن بالای ۱۸ سال؛ سواد خواندن و نوشتن.
 - معیارهای ورود ارائه دهندگان خدمات: سابقه کار حداقل یکسال در یکی از مراکز ارائه خدمت مرتبط با HIV/AIDS؛ فعالیت به عنوان پزشک و یا مشاور مرکز.
- برای گروه افراد HIV/AIDS، بستگان آنها، پزشکان و مشاوران هرکدام ۲ و در مجموع ۸ بحث گروهی متمرکز پیش بینی شد و در گروه افراد

مراکز مشاوره صورت نگرفته است. از طرف دیگر گروه پزشکان انگیزه پایین پرسنل برای ارائه خدمات با کیفیت را که ناشی از مشکلات مرتبط با کار است یک عامل مهم در کاهش کیفیت خدمات معرفی کردند. در جدول ۱ خلاصه مسائل مرتبط با کیفیت ارائه خدمات در دو بخش اصلی مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات و مسائل مرتبط با خدمات دهندگان ارائه شده است.

و خدمات پزشکی، نارضایتی از دریافت خدمات بیمارستانی، کم بود نیرو در مراکز، نارضایتی از کیفیت درمان نگه دارنده با متادون در بعضی مراکز. از نظر گروه مدیران و افراد کلیدی نبود برنامه پایش و ارزشیابی منظمی که باعث برطرف کردن نواقص موجود در ارائه خدمات شود، باعث کاهش کیفیت می شود. آنها هم چنین به ضرورت نیاز به استفاده از تکنولوژی پیشرفته توسط پرسنل برای تشخیص و درمان اشاره داشتند. گروه پزشکان و مشاورین نیز معتقد بودند که اطلاع رسانی درستی در زمینه معرفی

جدول ۱- مسائل مرتبط با کیفیت ارائه خدمات براساس نحوه ارائه خدمات و خدمات دهندگان

کیفیت خدمات	مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات	مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات
از دیدگاه صاحب نظران و مدیران و افراد کلیدی	<ul style="list-style-type: none"> تاثیر مثبت باشگاه یاران مثبت در جذب افراد HIV مثبت و افزایش انگیزه آنان برای مراجعات منظم نبود منظم روانشناس و عدم دسترسی به روانپزشک در مرکز خسته کننده بودن فرایندهای مراجعه افراد به مراکز جهت گرفتن خدمات نبود برنامه پایش و ارزشیابی منظم جهت رفع نواقص موجود در ارائه خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> نیاز پرسنل به آموزش مداوم و مستمر ضرورت نیاز به استفاده از تکنولوژی پیشرفته توسط پرسنل برای تشخیص و درمان نیاز به پرسنل ماهر و ویژه برای کار در مراکز مشاوره
از دیدگاه افراد مبتلا به HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> برخورد نامناسب پرسنل برخورد نامناسب پزشک و عدم انجام مشاوره درست مشکلات مشاوره و عدم انجام مشاوره مناسب زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمتی خاص از مرکز مشاوره عدم توجه به آموزش افراد مبتلا عدم رسیدگی صحیح از سوی پرسنل در بیمارستان کمبود امکانات و خدمات پزشکی کمبود پزشک متخصص در مراکز مشاوره 	<ul style="list-style-type: none"> برخورد نامناسب پرسنل بهداشتی و درمانی آگاهی پایین پزشکان و پرسنل پزشکی امتناع پزشک از ویزیت بیمار
از دیدگاه وابستگان افراد مبتلا به HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات درمان جایگزین با متادون نارضایتی از کیفیت درمان نگهدارنده با متادون در بعضی مراکز نارضایتی از دریافت خدمات بیمارستانی مشاوره و آموزشهای ضعیف از سوی بعضی از کارکنان برخورد نامناسب کادر بهداشت و درمان با بیماران و عدم ارائه مناسب خدمات درمانی به بیماران 	<ul style="list-style-type: none"> رسیدگی نامناسب پرسنل درمانی به این افراد عدم وجود خدمات مناسب برای پرسنل و کادر درمانی
از دیدگاه گروه پزشکان و مشاوران	<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود تجهیزات کافی در مراکز مشاوره دسترسی سخت به مراکز مشاوره و دور بودن مراکز از شهر در بعضی از شهرها کمبود نیرو در بعضی از مراکز عدم اطلاع رسانی صحیح در زمینه معرفی مراکز مشاوره 	<ul style="list-style-type: none"> پایین بودن انگیزه پرسنل استفاده از پرسنل ویژه در مرکز مشاوره و آموزش پرسنل توانمند کردن و آموزش مهارت به ارائه دهندگان خدمات

