

وضعیت نظام مراقبت بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی در ایران از دید کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها

مریم نصیریان^۱، لیلا حق جو^۲، لیلا مونسان^۳، کیانوش کمالی^۴، علی اکبر حق دوست^۵

چکیده

مقدمه: به دلیل عدم وجود مطالعات کافی و معتبر در خصوص مشکلات نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد امکان‌پذیر نیست. لذا ارزشیابی برنامه با استفاده از رویکرد کیفی در خصوص نقاط ضعف و قوت و همچنین یافتن راه-کارهای مناسب ضروری به نظر می‌رسد.

روش‌ها: این مطالعه با ترکیبی از چند رویکرد (کیفی و کمی) انجام شده است. به منظور ارزشیابی دو سویه وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی از دو منظر مقابل هم، شرکت‌کنندگان از دو گروه یعنی کارشناسان ایدز و بیماری‌های آمیزشی در تمام سطوح به روش هدفمند و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها در بخش دولتی و خصوصی به روش آسان وارد مطالعه شدند. برای گروه اول از دو روش مصاحبه عمیق و چک لیست و برای گروه دوم از پرسشنامه باز ساختار یافته استفاده شد. اطلاعات کیفی به روش تحلیل محتوا گروه‌بندی و خلاصه شدند. اطلاعات کمی با آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بسیاری از مبتلایان به دلایلی از جمله شرم، انگ اجتماعی، دریافت داروی بدون نسخه، عدم رضایت از خدمات و هزینه بالای آزمایش‌ها، برای درمان به مطب یا مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند. نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران بیشتر تحت تأثیر تهدیدها و نقاط ضعف قرار دارد. مهم‌ترین نقاط ضعف، مشارکت پایین بخش خصوصی از یک منظر و سوء مدیریت و محدودیت بودجه در سیستم بهداشتی از منظر مقابل بود. نقطه ضعف مشترک در دو گروه نیز ضعف در نظام گزارش‌دهی جاری است.

بحث و نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که به منظور توانمندسازی و ارتقاء همه جانبه نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی و با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت یک دستورالعمل براساس نظرات و تجربیات کارشناسان و ذی‌نفعان و پس از مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده در کشور تهیه شود.

واژگان کلیدی: نظام مراقبت، بیماری‌های آمیزشی، ایران

مقدمه

بروز و شیوع عفونت‌های آمیزشی و همچنین روند‌های آن‌ها در طول زمان می‌باشد (۲) که با تکیه بر نظام‌های ثبت و گزارش‌دهی و بررسی‌های اپیدمیولوژی در جمعیت عمومی یا جمعیت‌های

نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی یکی از اجزای نظام مراقبت نسل دوم برای اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS) است (۱). هدف از ایجاد آن برآوردی معتبر از میزان

۱- دانشجوی دکتری، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز و مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- پزشک و MPH، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- پزشک و MPH، دفتر کنترل اچ-آی-وی/ایدز در مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۵- استاد، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: ahaghdooost@kmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: دکتر علی اکبر حق دوست

تلفن: ۰۳۴۳۲۱۰۵۶۰۰ فاکس: ۰۳۴۳۲۲۰۵۱۲۷

آدرس: کرمان، بلوار جمهوری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

برنامه‌ریزی و اقدام می‌باشند. این عملکردها در سطوح محیطی، میانی، مرکزی، ملی و بین‌المللی به-طور جداگانه تعریف شده‌اند و نیازمند وجود زیرساخت‌های پشتیبان می‌باشند (۳).

خاص و معین انجام می‌شود (۱). نظام ثبت و گزارش‌دهی مقاومت دارویی برای این عفونت‌ها، از دیگر اجزای مکمل است (شکل ۱). عملکردهای اصلی نظام مراقبت شامل بیماریابی، تأیید تشخیص، گزارش‌دهی، تحلیل و تفسیر نتایج و در نهایت



شکل ۱: اهداف و اجزاء اصلی نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی (۲)

