دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و سوم، شماره ۳، صفحه ۲۷۹ - ۲۶۶ (مرداد و شهریور ۱۳۹۹)

Iran South Med J 2020; 23(3): 266-279

تحلیل وضعیت مراکز ارائه خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی در چهار شهر تهران، کرمان، بابل، شیراز به عنوان نماینده مراکز استان‌های ایران در سال ۱۳۹۲

فروغ آل‌ابراهیم (MSc)[۱*]، کیانوش کمالی (Mph)[۲]، مریم نصیریان (PhD)[۳**]

[۱] گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[۲] گروه عفونی، ام پی اچ، اداره ایدز و عفونت‌های آمیزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

[۳] گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

(دریافت مقاله: ۹۸/۹/۲۰ - پذیرش مقاله: ۹۹/۱/۲۴)

چکیده

زمینه: مراکز ارائه دهنده خدمات به عفونت‌های آمیزشی در شناسایی، درمان و جلوگیری از عفونت نقش بسزایی دارند و توجه به امکانات و تجهیزات فنی و پرسنلی این مراکز می‌تواند موجب افزایش اثربخشی این فعالیت‌ها گردد. پژوهش حاضر با هدف آگاهی از وضعیت این مراکز جهت برنامه‌ریزی، بهبود و ارتقا کیفیت خدمات‌رسانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی روی ۲۴۷ مطب پزشک و ماما و ۱۴۱ مؤسسه ارائه دهنده خدمت به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی از شهرهای کرمان، شیراز، تهران و بابل انجام شد. این مراکز با تکمیل چک لیست، در پژوهش شرکت کردند. اطلاعات در نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۱ و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی و جداول فراوانی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در حدود ۶۶ درصد مطب‌ها و ۹۷ درصد مؤسسات بیمه درمانی می‌پذیرفتند. ۹۳ درصد مطب‌ها و ۸۹ درصد مؤسسات به آزمایشگاه جهت ارجاع مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی دسترسی داشتند. ۱۳ درصد از مطب‌ها و ۶۷ درصد مؤسسات فرم گزارش‌دهی ماهیانه عفونت‌های آمیزشی را داشتند. در حدود یک سوم از پزشکان و ماماها و بیش از دو سوم مسئولین مؤسسات با دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص عفونت‌های آمیزشی آشنایی داشتند. نیمی از پزشکان و ماماها و مؤسسات عدم دریافت بازخورد از سیستم بهداشتی را مهم‌ترین دلیل عدم همکاری در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی بیان کردند.

نتیجه‌گیری: جهت افزایش کیفیت خدمات در مراکز ارائه خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی می‌بایست به معیارهایی مهم از جمله حضور مداوم پزشک و ماما، دسترسی آسان به آزمایشگاه و داروخانه و پذیرش بیمه توجه نمود.

واژگان کلیدی: وضعیت، ارائه خدمات، مبتلایان، عفونت‌های آمیزشی

* اصفهان، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

Email: Maryamnasirian17@gmal.com
***ORCID: 0000-0002-7022-7708**
****ORCID: 0000-0002-8365-3845**

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

مقدمه

بار عفونت‌های آمیزشی (STIs)[1] در سراسر جهان، به طور پیوسته بالا است (۱). این عفونت‌ها به علت ابتلا، عوارض کوتاه و بلند مدت، میرایی در بالغین و نوزادان تازه متولد شده، افزایش مقاومت دارویی و همچنین انگی که در بسیاری از جوامع به همراه خود دارند، بار اقتصادی و بهداشتی سنگینی به ویژه به کشورهای در حال توسعه وارد کرده‌اند و به‌عنوان یکی از مشکلات جدی پیش‌روی نظام‌های سلامت و توسعه انسانی قرار دارند (۲).

نظام مراقبت از عفونت‌های آمیزشی یک ابزار ارزشمند برای سلامتی عمومی است که می‌تواند وسعت و روند عفونت و همچنین اثربخشی استراتژی‌های پیشگیری را پایش کند (۳). اکثر کشورهای در حال توسعه جهان، نظام مراقبت از عفونت‌های آمیزشی رسمی ندارند و اغلب داده‌ها را از مطالعات مقطعی که به‌صورت جداگانه در گروه‌های مختلف جمعیت انجام شده است، به دست می آورند (۴). از این رو، فقدان نظام‌های مراقبتی مؤثر برای عفونت‌های آمیزشی در بسیاری از کشورها یک چالش بزرگ به شمار می‌رود (۵) و ایران نیز از این امر مستثنی نیست (۶). تنوع قابل توجهی در نظام مراقبت از عفونت های آمیزشی در سطح جهان؛ اعم از فعال یا غیرفعال و دیده‌وری، آزمایشگاهی یا مبتنی بر کلینیک وجود دارد. در ایالات متحده آمریکا، نظام مراقبت از عفونت‌های آمیزشی به صورت غیرفعال اجرا می‌شود، به این صورت که برنامه‌های کنترل STI و آزمایشگاه‌های بهداشت عمومی را از تمام مراکز بهداشت و درمان محلی و دولتی دریافت و گزارش می‌کند. علاوه بر این یک شبکه دیده وری مراقبت STI وجود دارد که داده‌های رفتاری مربوط به مردان همجنس باز مبتلا به گنوره را جمع‌آوری می کند. اخیراً، گزارش اجباری موارد شانکروئید، گنوره، کلامیدیا و سیفلیس نیز به برنامه اضافه شده است (۴).

در مطالعه انگلستان در خصوص بررسی قابل پذیرش بودن و امکان‌پذیر بودن اجرای یک ابزار مراقبتی زیست- رفتاری، کارکنان و متخصصان در مراکز درمانی بهداشت جنسی، یکی از دغدغه‌های خود را دسترسی به اینترنت/ Wi-Fi رایگان، محرمانه بودن اطلاعات و ناشناس بودن افراد برای افزایش پذیرش نظام مراقبت از عفونت‌های آمیزشی بر بهبود مراقبت زیست- رفتاری در میان شرکت کنندگان اعلام کردند (۷).

در ایران، نظام جامع مراقبت از عفونت‌های آمیزشی در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شد و در سال ۱۳۸۵ مورد بازبینی قرار گرفت (۶) و آخرین نسخه ویرایش شده آن در سال ۱۳۹۴ منتشر شد. اهداف این نظام مراقبت شامل؛ برآورد بار و روند عفونت‌های آمیزشی بر اساس نوع عفونت، جنس، زیرگروه‌های جمعیتی، و عوامل خطر مرتبط با این عفونت‌ها می‌باشد. مطابق با دستورالعمل نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی از جمله تمامی مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی شامل ماماها، پزشکان عمومی، متخصصین داخلی، عفونی، زنان و زایمان، اورولوژی و بیماری‌های پوست موظف به

[1] Sexually Transmitted Infections

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

گزارش‌دهی روتین برخی عفونت‌های آمیزشی (سندروم ها و اتیولوژی‌ها) هستند (۸).