بخش اول: مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات

از طرف دیگر خسته کننده بودن فرایندهای مراجعه افراد به مراکز جهت گرفتن خدمات باعث کاهش کیفیت شده است. نبود برنامه پایش و ارزشیابی منظم جهت برطرف سازی نواقص موجود در ارائه خدمات، باعث کاهش کیفیت خدمات شده است: "باید تسهیلاتی انجام بشه کلینیک ها ارزیابی بشن ببینید چقدر قدرت جذب دارند؟ توانستند که افراد اچ آی وی مثبت را جذب بکنند؟ چقدر انتظارات بیماران HIV مثبت را توانستند برآورده کنند؟ اینها ارزیابی نمیشه [...] باید ارزیابی بشه این مراکز، ارزیابی بشن اگه مشکلاتی هست توی اون مراکز اینها اصلاح بشوند."

مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات از دیدگاه صاحب نظران و مدیران و افراد کلیدی: در زمینه کیفیت ارائه خدمات صاحب نظران و مدیران معتقد بودند که خدماتی مانند باشگاه یاران مثبت باعث جذب افراد HIV مثبت و انگیزه آنان برای مراجعات منظم شده است. به اعتقاد آنان این باشگاه ها کارایی لازم را داشته و توانسته بسیاری از مشکلات بیماران را حل کند. اما مسائل متعددی نیز وجود دارند که کیفیت خدمات را پایین می آورند برای مثال نبود منظم روان شناس و عدم دست رسی به روان پزشک در مرکز باعث کاهش کیفیت ارائه خدمت در بعضی از مراکز شده است: "حتما حضور روان پزشک و روان شناس تو مراکز ضروری هست که وجود نداره."

پرستار سپرده که دور و ور من نیاد که به بیماری خطرناک داره." یکی دیگر از افراد حاضر در بحث معتقد بود پزشکان اهمیت چندانی برای این بیماران قائل نیستند: "دکتره فشنگ به من میگه خب برو شوهرت بندازش گوشه بیمارستان تا بمیره . عادی عادی دکتره به من گفت همه دور من جمع شده بودند با یه بچه بغلم داشتم گریه می کردم. اصلا براش مهم نبود."

از دیدگاه وابستگان افراد مبتلا، خدمات مشاوره و آموزش به شکل ضعیفی توسط بعضی از کارکنان ارائه می گردد که این باعث مشکلات متعددی برای آنها شده است: "روز اول مشاوره که اصلا به ما ندادن. طوری به ما گفتن که من خودم شخصا خونه ای که با وام و هزار دردسر خریده بودم مجبور شدم چون ۸۰ متر بود یه دستشویی داشت بفروشمش که بدم رهن یه خونه که ۲۰ دستشویی داشته باشه. در صورتی که الان می دونم نیاز نبود و الان ده دوازده ساله مستاجر شدم." نکته دیگری که افراد حاضر در این گروه به آن اشاره داشتند مسئله نارضایتی از کیفیت درمان نگهدارنده با متادون در بعضی مراکز و زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات درمان جایگزین با متادون بود: "رایگان محدوده، یه ظرفیتی داره تا از اونا کم نشه ما الان ۳ ماه تو نوبته از این ور از دانشگاه نامه بردیم ولی فعلا تو نوبته."

مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات از دیدگاه مشاوران و پزشکان: در بحث های گروهی، مشاوران و پزشکان عدم وجود تجهیزات کافی در مراکز مشاوره را عامل کاهش کیفیت ارائه خدمات معرفی کردند. به گفته آنها در حال حاضر، مراکز مربوط فاقد ماشین بوده و برای موارد خاص مانند هماهنگی با انتقال خون، برای بردن داروی زندان ، بردن پرونده به بیمارستان ها، گرفتن نمونه خون زندانیان و غیره از آژانس استفاده می شود که معمولا در مواردی باعث تاخیر در خدمات می شود. محدودیت های هزینه ای مربوط به استفاده از بعضی از امکانات مانند تلفن مانع برقراری ارتباط با اکثر مراجعین می شود. از طرف دیگر دسترسی سخت به مراکز مشاوره و دور بودن مرکز از شهر در بعضی از شهرها باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات می شود. به عقیده تعدادی از شرکت کنندگان بعد مسافت مانع از حضور به موقع مراجعین مراکز برای دریافت خدمات متادون و دریافت سایر خدمات درمانی می گردد و دسترسی آنان را با مشکل مواجه می سازد.