صورت ادغام یافته طراحی شده، گزارش‌ها تجمعی بوده و فقط سن و جنس مبتلایان و نوع سندروم یا اتیولوژی ثبت می‌گردد؛ سندروم‌ها شامل زخم غیرتاولی تناسلی در هر دو جنس (زخم اولسراتیو غیر ویزیکولی بر روی آلت تناسلی، کیسه بیضه یا رکتوم در مردان و بر روی لایبیا، واژن یا رکتوم در زنان؛ با یا بدون بزرگی غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال)، ترشح غیر طبیعی از مجرای ادراری مردان با یا بدون سوزش ادرار و اتیولوژی‌ها شامل کلامیدیا و گنوره قطعی، سیفلیس اولیه و ثانویه مشکوک و قطعی هستند. درگیر شدن بسیاری از ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، کلینیک‌های خصوصی، بخش درمان سرپایی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های زنان آسیب‌پذیر در برنامه گزارش‌دهی زمان‌بندی شده، از فواید نظام گزارش‌دهی فعلی می‌باشد (۴). در سومین برنامه کشوری کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی در ایران (۱۳۹۳-

نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران در سال ۱۳۷۷ راه اندازی و در سال ۱۳۸۵ بازمینی شد (۴). عمده‌ترین فعالیت‌های آن ارزیابی شیوع عفونت‌های آمیزشی در گروه‌های مختلف (عمدتاً زنان باردار یا تن‌فروش) و گزارش‌دهی روتین موارد است (۵). طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت و با هدف تشخیص و درمان سریع‌تر عفونت‌های آمیزشی به منظور قطع زنجیره انتقال و نیز محدودیت امکانات آزمایشگاهی، در دستورالعمل کشوری به هر دو رویکرد سندرومیک و اتیولوژیک توجه شده است. هرچند برخی علائم و نشانه‌ها لزوماً تأیید کننده عفونت‌های آمیزشی نیستند، ولی در بسیاری موارد مبتلایان فقط برای درمان چنین علائمی مراجعه کرده و برای آزمایش‌ها و مراقبت‌های بعدی مراجعه نمی‌کنند؛ بنابراین به درمان‌گران توصیه شده در چنین مواردی صرفاً با تکیه بر علائم و نشانه‌ها، سندروم‌های آمیزشی را درمان کنند (۴). در نظام فعلی که به

کلینیکی و آزمایشگاهی و تأثیر فاکتورهای اجرایی بر روی به‌روزرسانی و کیفیت گزارش‌ها می‌باشند (۸). در دو مطالعه بندرعباس و دره گز، میزان حساسیت نظام گزارش‌دهی بیماری‌های آمیزشی در حدود ۲۵ درصد گزارش شد (۹). نظام مراقبت فعلی عفونت‌های آمیزشی در ایران نیز توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مورد ارزشیابی قرار گرفت؛ یکی از چالش‌های عمده آن اشکال در تفسیر روند موارد عفونت‌های آمیزشی گزارش شده به علت کم شماری موارد عفونت‌های آمیزشی به‌خصوص در مردان بود (۵). اگرچه ایران با داشتن برنامه‌های عملیاتی، استراتژی ملی برای عفونت‌های آمیزشی را اجرا می‌کند، اما به دلیل نبود مطالعات کافی و معتبر در خصوص مشکلات موجود در نظام مراقبت و ریشه‌های آن، امکان تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در این خصوص وجود ندارد (۱). بنابراین بررسی نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی ایران به منظور پاسخ به سؤالاتی در خصوص نقاط ضعف و قوت و عوامل مؤثر بر نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی و گزارش دهی موارد، تهدیدها و فرصت‌های پیش روی این نظام و همچنین یافتن راه‌کارهای مناسب جهت اجرای هرچه بهتر آن ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که این بررسی را می‌توان با شیوه‌های گوناگون جمع‌آوری اطلاعات انجام داد، تصمیم گرفته شد که در این مطالعه از روش مخلوط (Mixed Method) استفاده شود.

روش مخلوط در سال‌های اخیر در تحقیقات بهداشتی از جمله پزشک خانواده، خدمات بیماران روانی، تغذیه و ناتوانی مورد استقبال قرار گرفته است (۱۰). با استفاده از این روش که شامل دو بخش کمی و کیفی است، می‌توان نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی

چهار استراتژی در خصوص بیماری‌های آمیزشی شامل آموزش و اطلاع‌رسانی، پیشگیری از انتقال جنسی، مراقبت و درمان، تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها وجود دارد (۴). یک نظام مراقبت خوب، اطلاعات مناسب برای برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های مداخلات بهداشت عمومی را فراهم می‌کند (۶). با وجود شیوع و عوارض بالای عفونت‌های آمیزشی در جوامع و همچنین اهمیت وجود یک نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی قوی به عنوان یک جزء اصلی در برنامه‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی/ایدز، نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در جهان به جزء چند کشور اروپای غربی و آمریکای شمالی، ضعیف عملکردهاست و ایران نیز از این امر مستثنی نیست (۶، ۲).