گزارش‌دهی روتین با مشکلات متعددی همراه بوده است. از آنجایی که نشان داده شده است که شک و تردید در مورد اعتبار گزارشات و همچنین تفاوت در نحوه گزارش‌دهی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی به مبتلایان زن و مرد وجود دارد، به نظر می‌رسد تفسیر اطلاعات به‌دست آمده از نظام گزارش‌دهی روتین به دلیل گسترده بودن دامنه تعداد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی موظف به گزارش‌دهی، عدم دسترسی به اطلاعات در خصوص شرکت یا عدم شرکت ارائه دهندگان مختلف خدمات بهداشتی درمانی در نظام گزارش‌دهی و چگونگی تغییرات و نوسانات در تشخیص و نحوه گزارش‌دهی و میزان بروز موارد عفونت های آمیزشی در طول زمان، کار آسانی نباشد. از این رو یکی از استراتژی‌های حل این مشکل، اجرای نظام مراقبت دیده‌وری است. در این نظام تعدادی از مراکز ارائه خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی به عنوان پایگاه دیده‌وری انتخاب می‌شوند و موظف به گزارش تمام موارد عفونت‌های آمیزشی (سندرومیک و یا اتیولوژیک) و همچنین کلیه شرایط مرتبط مورد نظر می باشند. از مهم‌ترین فواید نظام مراقبت مبتنی بر پایگاه‌های دیده‌وری این است که تعداد مراکز نسبت به نظام گزارش دهی روتین بسیار کمتر بوده و در نتیجه نظارت، آموزش و تدارکات به نحو بهتری مدیریت خواهد شد. مراکز ارائه دهنده خدمات به عفونت‌های آمیزشی در شناسایی، درمان و جلوگیری از عفونت نقش بسزایی دارند و توجه به امکانات و تجهیزات فنی و پرسنلی این مراکز می‌توانند موجب افزایش اثربخشی این فعالیت‌ها گردند. با توجه به کمبود داده‌های منتشر شده از وضعیت مراکز ارائه دهنده خدمت، مطالعه حاضر به منظور آگاهی از وضعیت این مراکز جهت برنامه‌ریزی، بهبود و ارتقا کیفیت خدمات‌رسانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی که مورد تأیید اداره ایدز و عفونت‌های آمیزشی در وزرات بهداشت قرار گرفته است، در سال ۱۳۹۲، در شهرهای کرمان، شیراز، تهران و بابل انجام شد و مشخصات فنی، مکانی و پرسنلی مراکز ارائه دهنده خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی اعم از مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز خدمت‌رسان به گروه‌های آسیب‌پذیر و مطب ماماها و متخصصین داوطلب مرتبط با عفونت های آمیزشی مورد بررسی قرار گرفتند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه برای این مطالعه مشخص نشد، همچنین به دلیل سختی کار و پراکندگی مؤسسات و مطب‌ها به خصوص در شهرهای بزرگ، نمونه‌گیری از مؤسسات و مطب‌ها با دو روش متفاوت نمونه‌گیری هدفمند و آسان انجام شد. نمونه‌گیری از مؤسسات به صورت هدفمند و براساس نظر کارشناس ایدز و عفونت‌های آمیزشی دانشگاه مربوطه انجام گرفت. به این صورت که مراکز و مؤسسات تحت پوشش دانشگاه بر حسب نوع (بیمارستان، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز DIC، مراکز گذری ویژه زنان، کلینیک‌های خصوصی، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و کلینیک مثلثی و سایر)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

آن‌ها دسته‌بندی شدند و سپس با توجه به تعداد آن‌ها، ۱۰ درصد از هر دسته انتخاب شد. در این روش نمونه گیری به صورت ضمنی به معیارهایی مثل بار مراجعه، میزان همکاری، توزیع جغرافیایی توجه شد. مطب‌ها نیز با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. به این شیوه که با ارسال پیامک به کلیه ماماها و پزشکان مرتبط در هر شهر به طور جداگانه، در مورد مطالعه حاضر اطلاع‌رسانی شد و از آن‌ها جهت تکمیل پرسشنامه دعوت به عمل آمد و سپس افرادی که به پیامک پاسخ داده بودند با توجه به مرتبط بودن تخصص، داشتن مطب در محدوده شهر مورد نظر انتخاب شدند.

جمع‌آوری اطلاعات

جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو فرم مشابه ولی مستقل برای مطب‌ها و مؤسسات استفاده شد. یک فرم جمع‌آوری اطلاعات ۳۶ سؤالی برای مراکز که توسط پرسشگر تکمیل شد و یک فرم جمع‌آوری اطلاعات ۳۵ سؤالی خودایفا برای مطب که توسط پزشک یا ماما تکمیل شد. سؤالات این فرم‌ها بسیار مشابه و در چند بخش کلی حاوی اطلاعاتی در خصوص ویژگی‌های مکانی و پرسنلی، وضعیت بیماران مراجعه کننده، دسترسی و ارجاع به آزمایشگاه، دریافت آموزش برخورد سندرمیک، آشنایی با نظام مراقبت گزارش دهی عفونت‌های آمیزشی و نقاط قوت و ضعف آن و همچنین سؤالاتی در مورد دلایل عدم همکاری مراکز و مطب‌ها در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی بود. این فرم‌ها بر اساس نکات کلیدی ابزار مطالعات مشابه انجام شده در ایران و سایر کشورها طراحی گردید. اعتبار این فرم‌ها نیز بر اساس نظرات برخی از متخصصین بالینی ارزیابی شد. فرم مؤسسات به روش مصاحبه با مسئول مراکز و فرم مطب‌ها به روش خودایفا تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها به نرم‌افزار Excel وارد شده و پس از بررسی و پاکسازی داده‌ها، کدگذاری شدند و وارد نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۱ شدند و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی و جداول فراوانی) اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی

قبل از اجرای طرح مجوز اجرای آن از مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شد و سپس کلیه مراحل اداری و قانونی در استان‌ها و شهرهای منتخب طی شد. همچنین اطلاعات کلیه پزشکان، ماماها و مراکز به صورت محرمانه باقی ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۲۴۷ پزشک و مامای داوطلب از شهرهای مختلف و ۱۴۱ مؤسسه ارائه دهنده خدمت به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی از دانشگاه‌های مختلف پرسشنامه مربوطه را تکمیل کردند. پزشکان عمومی، متخصصان زنان و زایمان و ماماها به‌ترتیب بیشترین سهم را در نمونه مطب‌های پزشکان و ماماها داشتند که این نسبت در شهرهای مختلف متفاوت بود (جدول ۱). تعداد پرسنل زن و مرد در مطب‌های مختلف متفاوت بود. تعداد پرسنل زن بین ۶-۱ نفر در هر مطب و تعداد پرسنل مرد بین ۱۲-۱ نفر در هر مطب متفاوت بود اما در کل تعداد پرسنل زن گزارش شده بیشتر از تعداد پرسنل مرد است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

جدول ۱) توزیع مطب پزشکان و ماماها و مؤسسات بر اساس نوع شرکت کننده در مطالعه تخصص و نوع مؤسسه

		نام شهر				
		کرمان	شیراز	تهران	بابل	کل
نوع تخصص	زنان و زایمان	۰	۱۱	۳۶	۴	۵۱
	اورولوژی	۰	۴	۷	۰	۱۱
	عفونی	۰	۰	۱	۰	۱
	داخلی	۰	۰	۳	۳	۶
	عمومی	۲۱	۱۶	۵۴	۱۱	۱۰۲
	ماما	۰	۰	۴۱	۲	۴۳
	پوست	۰	۹	۴	۲	۱۵
	نامشخص	۱	۰	۱۷	۰	۱۸
نوع مؤسسه	مرکز بهداشتی درمانی	۱۱	۱۴	۴۲	۵	۷۲
	بیمارستان	۱	۶	۲۲	۱	۳۰
	کلینیک خصوصی	۰	۴	۰	۹	۱۳
	مراکز DIC	۱	۰	۰	۱	۲
	مراکز گذری ویژه زنان	۰	۰	۴	۰	۴
	مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری- کلینیک مثلثی	۲	۱	۴	۱	۸
	سایر	۰	۰	۱۱ (۹ تا پایگاه مشارکتی و ۲ پایگاه بهداشتی)	(MMT)1	۱۲

همچنین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها بیشترین سهم مؤسسات را به خود اختصاص داده‌اند که این توزیع در شهرهای مختلف متفاوت بود (جدول ۱). در حدود ۷۶ درصد مؤسسات دولتی بودند که این نسبت در شهرهای مختلف متفاوت بود. تعداد پرسنل در مراکز مختلف متفاوت بود و بین ۲ تا ۱۲۳۵ نفر (با میانه ۱۱ نفر) متغیر بود که بیشترین سهم مربوط به بیمارستان های مورد بررسی بود و کمترین سهم مربوط به مراکز خدمات‌رسان به گروه‌های آسیب‌پذیر بود. در کل مؤسسات، تعداد پرسنل متخصص و مرتبط با عفونت های آمیزشی بیشتر از تعداد پرسنل غیرمتخصص اعلام شد و تعداد پرسنل زن و مرد تقریباً مساوی بود.

بیشتر مطب پزشکان و ماماها، همچنین بیشتر پایگاه‌ها و مراکز خدمت‌رسان به گروه‌های آسیب‌پذیر در یک مکان ثابت نبوده و محل آن‌ها در حال تغییر بود. البته جا به جایی محل بیشتر آن‌ها در همان شهر بود. به‌طور کلی ۷۷ درصد مطب‌ها و ۸۲ درصد مؤسسات اعلام کردند که تا ۵ سال آینده در مکان فعلی خود مستقر خواهند بود. نزدیک به نیمی از مطب‌ها و ۷۱ درصد مؤسسات مورد بررسی به اینترنت دسترسی داشتند. در حدود ۶۵/۸۳ درصد مطب‌ها و ۹۷ درصد مؤسسات مورد بررسی بیمه درمانی می‌پذیرفتند. بیشتر پزشکان و ماماها در تمام شهرها اعلام کردند که عصرهای روز شنبه تا چهارشنبه بیماران را ویزیت می‌کنند، در حالی که بیشتر مؤسسات اعلام کردند که صبح‌های روز شنبه تا چهارشنبه به بیماران خدمات ارائه می‌دهند و ارائه خدمات در نوبت عصر و شب کمتر است.

به طور متوسط ۳۵/۹۳ درصد (با انحراف معیار ۳۷/۰۳ درصد) مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی در مطب‌ها مرد و ۶۴/۰۶ درصد (با انحراف معیار ۳۷/۰۳ درصد) زن بودند. همچنین به‌طور متوسط بیماران مبتلا به عفونت های آمیزشی در مؤسسات حدود ۹/۶ درصد (با انحراف

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

معیار ۱/۷) از کل بیماران بوده و به‌طور کلی ۸۶/۷ درصد (انحراف معیار ۳/۲) آن‌ها زن و ۱۳/۴ درصد (با انحراف معیار۳/۳) آن‌ها مرد بودند.

مجموع اطلاعات به دست آمده نشان داد که به‌طور متوسط بیشترین درصد مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی در مطب‌ها (۷۰ درصد) و مؤسسات (۸۱ درصد) از جمعیت عمومی ایران بودند. در حدود ۲ درصد از مطب ها و مؤسسات اعلام کردند که زنان آسیب‌پذیر نیز برای درمان به آن‌ها مراجعه کرده‌اند. ۲۹/۰۸ درصد از کل مؤسسات اعلام کردند که گاهی بدون ارجاع مبتلایان به آزمایشگاه درمان سندرومیک انجام می‌دهند. ۹۲/۹۲ درصد مطب‌ها و ۸۹ درصد مؤسسات مورد بررسی به آزمایشگاه جهت ارجاع مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی دسترسی داشتند. بیشتر مطب‌ها و مؤسسات، مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی را جهت بررسی گنوره به آزمایشگاه ارجاع می‌دادند متخصصین برای مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی بیشتر آزمایشات اسمیر، PCR، VDRL-PRP و اسمیر مرطوب به‌ترتیب جهت تشخیص گنوره، کلامیدیا، سیفلیس و تریکوموناس را توصیه می‌کنند (جدول ۲).