به گفته این افراد کمبود نیرو در مراکز در بعضی از مراکز مشاوره باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات می شود. کمبود نیرو در مراکز مشاوره باعث شده که در بعضی از مراکز بیشتر مسئولیت ها بر عهده یکی از افراد قرار گیرد: "کار پذیرش را من خودم انجام میدم VCT خودم می کنم چون مشاوره قبل و بعد از آزمایش نداریم کار روانشناس را خودم می کنم اگر بیمار دپرس باشه خودم درمان می کنم. آزمایش هاشو خودم جوابشو بدم، خودم مثلا مشاوره اش را بدم، تشکیل پرونده شو خودم بدم اگه مشکل مامایی داره میخاد باردار بشه اون آزمایشها و اون مشکلاتش را باز همه این مشاوره ها با خود من هست." به اعتقاد افراد حاضر در بحث علاوه بر موارد فوق، اطلاع رسانی درستی در زمینه معرفی مراکز مشاوره صورت نگرفته است و اطلاع مردم جامعه از خدماتی که در مرکز مشاوره ارائه می شود بسیار پایین است و گروه های پرخطر نمی دانند در مواقع خاص باید به کجا مراجعه کنند.

بخش دوم: مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات

مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات از دیدگاه صاحب نظران و مدیران:

مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات از دیدگاه افراد مبتلا به HIV/AIDS: افراد مبتلا به HIV/AIDS موارد مختلفی را عامل کاهش کیفیت ارائه خدمات معرفی کردند. به اعتقاد آنها برخورد نامناسب پرسنل باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات می شود. بسیاری از شرکت کنندگان به بی توجهی پرسنل و تاخیر طولانی در مرکز مشاوره جهت آزمایش و یا دریافت دارو اشاره داشتند. آنها نحوه برخورد پزشکان و پرسنل بهداشتی را نامناسب اعلام کردند: "آندوسکوپی مثلا انجام نمی دهند بعد تازه اومده جلوی همه هم داد زده گفته شما بیمار HIV هستید ما انجام نمی دیم آبروی طرف را جلوی همه هم برده." یکی از شرکت کنندگان گفت: "وقتی دکترها که این همه آگاهی دارند اینجوری اند و انگ و تبعیض را قائل می شوند بد برخورد می کنند دیگه از بقیه چه انتظاری داریم."

به نظر اغلب افراد این گروه ها مشاوره درست خصوصاً در مورد دریافت دارو از طرف پزشکان انجام نمی شود و گاهی با برخورد نامناسب آنها روبرو می شوند. علاوه بر این افراد مبتلا از دفعات کم و کیفیت پایین مشاوره ها شکایت داشتند و معتقد بودند مشکلات مشاوره و عدم انجام مشاوره مناسب باعث کاهش کیفیت خدمات می شود: "پذیرش از طرف پزشکان متاسفانه خیلی ضعیفه برخوردشان با مریض ها خیلی ضعیفه. مریض بود که بنده خدا مشکل داشت این دارو را گرفته بود که استفاده بکنه منتهی متاسفانه دارو بهش نمی ساخت. من بهش گفتم که برو با دکتر صحبت کن که این قلم دارو تو عوض کنه و بنده خدا رفته بود اونجا با داد و بیدار به قول معروف با برخورد زشت از مطب بیرونش کرده بودن که نه ما نمی توینم دارو را عوض کنیم." به گفته حاضران در بحث در طی انجام مشاوره ها به افراد توهین می شود و مشاورین از نظر آگاهی و بینش ضعیف هستند و نیاز است افراد قویتری بیابند تا بیمار را متقاعد کنند. زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمت خاص از مرکز مشاوره یکی دیگر از مشکلات ذکر شده بود: "یه زمانی اینجا دکتر روان پزشک میامد هفته ای یک روز، اون هم الان یه مدته که دیگه مثل گذشته نیست. خوب یه موقع هایی آدم نیاز پیدا میکنه و یه هفته دیگه بگذره خود به خود یا برطرف میشه و یا اینکه حالت اورژانسی شو از دست میده."

به گفته افراد مبتلا آموزش افراد مبتلا مورد توجه قرار نگرفته است: "راهش که فقط اطلاع رسانی هست و این را گوش زد کنید بهشون این به خاطر خودشونه ، نه به خاطر کسی که مثبته [...] اگه افراد این حس درونشون به وجود بیاد که به خاطر خودم به خاطر اینکه خودم را حفظ کنم برم اطلاعاتم را زیاد کنم ترسش از بیماری ریخته میشه."

افراد شرکت کننده در بحث عدم رسیدگی صحیح از سوی پرسنل در بیمارستان ناشی از کمبود امکانات و خدمات پزشکی و کمبود پزشک متخصص در مراکز مشاوره اعلام کردند: "هر وقت مشکلی پیش میاد توی مرکز مشاوره ما می بینیم که دیگه متخصص ها نمیان نمی دونم قهر می کنند اعتصاب می کنند چی میشه. ضررش را ماها می بینیم یعنی کسی که واقعا بدحاله میاد اینجا می بینه که متخصص نیست."

مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات از دیدگاه گروه بستگان افراد مبتلا به HIV: نارضایتی از خدمات بیمارستانی یکی از مهم ترین موضوعاتی بود که بستگان افراد مبتلا به HIV در بحث گروهی در زمینه کیفیت ارائه خدمات به آن اشاره کردند. به اعتقاد آنان برخورد کادر بهداشت و درمان با بیماران نامناسب است و خدمات درمانی مناسب به بیماران ارائه نمی شود: "دکترها هیچکس حاضر نبود این را عمل کنه." به گفته یکی از شرکت کنندگان رفتار پزشکان گاه با انگ و تحقیر همراه است: "دکتر به

مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات از دیدگاه بستگان: بستگان افراد مبتلا رسیدگی نامناسب پرسنل درمانی و عدم وجود اطلاع رسانی مناسب برای پرسنل و کادر درمانی را مهمترین مشکلات مربوط به ارائه دهندگان عنوان کردند: "من میگویم باید اینقدر خدمات این چیزها برای خود پزشکها باید بالا باشه، خوب خود آنها هم گناهی ندارند که. آنها هم میخان این کار را انجام بدهند ولی می ترسند یهویی مشکلی برا خودشون پیش بیاد."

مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات از دیدگاه پزشکان و مشاوران: پزشکان و مشاوران معتقد بودند که انگیزه پرسنل برای ارائه خدمات پایین است. حجم کار بسیار زیاد، عدم توجه مسئولین به نیازهای مادی و معنوی پزشکان، عدم پرداخت اضافه کاری، محدودیت امکانات برای ارائه خدمات مانند تعیین سقف مالی برای تلفن ها و یا آژانس ها، مهمترین عوامل کاهش انگیزش پرسنل ارائه دهنده خدمت بوده است. ضرورت بکارگیری پرسنل ماهر و با تجربه و دلسوز از نکات اساسی بود که توسط آنها پیشنهاد گردید. به اعتقاد افراد حاضر در این گروه پرسنل ارائه دهنده خدمت نقش اساسی در مراکز مشاوره دارند لذا باید دارای توانمندی ها و مهارت های خاص باشند و شناخت کافی از مراجعین و نیز نیازهایشان داشته و دلسوزانه خدمت ارائه دهند. به همین منظور باید این پرسنل را توانمند کرده و مهارت های لازم را به ارائه دهندگان خدمات آموزش داد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS از دیدگاه مسئولین و افراد کلیدی، پزشکان و مشاوران، افراد HIV/AIDS و بستگان آنها بود. نتایج این مطالعه در دو بخش اصلی شامل مسائل مرتبط با نحوه ارائه خدمات و مسائل مرتبط با خدمات دهندگان ارائه شد. شایع ترین موضوعات مطرح شده در رابطه با این دو بخش از سوی تمام گروه های شرکت کننده در مصاحبه، نیاز پرسنل به آموزش مداوم و مستمر، آگاهی کم پزشکان و پرسنل پزشکی در خصوص فنون مشاوره، نیاز به استفاده از پرسنل ویژه مانند مددکار در مرکز مشاوره، توانمندسازی و آموزش مهارت به ارائه دهندگان خدمات، برخورد نامناسب پرسنل و کادر بهداشت و درمان با افراد HIV/AIDS، خسته کننده و تکراری بودن فرایندهای مراجعه افراد به مراکز جهت گرفتن خدمات، عدم توجه به آموزش افراد مبتلا، کمبود امکانات و خدمات پزشکی، نارضایتی از دریافت خدمات بیمارستانی، کمبود نیرو در مراکز، نارضایتی از کیفیت درمان نگهدارنده با متادون در بعضی مراکز و کلینیک های مثلثی بود.