جدول ۲) درصد ارجاع مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی به آزمایشگاه بر اساس ارگانیسم‌های مشکوک

		فراوانی ارجاع برای گونوره (درصد)	فراوانی ارجاع برای کلامیدیا (درصد)	فراوانی ارجاع برای سیفلیس (درصد)	فراوانی ارجاع برای تریکومونا (درصد)
نوع تخصص	زنان و زایمان	۳۰(۶۶/۶۷)	۲۶(۵۷/۷۸)	۲۶(۵۷/۷۸)	۲۱(۴۶/۶۷)
	اورولوژیست	۷(۶۳/۶۴)	۷(۶۳/۶۴)	۳(۲۷/۲۷)	۲(۱۸/۱۸)
	بیماری‌های عفونی	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)
	داخلی	۵(۱۰۰)	۲(۴۰/۰۰)	۱(۲۰/۰۰)	۳(۶۰/۰۰)
	پزشک عمومی	۶۱(۷۷/۲۲)	۳۲(۴۰/۵۱)	۵۱(۶۴/۵۶)	۳۰(۳۷/۹۷)
	ماما	۲۱(۶۰/۰۰)	۱۴(۴۰/۰۰)	۲۱(۶۰/۰۰)	۱۶(۴۵/۷۱)
	پوست	۶(۶۰/۰۰)	۶(۶۰/۰۰)	۹(۹۰/۰۰)	۳(۳۰/۰۰)
	نامشخص	۱۳(۹۲/۸۵)	۶(۴۲/۸۵)	۸(۵۷/۱۴)	۴(۲۸/۵۷)
	کل(۲۰۰)	۱۴۴(۷۲/۰۰)	۹۴(۴۷/۰۰)	۱۲۰(۶۰/۰۰)	۸۰(۴۰/۰۰)
نوع مؤسسه	مرکز بهداشتی درمانی	۴۵(۳۷/۷۷)	۳۷(۶۰/۶۶)	۵۵(۹۰/۱۶)	۴۲ (۶۸/۸۵)
	بیمارستان	۲۳(۸۵/۱۹)	۱۸(۶۶/۶۷)	۲۶(۹۶/۳۰)	۲۰(۷۴/۷۰)
	کلینیک خصوصی	۹(۸۱/۸۲)	۸(۷۲/۷۳)	۱۱(۱۰۰)	۱۱(۱۰۰)
	مراکز DIC	۱(۱۰۰)	۰	۱(۱۰۰)	۰
	مراکز گذری ویژه زنان	۱(۳۳/۳۳)	۰	۳(۱۰۰)	۰
	مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و کلینیک مثلثی	۵(۶۲/۵۰)	۳(۳۷/۵۰)	۸(۱۰۰)	۲(۲۵/۰۰)
	سایر (شامل پایگاه‌های مشارکتی و....)	۸(۱۰۰)	۷(۸۷/۵۰)	۶ (۷۵/۰۰)	۴(۵۰/۰۰)
	از تعدادکل مراکز مورد بررسی (۱۱۹)	۹۲(۷۷/۳۱)	۷۳(۶۱/۳۴)	۱۱۰(۹۲/۴۴)	۷۹(۶۶/۳۹)

نتایج نشان داد که در حدود ۹۲/۳۸ درصد از پزشکان و ماماها و ۹۵ درصد از مؤسسات افراد مشکوک را برای تست اچ آی وی به بخش‌های مختلف ارجاع می‌دهند. ۱۴/۰۶ درصد پزشکان و ماماها و ۵۳/۶۴ درصد مؤسسات اعلام کردند که افراد مشکوک را به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری جهت انجام تست اچ آی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

وی ارجاع می‌دهند. حدود ۷۵/۷۷ درصد پزشکان و ماماها (۲۲۷ نفر) و ۷۲/۸۷ درصد مؤسساتی که به این سؤال پاسخ دادند (۱۲۹ نفر) به پیگیری شریک جنسی بیماران مبتلا به عفونت‌های آمیزشی نیز می‌پردازند.

۳۲/۴۴ درصد پزشکان و ماماها (۲۲۵ نفر) و ۵۲/۲۴ درصد نمایندگان مؤسسات (۱۳۴ مورد) نیز اعلام کردند که آموزش در خصوص برخورد سندرومیک با عفونت های آمیزشی را دریافت کرده‌اند. بیشترین موارد دریافت آموزش برخورد سندرومیک به مؤسسات و پزشکان- ماماها به ترتیب از طریق کارگاه‌های آموزشی و برنامه های آموزش مداوم پزشکی بوده است.

۱۲/۶۲ درصد از پزشکان و ماماها و ۶۶/۶۷ درصد مؤسسات اعلام کردند که در مطب یا مؤسسه خود فرم گزارش دهی ماهیانه عفونت‌های آمیزشی را دارند.

۳۴/۹۱ درصد از پزشکان و ماماها و ۷۹/۷۰ درصد از مؤسسات با دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص عفونت‌های آمیزشی آشنا بودند. ۷۶/۱۴ درصد از پزشکان و ماماها و ۷۵/۴۷ درصد از مؤسسات این دستورالعمل را مفید و مناسب دانستند.

۴۹/۵۶ درصد از پزشکان و ماماها (۲۲۸ نفر) و ۵۸/۴۹ درصد از مؤسسات (۱۰۶ نفر) عدم وجود بازخورد از سیستم بهداشتی را مهم‌ترین دلیل عدم همکاری پزشکان و ماماها در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی دانستند (جدول ۳).

جدول ۳) فراوانی دلایل عدم همکاری پزشکان و ماماها و مؤسسات در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی

دلایل عدم همکاری	فراوانی در مطب‌ها (درصد)	فراوانی در مؤسسات (درصد)
حجم سنگین کار طبابت و کمبود وقت	۹۸(۴۲/۹۸)	۴۵(۴۲/۴۵)
وقت‌گیر بودن گزارش‌دهی	۵۶(۲۴/۵۶)	۲۰(۱۸/۸۷)
عدم استفاده از گزارشات	۶۴(۲۸/۰۷)	۲۷(۲۵/۴۷)
بی فایده بودن اطلاعات به دست آمده	۲۴(۱۰/۵۳)	۲۵(۲۳/۵۸)
عدم دریافت بازخورد از سیستم بهداشتی	۱۱۳(۴۹/۵۶)	۶۲(۵۸/۴۹)
غیرقابل قبول بودن و ابهام و ایراد در فرم گزارش‌دهی	۱۹(۸/۳۷)	۲۶(۲۴/۵۳)
سایر	۶۰(۲۶/۴۳)	۰

از میان پزشکان و ماماها هیچ‌کدام از موارد عفونت‌های آمیزشی گزارش شده خود در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ اطلاعی نداشتند. فقط ۱۰ نفر از آن‌ها (۴/۰۳ درصد) اعلام کردند که از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ به‌طور مداوم عفونت‌های آمیزشی را گزارش کرده‌اند. در حالی که درصد مؤسساتی که از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ تعداد موارد عفونت‌های آمیزشی را گزارش کردند، متفاوت بود و تقریباً روند افزایشی داشت. و فقط ۴۸/۶۱ درصد از مؤسسات اعلام کردند که از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ به طور مداوم عفونت‌های آمیزشی را گزارش کرده‌اند. در حدود ۸۴/۴۸ درصد از پزشکان و ماماها و ۸۹/۳۱ درصد از مؤسسات تمایل به همکاری با مرکز مدیریت بیماری‌ها داشته‌اند.