نتایج این مطالعه نشان داد یکی از موارد مهم در کاهش کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS در کشور ما وجود انگ (Stigma) ، نگاه تبعیض آمیز و برخورد نامناسب کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی با افراد HIV/AIDS است، این یافته مطالعه ما با مطالعات دیگری همخوانی دارد ، مثلاً نتایج مطالعات متعددی نشان داده اند که همین تبعیض ها، اثرات نامطلوبی بر پیشگیری، درمان و مراقبت از افراد HIV/AIDS، بطوری که این بیماران به علت ترس ناشی از برخوردهای نامناسب در سطح اجتماع، بیماری خود را پنهان کرده و از مراجعه به مراکز بهداشتی و دریافت خدمات امتناع می کنند (۱۶-۱۸). نتایج مطالعه دیگری در رواندا نشان داد ۸۹،۱٪ کارکنان مراکز بهداشتی این کشور، وجود تبعیض بین افراد HIV/AIDS با سایر افراد جامعه را تأیید می کنند (۱۹)، در حالیکه یافته

از دیدگاه صاحب نظران و مدیران پرسنل نیازمند آموزش مداوم و مستمر هستند چرا که عدم آموزش پرسنل باعث شده که آنها کار خود را به درستی انجام ندهند: "از نظر این جداسازی هایی که اتفاق میفته و برخوردهای غلطی که وجود داره توسط کادر درمانی، باید آموزش های لازم داده بشه، باید دائم آموزش بدیم." به اعتقاد آنها برای کار در مراکز مشاوره نیاز به پرسنل ماهر و ویژه هست. با توجه به اینکه افراد تحت پوشش برنامه افراد خاصی می باشند که نیاز به خدمات خاص توسط پرسنل تعلیم دیده و ماهر دارد لذا نمی توان از هر نیروی انسانی برای ارائه خدمت این گروه ها استفاده کرد. به اعتقاد مدیران و افراد صاحب نظر خدمات به این گروه ها باید توسط افراد حقوق بگیر و متبحر انجام شود که به سیستم پاسخگو باشد: "کارشناسانمون یاد بگیرند که چطور با مردم حرف بزنند. [...] هنوز کارشناس های ما تو هیچ سازمانی یاد نگرفتند با آدمهای از این دست مواجهه داشته باشند از اینها فرار می کنند یا اگر بخوان با اینها مواجهه داشته باشند فکر می کنند اینها یه آدمهای کمتر از خودشون هستند تحقیرشون می کنند این نیاز به این داره که اینها رو مرتب ببینند." نکته دیگر که مورد تاکید این گروه بود، ضرورت نیاز به استفاده از تکنولوژی پیشرفته توسط پرسنل برای تشخیص و درمان بود. به گفته شرکت کنندگان در بحث در حال حاضر باید جدیدترین تکنولوژی را برای بهبود تشخیص و درمان استفاده نمود که این امر مستلزم سرمایه گذاری کلان می باشد. آنها بر تقویت امکانات تشخیصی در شهرستان ها و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات ارائه شده تاکید داشتند.

مسائل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات از دیدگاه افراد HIV/AIDS: افراد مبتلا به HIV/AIDS معتقد بودند که برخورد پرسنل بهداشتی و درمانی نامناسب است. اکثر شرکت کننده ها از برخورد کادر درمانی شاکی بودند و تجربه هایی در این زمینه داشتند: "یکی اومد گفت که آقا شما خانواده ات را بیار اینجا تا باهاشون مشاوره کنند. مادرم را آورد اینجا، کم مونده بود شب از خونه بندازه بیرون منو. اینجا بهش گفته بودن حوله دست و صورت واگیر داره. از اون تاریخ به بعد خدا شاهده من لیوان و بشقابم جدا شد. تازه یه مشاوره ای دادن که کم مونده بود که خیابون خواب بشم با اون مشاوره." آنها معتقد بودند که میزان آگاهی پزشکان و پرسنل پزشکی پایین است: "من خودم برای درمان سل رفتم. با اون دکتر صحبت می کردم خیلی احساس نزدیکی کردیم به هم. خداحافظی کردم من دست دادم. بعد که از در رفتم بیرون، یادم افتاد که یه سوال نکردم از دکتر، برگشتم سوال کنم دیدم مقدار زیادی مایع ظرفشویی ریخته و داره دستشو میشووه. تا منو دید رنگش پرید. میخام بگم حتی خود دکترها و کسانی که تو مرکز دارن کار میکنن به عنوان اینکه دارن خدمت میکنن به این جامعه، آنها هم آگاهی ندارند." عدم اطلاع کافی پزشکان و پرسنل بیمارستان باعث امتناع پزشک از ویزیت بیمار می شود: "پزشک باید بیماری را توضیح بدهند اینقدر فرار نکنند. مثل آدم جزامی چچوریه برخورد می کنند با آدم." این مسئله به نوبه خود باعث امتناع بیمارستان ها از پذیرش افراد مبتلا شده است: "دکترها که اطلاع کامل ندارند [...] وقتی آنها اطلاعاتشون بالا نیست من از بقیه جه توقعی دارم. وقتی آنها قبول نمی کنند که من را بستری کنند من از بقیه نمی تونم هیچ توقعی داشته باشم. مثلاً یکی ناراحتی کبد داره یکی ناراحتی کلیه داره حتما عفونی فقط نیستش که [...] به خاطر این بیماری من را قبول نمی کنند."

کننده این خدمات و تشویق افراد HIV/AIDS به استفاده از این مراکز، نقش مؤثری در پیشگیری از گسترش HIV/AIDS در جامعه خواهد داشت.

یافته مهم دیگر این مطالعه انگیزه پائین پرسنل بهداشت و درمان برای ارائه خدمات است. از علل این امر می توان به حجم کاری بالا، عدم توجه مسئولین به نیازهای مادی و معنوی شاغلین عرصه سلامت، محدودیت امکانات برای ارائه خدمات اشاره نمود. این یافته مطالعه ما با یافته های مطالعات دیگر همخوانی داشت، مثلاً نتایج دو مطالعه در ایران نشان داد حجم کاری بالا و تعداد زیاد بیماران بستری، محدودیت امکانات جهت ارائه خدمات، محیط کاری پر استرس و حقوق و مزایا ناکافی از عوامل مهمی هستند که منجر به کاهش انگیزه کارکنان عرصه سلامت در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به افراد جامعه بویژه افراد HIV/AIDS می شود که متعاقب این امر کیفیت ارائه خدمات نیز کاهش می یابد (۳۰، ۳۱). به نظر می رسد کاهش حجم کاری، اعمال سیستم های تشویق و قدردانی از شاغلین مراکز ارائه دهنده خدمات به افراد HIV/AIDS، افزایش حقوق و مزایا و فراهم آوردن امکانات رفاهی سبب کاهش استرس های شغلی و افزایش انگیزه این افراد برای مراقبت از افراد HIV/AIDS است.

نتیجه گیری

در مجموع می توان گفت کیفیت ارائه خدمات به افراد HIV/AIDS از دیدگاه مسئولین و افراد کلیدی، پزشکان و مشاوران، افراد مبتلا به HIV/AIDS و بستگان پائین بوده و رضایت بخش نمی باشد. به نظر می رسد بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به افراد HIV/AIDS مستلزم برنامه ریزی دقیق و ارزیابی مداوم خدمات ارائه شده، افزایش بودجه، توزیع مناسب نیروی انسانی، بکارگیری پرسنل ماهر و با تجربه، آموزش های مستمر و مداوم به شاغلین عرصه سلامت جهت نحوه ارتباط و مراقبت از افراد HIV/AIDS، افزایش پوشش بیمه ای افراد HIV/AIDS، کنترل و گزارش کیفیت خدمات ارائه شده جهت ارتقا وضعیت عرضه خدمات می باشد.

تشکر و قدردانی

محققین این مطالعه از همکاری مرکز مدیریت بیماری های واگیر کشور، دفتر UNAIDS کشور و آقای دکتر درودی رئیس محترم این دفتر در ایران، شرکت کنندگان در مطالعه قدردانی به عمل می آورد.

منبع مالی

این تحقیق توسط مرکز تحقیقات ایدز ایران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و با حمایت مالی دفتر UNAIDS در ایران صورت گرفت.

های مطالعه ای در اتیوپی نشان داد بین آگاهی بالا، رفع استیگما و نگرش مثبت نسبت به افراد HIV/AIDS در بین دانشجویان پزشکی این کشور رابطه ی معناداری وجود نداشت (۲۰) که این یافته با یافته های مطالعه ما همخوانی نداشت. از آنجا که چنین تبعیض هایی کاملاً مبتنی بر نگرش و آگاهی است، باید آموزش ها در سطح جامعه با محوریت تغییر نگرش ها و باورهای غلط در بین کارکنان بهداشتی درمانی و مردم انجام شود.