بحث

در طی این مطالعه، ۱۴۱ مؤسسه ارائه دهنده خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی و ۲۴۷ مطب ماما و متخصصین مربوطه در چهار شهر تهران، شیراز، کرمان و بابل مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر مشخص شد که تعداد پرسنل متخصص و مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در مؤسسات تقریباً مناسب است اما تمامی پرسنل، تخصص ویژه آن شغل را نداشتند. البته این مشکل در کشورهای دیگر نیز به چشم می‌خورد چنانچه نتایج پژوهش متسوموتو و همکاران (Matsumoto & et al)، که در کشورهای ژاپن، امریکا و انگلیس انجام شد، نشان داد که در این سه کشور توزیع نامناسب نیروی انسانی در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

بخش‌های مختلف مراقبت‌های سلامت دیده می‌شود (۹). همچنین بر اساس مطالعهٔ میرسعید و همکاران که با هدف بررسی توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت نشان داد که بیمارستان‌های مورد مطالعه به جز یکی از بیمارستان‌ها با کمبود نیروی انسانی متخصص مواجه هستند و در بیشتر بخش‌های بیمارستان‌ها توزیع نیروی انسانی مناسب، منطبق با دستورالعمل وزارت بهداشت وجود ندارد (۱۰). وجود نیروی انسانی متخصص و ماهر با تعداد کافی، از این رو حائز اهمیت است که حجم کار بین افراد تقسیم شده و خدمات ویژه مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی با بالاترین کیفیت ارائه می‌شود (۱۱).

در این مطالعه بیشتر مراکز و مؤسسات در یک مکان ثابت نبودند و محل آن‌ها در حال تغییر بود. بنابراین جهت دسترسی بیماران به مراکز و مطب‌ها، استقرار حداقل ۵ سال در محل مورد نظر معقول به نظر می‌رسد. زیرا اگرچه ممکن است در طی سال‌های اول تعداد بیماران مراجعه کننده کم باشد، ولی به مرور زمان و پس از شناخته شدن در بین مردم تعداد مراجعات بیشتر خواهد شد. اما در صورت جابه‌جایی مکرر، تعداد مراجعات کم خواهد شد. از طرفی با توجه به اینکه ممکن است که جمعیت نسبتاً ثابتی در طول سال‌ها به یک مرکز خاص مراجعه کنند، می‌توان در کنار بررسی روندها در طول زمان به مقایسه مکانی اطلاعات بین مراکز مختلف نیز توجه نمود. بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه رئیسی و همکاران بین محل سکونت (دسترسی و فاصله کمتر تا مرکز ارائه دهنده خدمت) و رضایتمندی از خدمات، رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. اما در مطالعه‌ای در ارومیه اختلاف معنی‌داری بین فاصله نزدیک با سطح رضایت گزارش نگردید. یکی از دلایل اختلاف نتایج این دو مطالعه می‌تواند تفاوت در سهولت دسترسی (راه ارتباطی، وسایل نقلیه) باشد (۱۲).

در این تحقیق، مدت زمان حضور پزشک و ماما در مراکز ارائه دهنده خدمات به مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی محدود بود، به طوری که مطب‌ها فقط در شیفت عصر و شب مشغول به ارائه خدمت بودند و مؤسسات در شیفت‌های صبح خدمات ویژه خود را به بیماران ارائه می‌دادند. علیدوستی و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه نسبت به در دسترس نبودن پزشک اظهار نارضایتی کرده و این را به دلایل عدم دسترسی و نبود همیشگی پزشک در مناطق روستایی می‌دانستند. در نهایت آن‌ها بر فراهم کردن شرایط بیتوته پزشکان در روستاها جهت در دسترس بودن آن‌ها در ساعات شبانه روز تأکید کردند (۱۳). وقتی مدت زمان حضور پزشک و ماما در مطب و یا مؤسسه کوتاه باشد، بالتبع پزشک و ماما با تعداد زیادی بیمار مواجه خواهند شد که می بایست در مدت زمان کوتاهی آنان را ویزیت کنند. در مطالعه فرزادی و همکاران که به منظور بررسی میزان رضایت از خدمات بهداشتی- درمانی و عوامل مؤثر برآن از دیدگاه مردم ایران انجام شد، فقط ۲۰/۷ درصد رضایت زیاد و خیلی زیاد داشتند (۶). می‌توان گفت که مجموعه‌ای از عوامل از قبیل برقرارکردن ارتباط مناسب، امکانات و تسهیلات و نیروی انسانی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سطح سلامت افراد از عوامل مهم در جهت رضایتمندی می‌باشند (۶ و ۱۴). بنابراین جهت افزایش رضایت بیماران همچنین دقت در تشخیص‌های بالینی پیشنهاد می‌گردد که حضور پزشکان و ماماها در مراکز ارائه خدمات با استراتژی‌های مستحکم و منسجم تری، برنامه‌ریزی و مدیریت گردد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که ۱۰ درصد مؤسسات

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

و مطب‌های مورد بررسی به آزمایشگاه جهت ارجاع مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی ندارند. اغلب مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی به دلیل انگ اجتماعی که این قبیل بیماری‌ها به همراه دارند، تمایلی به مراجعه به آزمایشگاه ندارند، چرا که از افشای ابتلای خود به عفونت‌های آمیزشی بیم دارند. علاوه بر این فاصله زیاد بین مؤسسه یا مطب با آزمایشگاه تخصصی و معتبر، موجب عدم مراجعه بیماران به آزمایشگاه برای انجام آزمایش می‌گردد. عده‌ای نیز پس از دریافت نتیجه آزمایش برای درمان به مطب یا مؤسسه مراجعه مجدد نمی‌کنند. از طرفی به دلیل تمایل بیماران به درمان سندرومیک و همچنین بالابودن هزینه‌های آزمایشات، برخی مؤسسات گاهی بدون ارجاع مبتلایان به آزمایشگاه درمان سندرومیک انجام می‌دهند. نتایج مطالعه‌ای کیفی که در اوگاندا در سال ۲۰۱۳ برای بررسی موانع ثبت در برنامه مراقبتی رایگان اچ آی وی انجام شد نشان داد که ترس از افشای ابتلای فرد، عدم حمایت زنان از سوی همسران، صرف زمانی طولانی و هزینه بالایی رفت و برگشت، همپوشانی ساعات کاری افراد با ساعات مراجعه، ترس از عوارض جانبی درمان و عدم احترام به بیمار موانع اصلی مراجعه مبتلایان به بخش‌های مراقبتی می‌باشند (۱۵). بنابراین اگر بتوان دسترسی مراکز را به آزمایشگاه‌ها افزایش داد و فاصله مطب تا آزمایشگاه را کوتاه کرد تا بیمار با طی کردن مسیری کوتاه به راحتی بتواند از خدمات آزمایشگاهی و تشخیص‌های اتیولوژیکی بهره‌مند شود، از این طریق می‌توان تشخیص‌های قوی‌تری را برای عفونت‌های آمیزشی به کار برد.