همچنین این مطالعه نشان داد افراد HIV/AIDS از کیفیت ارائه خدمات مشاوره ای به علت عدم دسترسی منظم به روانپزشک و روانشناس، صرف زمان طولانی برای دریافت این خدمات، عدم وجود تجهیزات کافی در مراکز مشاوره و کلینیک های مثلثی، کمبود نیروهای آموزش دیده و پوشش بیمه ای رضایت کافی نداشتند. این یافته مطالعه ما با یافته های مطالعات دیگر همخوانی داشت، مثلاً مطالعه ای در ایران نشان داد کیفیت خدمات ارائه شده به افراد HIV/AIDS در مراکز مشاوره ای بیماری های رفتاری مطلوب نیست (۸)، همچنین نتایج دو مطالعه دیگر در امریکا و تایلند نیز این یافته را تأیید می کنند (۲۱، ۲۲). اما نتایج مطالعه ای در امریکا نشان داد میزان پوشش بیمه درمانی با بهره مندی افراد HIV/AIDS از خدمات مشاوره ای ارتباط معناداری داشت که همین امر سبب ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده به افراد HIV/AIDS می شود (۲۳)، همچنین مطالعه ای در اوگاندا نشان داد با افزایش سطح آموزش، کاهش استیگما و ترویج فرهنگ عدم داشتن شرکای جنسی متعدد در افراد HIV/AIDS، به طور چشمگیری گرایش به خدمات مشاوره ای در آنها افزایش می یابد (۲۴) که این یافته ها از نظر کیفیت ارائه خدمات مشاوره ای و پوشش بیمه ای با نتایج مطالعه ما همخوانی نداشت. به نظر می رسد گسترش مراکز مشاوره بیماری های رفتاری، استفاده از پرسنل آموزش دیده و افزایش میزان پوشش بیمه درمانی جهت استفاده از خدمات مشاوره ای نقش بسیار مهمی را در ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده در بخش مشاوره دارد که همین امر می تواند نقش قابل قبولی در محدود کردن گسترش اپیدمی HIV/AIDS داشته باشد.

یکی دیگر از یافته های مهم این مطالعه، نارضایتی افراد HIV/AIDS از کیفیت پائین درمان نگهدارنده با متادون در بعضی مراکز و کلینیک های مثلثی بود که با مطالعه دیگری همخوانی دارد (۲۵). مطالعه دیگری در ایران نشان داد MMT تأثیری در کاهش رفتارهای پر خطر در افراد HIV/AIDS نداشته است که به نظر می رسد یکی از علل مهم این امر پائین بودن کیفیت MMT بوده است (۲۶) مطالعه دیگری نیز در ویتنام این یافته مطالعه ما را تأیید می کند (۲۷). اما نتایج دو مطالعه در ایران و امریکا نشان داد مراکز MMT با ارائه خدمات مناسب سبب کاهش معنادار رفتارهای پر خطر در افراد HIV/AIDS مورد مطالعه شده است (۲۸)، (۲۹) به نظر می رسد افزایش کیفیت متادون، پایش مستمر دریافت

REFERENCES

۱. Singler J, Farmer P. Treating HIV in resource-poor setting. *Journal of American Medical Association*. 2002;288(13):1652-3.
۲. Moradi G, Malekafzali H, Naieni K, Rashidian A, Vazirian P, Mirzazadeh A. HIV/AIDS Situation in Economic Cooperation Countries ;Achievement and Gaps toward Millennium Development Goals. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2011;5(1):1-9.
۳. UNAIDS. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012.
۴. Report of HIV /AIDS in IranAIDS and STI Office, CCDC, Ministry of health 201۳/
۵. UNAIDS.<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/december/20111204menareport/> ۲۰۱۱
۶. UNAIDS. Global report UNAIDS report on the globalAIDS epidemic ۲۰۱۰/
۷. AZIN S. AN OVERVIEW ON THE 2008 UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC. *IRANIAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY*. 2010; 6(2): 56-9.
۸. Kashi A, Yadyad M, Hajiabdolbaghi M, Jafari S. Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients. *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66: 9.
۹. Moradi G ,Mohraz M, Gouya MM, Dejman M, SeyedAlinaghi S, KHoshravesh S, et al. Health needs of people affected by HIV/AIDS: from the perspective of policy makers, physicians and consultants, and People living with HIV/AIDS. NOT PUBLISHED YET. 2013.
۱۰. HOMEYRA F ,FOTOUHI A, FARZADI F, MASOUD Y, ALMASI F. HIV POSITIVE PATIENTS AND UTILIZATION OF DENTAL HEALTH SERVICES
Payesh. 2008: 59-65.
۱۱. Situation Assessment of HIV/AIDS in Iran and the National Response, MOHME Center for Communicable Disease Management National HIV/AIDS Control Working Group. 2009.
۱۲. JOULAEI H, MOTAZEDIAN N. Primary Health Care Strategic Key to Control HIV/AIDS in Iran *Iranian J Publ Health*. 2013; 42(5): 540-1.
۱۳. Fallahi H, Tavafian S, Yaghmaie F, Hajizadeh E. Living with HIV: a qualitative research. *Payesh*. 2013;12: 243-53.
۱۴. Haghdoost A, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh A, Fahimfar N. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. *J AIDS HIV Res*. 2011; 3(12): 231-9.
۱۵. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. Islamic Re-public of Iran AIDS Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS ۲۰۱۲/
۱۶. Sivaram S, Zelaya C, Srikrishnan A, Latkin C, Go V, Solomon S. Associations between social capital and HIV stigma in Chennai, India: considerations for prevention intervention design. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(3): 233-50.
۱۷. Ford K, Wirawan D, Sumantera G, Sawitri A, Stahre M. Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Educ Prev* ۲۰۰۴; 6 (16): 98-487.
۱۸. Niang C, Tapsoba P, Weiss E, Diagne M, Niang Y, Moreau A. "It's raining stones": stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. *Culture, Health & Sexuality* 2003;5 (6):499-512.
۱۹. Jean Baptis R. USAID: HIV/AIDS-related stigma, fear and discriminatory practices among healthcare providers in Rwanda ۲۰۰۸

- ۲۰ Saeed A. Impact of workshops on themes of world AIDS days. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2001;13(4):9-11.
- ۲۱ Samet J, Retondo M, Freedberg K, Stein M, Heeren T, Libman H. Factors associated with initiation of primary medical care for HIV-infected persons. *Am J Med*. 1994;97: 347-53.
- ۲۲ Vanlandingham M, Im-Em W, Yokota F. Access to treatment and care associated with HIV infection among members of AIDS support groups in Thailand. *AIDS Care*. 2006;18: 637-46.
- ۲۳ Cunningham C, Sohler N, Wong M, Relf M, Cunningham W, Drainoni M. Utilization of health care services in hardto- reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS* 2007;21:177-86.
- ۲۴ Ayiga N, Nambooze H, Nalugo S, Kaye D, Katamba A. The impact of HIV/AIDS stigma on HIV counseling and testing in a high HIV prevalence population in Uganda. *Afr Health Sci*. 2013 Jun;13(2):278-86.
- ۲۵ Farhadinasab A, Manikashani KH. Substitution Therapy with Methadone and Evaluation of Depression in Drug Users in Hamadan. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2008;16(2):44-50.
- ۲۶ Bayan Zadeh SA, Bou Alhari J, Atef Vahid MK, Nouri Ghasemabadi R, Fatheali Lavasani F, Karimi Kisami I. Medical and Psychological Interventions in Reducing the Risks of Drug Abuse and Improving the Psychological Status of Drug Addicts in Iranian Prisons. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2007;14(2):47-58.
- ۲۷ Tran BX, Ohinmaa A, Duong AT, Do NT, Nguyen LT, Mills S. Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment for HIV-positive drug users in Vietnam. *AIDS Care*. 2012;24:283-90.
- ۲۸ Dastjerdi G, Ebrahimi Dehshiri V, Kholasezade G, Ehsani F. Effectiveness of Methadone in Reduction of High Risk Behaviors in Clients of MMT Center University of Medical Sciences. *Journal of Shaheed Sadoughi* 2010; 215:9-18.
- ۲۹ Lollis CM, Struthers HS, Chitwood DD, McGhee M. Sex, Drugs, and HIV: Does Methadone Maintenance Reduce Drug Use and Risky Sexual Behavior? *Journal of Behavioral Medicine*. 2000;23(6):545-57.
- ۳۰ Mahfoozpoor S, Hatamabadi H, Karimian K, Baratloo A, alamdari S. Preventive measures for blood borne diseases by emergency medicine residents. *Payesh* 2012; (۵)۱۱:۵۱-۷۴۵ .
- ۳۱ Kousha A., Bagheri Sh., Janati A., Asghari Jafar Abadi M., Farahbakhsh M. Comparative study of job satisfaction among health. *Journal of Military Medicine*. [Research]. 2012;14(2):105-12.