تعداد قابل توجهی از مراکز مورد بررسی دسترسی به اینترنت نداشتند که این نسبت‌ها در شهرهای مختلف متفاوت بود. دسترسی به اینترنت به دلیل سهولت در ارسال گزارشات از طریق اینترنت و ایجاد سیستم ثبت و گزارش‌دهی موارد به صورت آنلاین، مهم خواهد بود. به‌طور کلی ابزارهای مبتنی بر اینترنت و کامپیوتر موجب کارایی بیشتر فرایندهای ثبت و گزارش‌دهی به نظام سلامت و همچنین موجب ارسال گزارشات به صورت آنلاین و با سرعت بالا خواهند شد. اما طبق برآوردهای مطالعه حاضر ۱۰ درصد از مراکز ارائه دهنده خدمات دسترسی به اینترنت نداشتند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ریزی‌های لازم جهت راه‌اندازی سیستم‌های کامپیوتر و دسترسی به اینترنت در مطب‌ها و سایر مراکز صورت گیرد تا در سال‌های آتی بتوان به یک سیستم گزارش‌دهی آنلاین و جامع از کلیه بخش‌های خصوصی و دولتی دسترسی یافت.

بیش از نیمی از پزشکان و ماماها و تقریباً تمام مؤسسات مورد بررسی بیمه درمانی می‌پذیرفتند. با توجه به هزینه‌های بالای آزمایشات و درمان‌ها و همچنین وجود مشکلات اقتصادی مردم جامعه، پذیرش بیمه درمانی در مطب‌ها بسیار مهم خواهد بود. همچنین مؤسسات یا مطب‌هایی که خدمات رایگان به بیماران ارائه می‌دهند و یا اینکه بیمه‌های درمانی را می‌پذیرند، بی‌شک میزان مراجعه کنندگان بیشتری خواهند داشت. امروزه بخش مهمی از مراقبت‌های بهداشتی در کشورها به واسطه دولت ارائه می‌شود و هزینه‌های آن‌ها را نیز دولت تأمین می کند (۱۶). اما در کشور ما همچنان نارسایی‌هایی در بخش‌های خصوصی برای پذیرش بیمه‌های درمانی وجود دارد. چنانچه برخی پزشکان بیمه‌های درمانی تأمین اجتماعی را می‌پذیرند و عده‌ای با سایر بیمه های درمانی قرارداد دارند. و این ناهمگونی پذیرش بیمه‌های درمانی موجب نارضایتی مردم جامعه خواهد بود. از آن جایی که بررسی‌ها نشان می‌دهد

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

که مشکل کشور بیشتر در اجرای قوانین است تا قانون‌گذاری، لذا توصیه می‌گردد که ضمن اعمال اصلاحات اساسی در سیاستگذاری بیمه‌های درمانی جهت یک پارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در بخش‌های خصوصی، سیاست‌های اتخاذ شده را با برنامه‌ریزی و مدیریتی جدی پیاده‌سازی بنمایند.

از آنجایی که توزیع دستورالعمل مراقبت از بیماری های آمیزشی به صورت گسترده در سراسر کشور انجام شده است با این وجود همچنان مراکزی وجود دارند که با دستورالعمل وزارت بهداشت آشنایی ندارند. بنابراین یکی از چالش‌های اجرایی نشدن برخی از اهداف و برنامه‌های نظام مراقبت از بیماری‌های آمیزشی می‌تواند بی‌توجهی وزارت بهداشت به این موضوع باشد. این در حالی است که تنها حدود ۱۳ درصد از شرکت کنندگان اعلام کردند که در مطب خود فرم گزارش‌دهی ماهیانه عفونت‌های آمیزشی را دارند. این مسأله نیز یکی از ضعف‌های نظام مراقبت از عفونت‌های آمیزشی است که البته غیرقابل چشم پوشی است؛ چرا که لازمهٔ اعلام گزارش‌های ماهیانه داشتن و در دسترس بودن فرم‌های ثبت گزارش‌دهی است. از این رو جهت بهبود نظام گزارش‌دهی ارسال فرم‌های گزارش‌دهی به صورت منظم به تمامی مطب ها و مؤسسات ضروری می‌باشد. از آنجایی که هدف از ایجاد نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی، برآورد معتبر از میزان بروز و شیوع این عفونت‌ها و همچنین روندهای آن در طول زمان می‌باشد. بنابراین این امر تنها با تکیه بر نظام‌های ثبت و گزارش‌دهی به‌عنوان یک ستون و بررسی‌های اپیدمیولوژی[2] در جمعیت عمومی یا جمعیت‌های خاص و تعریف شده به عنوان ستون دیگر حاصل می‌شود (۱۷).

زنان بخش قابل ملاحظه‌ای از مراجعین به مطب‌ها و مؤسسات را تشکیل می‌دادند. از آنجایی که پزشکان عمومی، متخصصین زنان و زایمان و ماماها بیشترین درمانگرانی بودند که داوطلب شرکت در مطالعه بودند، بالا بودن تعداد زنان در بین مراجعین قابل توجیه به نظر می‌رسد. مطالعات گذشته نیز گزارشات بیشتر عفونت های آمیزشی را در زنان نسبت به مردان تأیید کرده‌اند. چنانچه در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، نشان داد که در حدود ۷۰ درصد از جمعیت عمومی زنان بالای ۱۸ سال در یک سال گذشته، سابقه ابتلا به حداقل یک یا بیشتر از یک مورد از علائم عفونت‌های آمیزشی را داشته‌اند (۱۸). علاوه بر این‌ها، بیشترین درصد مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی از جمعیت عمومی ایران بودند که نشان می‌دهد جهت برنامه‌ریزی باید در کنار توجه خاص به گروه‌های پرخطر به جمعیت عادی جامعه نیز توجه خاص داشت.

در حدود یک سوم مطب‌ها و نیمی از مؤسسات آموزش در خصوص برخورد سندرومیک از سوی آموزش مداوم پزشکی را دریافت کرده بودند. این امر نشان دهندهٔ توجه کمتر نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی به بخش خصوصی می‌باشد. این امر در حالی است که نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی انتظار دریافت گزارش منظم از بخش خصوصی را دارد. طبق مطالعه‌ای که با هدف بررسی وضعیت نظام مراقبت بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی در ایران از دید کارشناسان و درمانگران انجام گرفت، یکی از نقاط ضعف در نظام گزارش‌دهی میزان مراجعه بالای مبتلایان به بخش خصوصی و همچنین میزان مشارکت پایین بخش خصوصی در

[2] Calibration Studies

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

گزارش‌دهی بیان شده است. بنابراین اهتمام به آموزش برنامه سندرومیک به مسؤلین آموزش مداوم پزشکی تأکید می‌گردد. مطالعه‌ای توسط روتر و همکاران (Roter & et al) در آمریکا، با هدف تأثیر برنامه‌های آموزشی مداوم بر روی مهارت‌های ارتباطی پزشکان و رضایت بیماران انجام گرفت. نتایج نشان داد که پزشکان شرکت کننده در این برنامه‌ها، رابطه‌ای بهتر با بیماران خود برقرار کرده‌اند (۱۹). از آنجا که بیماران آمیزشی به طیف گسترده‌ای از مراکز ارائه خدمات مراجعه می‌کنند این نیاز وجود دارد که آموزش‌های لازم در سطح بسیار گسترده ارائه گردد. از این رو وزارت بهداشت اقدام به تربیت هسته‌ای آموزش‌گر در کلیه استان‌ها نموده و با در اختیار قرار دادن متون و محتوای استاندارد در حال ارائه این آموزش‌ها به محیطی‌ترین سطوح است. این راهنما در بسته آموزشی پزشک خانواده، کاردان و کارشناس نیز گنجانده شده است. جهت استانداردسازی تشخیص و درمان سندرومیک بیماری‌های آمیزشی باید نسبت به آموزش پرسنل بهداشتی اقدام نموده و نظام گزارش‌دهی بیماری‌های آمیزشی به خصوص از بخش خصوصی را تقویت کرد.

مهم‌ترین دلیل عدم تمایل به همکاری با وزارت بهداشت را، عدم بازخورد از سوی وزارت بهداشت بود. مطالعه‌ای که توسط نصیریان و همکاران انجام شد، نشان داد که درصد کمی از درمانگران فرم‌های گزارش‌دهی را دریافت کرده‌اند و از طرفی تنها حدود ۴ درصد از آن‌ها گزارش‌دهی منظم و مداوم در یک دوره ۴ ساله داشته‌اند (۶). بنابراین عدم همکاری بخش خصوصی با دفتر نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی می‌تواند خلأ عمده‌ای برای گزارش‌دهی ایجاد کند. عدم وجود انگیزه و اعتماد به سیستم بهداشتی و کمبود وقت درمانگر از علل مطرح شده بود که به نظر کارشناسان با توجه به تجمعی بودن فرم گزارش‌دهی، تکمیل آن به هیچ وجه وقت‌گیر نیست.

از جمله محدودیت‌های موجود در این پژوهش، انتخاب نمونه‌ها بود. از آنجایی که انتخاب نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری آسان و در دسترس بود، امکان این که نمونه‌ها نماینده کل جامعه پزشکان مرتبط با عفونت های آمیزشی و یا مؤسسات نباشند، وجود داشت. در حالی که نمونه‌گیری از طریق ارسال پیامک روش کاملاً دقیقی برای نمونه‌گیری پزشکان نبود، زیرا ممکن بود شماره تماس بسیاری از پزشکان که در سازمان نظام پزشکی ثبت شده است، تغییر کرده باشد.

همچنین به نظر می‌رسید که تعدادی از پزشکان پیامک را دریافت نکرده‌اند. انتخاب مؤسسات نیز بر اساس نظرات کارشناسان دانشگاه‌ها انجام گرفت که به نظر می‌رسد برخی از مراکز ارائه دهنده خدمات تمایل به همکاری و ارائه اطلاعات واقعی خود نداشتند. زمان محدود حضور پزشکان در مطبشان برای امر پرسشگری بالاخص در شهر تهران با توجه به گستردگی شهر و ترافیک زیاد بسیار مشکل‌ساز بود. یکی از محدودیت‌های اجرایی طرح این بود که وقتی پرسشگر به مطب پزشکان داوطلب مراجعه می‌کرد، تعداد محدودی از پزشکان نقل مکان کرده بودند و محل جدید مطبشان مشخص نبود، تعدادی به مرخصی رفته بودند و تعدادی دیرتر از زمان تعیین شده به مطب می‌آمدند.

علاوه بر این به کمبودهایی در حوزه مدیریت منابع مالی و تجهیزات می‌توان اشاره کرد که این عوامل در کنار ناهماهنگی‌های درون بخشی، عدم هماهنگی مناسب بین معاونت درمان و بهداشت (ناهماهنگی بین‌بخشی) منجر به افت کیفیت ارائه خدمات و ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات می‌شود. در حوزه مدیریت منابع انسانی مواردی مثل عدم حضور پزشک در برخی مراکز دولتی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

و عدم وجود پرسنل اختصاصی در سطوح محیطی و میانی قابل توجه است. به نظر می‌رسد نهادهای پشتیبان نیز در انجام وظایف خود از جمله تدوین استانداردها، آموزش و نظارت، راه‌اندازی آزمایشگاه پشتیبان، برقراری ارتباطات و مدیریت منابع ضعیف عمل کرده اند. آموزش توسط پرسنل عامل بسیار مهمی است که موجب تشویق بیماران به شرکت در طرح مراقبتیشان می‌شود. توزیع پرسنل برحسب وضعیت شهرستان‌های هر استان انجام شود تا قضاوت و مقایسه دقیق‌تری در آمارها و شاخص‌های بین استان‌ها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

به منظور ارتقاء سیستم گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی در کشور، توجه به امکانات رفاهی و آزمایشگاهی ضروری به نظر می‌رسد که بر اساس آن دانشگاه‌ها بتوانند مناسب‌ترین مراکز با بهترین کارآیی را داشته باشند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر توجه به معیارهایی مهم در ارائه خدمات عفونت‌های آمیزشی جهت بهبود کیفیت خدمات پیشنهاد می‌شود که شامل؛ استقرار طولانی مدت مراکز و سازمان‌ها در مکان خود، حضور مداوم پزشک و ماما، دسترسی آسان به آزمایشگاه و داروخانه، پذیرش انواع بیمه‌ها و دسترسی به اینترنت می‌شوند.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری‌های آمیزشی و مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت حمایت‌های اجرایی و همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت حمایت مالی در انجام این طرح سپاسگزاری کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, et al. Global Estimates Of The Prevalence And Incidence Of Four Curable Sexually Transmitted Infections In 2012 Based On Systematic Review And Global Reporting. Plos One 2015; 10(12): e0143304.

2.Goya MM, Taeri K, Afsar Kazerouni P, et al. Ministry Of Health And Medical Education. In: Kamali K, editors. Tehran: Andishmand, 2012, 14. (Persian)

3.Furegato M, Chen Y, Mohammed H, et al. Examining The Role Of Socioeconomic Deprivation In Ethnic Differences In Sexually Transmitted Infection Diagnosis Rates In England: Evidence From Surveillance Data. Epidemiol Infect 2016; 144(15): 3253-62.

4.Mohammed H, Hughes G, Fenton KA. Surveillance Systems For Sexually Transmitted Infections: A Global Review. Curr Opin Infect Dis 2016; 29(1): 64-9.

5.Lewis D, Latif A, Ndowa F. WHO Global Strategy For The Prevention And Control Of Sexually Transmitted Infections: Time For Action. Sex Transm Infect 2007; 83(7): 508-9.

6.Nasirian M, Haghjoo L, Monsan L, et al. Sexually Transmitted Disease Surveillance Status in Iran from the Viewpoint of Involved Experts and Practitioners. J Health Dev 2015; 4(3): 259-76. (Persian)

7.Wayal S, Reid D, Blomquist PB, et al. The Acceptability And Feasibility Of Implementing A Bio-Behavioral Enhanced Surveillance Tool For Sexually Transmitted Infections In England: Mixed-Methods Study. JMIR Public Health Surveill 2018; 4(2): e52.

8.Yavari P. Epidemiology Textbook Of Prevalent Diseases In Iran. Tehran: Ministry Of Health And Medical Education, 2013, 352, 337-356.

9.Matsumoto M, Inoue K, Farmer J, et al. Geographic Distribution Of Primary Care

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

Physicians In Japan And Britain. Health Place 2010; 16(1): 164-6.
10.Mirsayed GH JS, Mirzaei M, Haghshenas E, et al. Human Resources Distribution Among Tehran University Of Medical Sciences Hospitals. J Payavard Health 2014; 7(5): 432-46. (Persian)
11.World Health Organization. Strategies And Laboratory Methods For Strengthening Surveillance Of Sexually Transmitted Infections. 2011.
12.Nanbakhsh H, Porali R. Study Of Satisfaction Of The Villagers Of Providing Health Services In Health Care Centers In The City Of Oromiye. Oromiye Med J 2003; 4(1): 1-26. (Persian)
13.Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, et al. The Relationship Between Satisfaction And Knowledge About Family-Doctor Program In Shahr-E-Kord. Zahedan J Res Med Sci 2011; 13(6): 36-9. (Persian)
14.Farzadi F, Maftoon F, Aeenparast A, et al. Determinants Of Satisfaction With Health Care System: A Population-Based Study From Iran. Payesh Health Monit 2011; 10(3): 323-30. (Persian)
15.Nakigozi G, Atuyambe L, Kamya M, et al. A Qualitative Study Of Barriers To Enrollment Into Free HIV Care: Perspectives Of Never-In-Care HIV-Positive Patients And Providers In Rakai, Uganda. Biomed Res Int 2013; 2013: 470245.
16.Singh DA. Essentials Of The US Health Care System. United States: Jones & Bartlett, 2015.
17.Khalili GH, Feizzadeh A, Kamali K. Guidelines For The Care Of Sexually Transmitted Diseases In Iran. Tehran: Ministry Of Health And Medical Education, 2006. (Persian)
18.Nasirian M, Karamouzian M, Kamali K, et al. Care Seeking Patterns Of Stis-Associated Symptoms In Iran: Findings Of A Population-Based Survey. Int J Health Policy Manag 2016; 5(1): 5-11.
19.Roter D, Rosenbaum G, Negri B, et al. The Effects Of Continuing Medical Education Program In Interpersonal Communication Skills On Doctor Practice And Patient Satisfaction In Trinidad And Tobago. Med Educ 1998; 32(2): 181-9.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

Original Article

Status of Service Provision Centers for Patients with Sexually Transmitted infections in Tehran, Kerman, Babol and Shiraz as Representatives of Iran's Capital Cities in 2013

F. Aleebrahim (MSc)[1], K. Kamali (Mph)[2], M. Nasirian (phD)[3**]*

[1] Epidemiology and Biostatistics Department, Health School and HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

[2] Infectious Department, MPH, AIDS and Sexually Transmitted Disease office, CDC, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

[3] Epidemiology and Biostatistics Department, Health School; and Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received 11 Dec, 2019 Accepted 12 Apr, 2020)

Abstract

Background: Centers for sexually transmitted infections (STIs) play an important role in identifying, treating and preventing infections. Paying attention to equipment and human resources of these centers can increase the effectiveness of these activities. The purpose of this study was to investigate the status of these centers in order to plan and improve the quality of services.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study enrolled was carried out on 247 physician and midwifery offices and 141 service providers of sexually transmitted infections in Kerman, Shiraz, Tehran and Babol. These centers participated in the research by completing the checklist. The data were analyzed in Stata 11 software using descriptive statistics (frequency, frequency percentage and frequency tables).

Results: The findings showed that about 66% of offices and 97% of institutions accepted health insurance, 93% of offices and 89% of institutions had access to a laboratory to refer patients, and 13% of offices and 67% of institutions had a monthly report of STIs. About one-third of physicians and midwives and more than two-thirds of institution officials were aware of the Ministry of Health's guidelines on STIs. Almost half of the physicians, midwives and institutions mentioned the lack of feedback from the healthcare system as the most important reason for not participating in reporting STIs.

Conclusion: The following criteria should be addressed in order to improve the quality of services provided in centers for patients with STIs: continued presence of physician and midwife, easy access to laboratory and pharmacy, and admission of insured individuals.

Keywords: Status, Service provision, Patients, Sexually transmitted infections

©Iran South Med J.All right sreserved

Cite this article as: Aleebrahim F, Kamali K, Nasirian M. Status of Service Provision Centers for Patients with Sexually Transmitted infections in Tehran, Kerman, Babol and Shiraz as Representatives of Iran's Capital Cities in 2013. Iran South Med J 2020; 23(3): 266-279

Copyright © 2020 Aleebrahim, et al This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

** Address for correspondence*: Epidemiology and Biostatistics Department, Health School, Isfahan University of Medical Sciences, Hezarjarib st, Isfahan, Iran. Email: Maryamnasirian17@gmal.com
*ORCID: 0000-0002-7022-7708
**ORCID: 0000-0002-8365-3845

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.266] [Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-18]