در مطالعه اتحادیه اروپا در خصوص بررسی محتوا و عملکرد نظام مراقبت بیماری‌های آمیزشی، مهم‌ترین نقاط ضعف شامل پوشش متفاوت گزارش‌دهی، تفاوت در تعریف مورد، ناهمگونی حساسیت و ویژگی روش‌های تشخیص موارد و همچنین تفاوت‌های قابل ملاحظه در مراکز مراقبت بیماری‌های آمیزشی مثل تنوع در جمعیت دریافت‌کننده خدمت و عملکرد متفاوت شرکای جنسی مبتلایان، شیوه‌های مختلف غربالگری و تست‌های تشخیصی آزمایشگاهی بودند. همچنین مشخص شد که امکان مقایسه میزان‌های بروز بیماری در سطح بین‌المللی وجود ندارد (۷). مشکلات اصلی نظام گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی در منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا نیز شامل عدم وجود تعاریف استاندارد برای موارد عفونت‌های آمیزشی، ادغام داده‌های بروز با داده‌های شیوع غربالگری، مشکل در اتصال داده‌های

را از زوایای مختلف بررسی نمود. در واقع با ترکیب نمودن نتایج مختلف و متفاوتی که از جهات مختلف به دست می‌آید، قدرت علمی، کیفیت و دقت یافته‌های مطالعه افزایش می‌یابد. همچنین دامنه بررسی گسترده‌تر شده و با دید بازتری می‌توان این نظام مراقبت را ارزشیابی نمود (۱۱).

در مطالعه حاضر به منظور ارزشیابی دو سویه وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی کشور از دو منظر مقابل هم، تجربیات دو گروه متفاوت و متقابل یعنی کارشناسان ایدز و عفونت‌های آمیزشی از سطوح مرکزی تا محیطی و درمان‌گران مرتبط با این عفونت‌ها در بخش دولتی و خصوصی با استفاده از دو روش کمی و کیفی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با روش مخلوط ثابت (Fixed Mixed Method) در چهار شهر تهران، شیراز، کرمان و بابل انجام شد. به منظور ارزیابی دو منظر متقابل، تجربیات کارشناسان ایدز و عفونت‌های آمیزشی با دو روش کمی (تحلیل وضعیت با استفاده از چک لیست) و کیفی (انجام مصاحبه‌های عمیق) و نظرات و تجارب درمان‌گران مرتبط با این عفونت‌ها به روش کیفی (پرسشنامه باز خودایفا) مورد بررسی قرار گرفت.

در بخش اول، جامعه مورد پژوهش کارشناسان فعال در زمینه ایدز و عفونت‌های آمیزشی در مراکز تحقیقاتی، سطوح مختلف دانشگاهی و وزارت بهداشت بودند و نظرات و تجارب ایشان در دو مرحله، به دو روش مورد بررسی قرار گرفت.

در مرحله اول که با روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوا انجام شد، شرکت‌کنندگان از جامعه مورد پژوهش به صورت هدفمند انتخاب و در محل کار

خود مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. مصاحبه‌ها تا زمان به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه یافت. برای مصاحبه از سؤالات نیمه ساختار یافته در خصوص الگوی مراجعه مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی و عوامل مؤثر بر آن، نقاط ضعف و قوت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی استفاده شد.

داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی گروه‌بندی و خلاصه شدند. مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه در نرم افزار Word تایپ و چندین بار مرور شدند تا دید کلی نسبت به اطلاعات مشخص شود. مفاهیم اصلی در هر پاراگراف مشخص و به آن‌ها کد داده شد و سپس کدها دسته‌بندی شدند. به این ترتیب که کدهای با مفهوم مشترک در یک زیر طبقه قرار گرفته و نامگذاری شدند. با هر مصاحبه جدید طبقه‌بندی‌های قبلی بازنگری و در صورت نیاز تغییر داده شدند. دقت و صحت اطلاعات از طریق بازنگری اطلاعات توسط مشارکت کنندگان بررسی شد. همچنین نتایج مطالعه توسط چند نفر از کارشناسان که در مطالعه مشارکت نداشتند، بررسی شد.

در مرحله دوم با روش کمی و استفاده از چک لیست، وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور هماهنگی بین اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله اول و دوم، از همان شرکت‌کنندگان مرحله اول دعوت به عمل آمد و شرکت‌کننده جدیدی وارد مطالعه نشد. یک ماه پس از انجام مصاحبه عمیق، چک لیست تحلیل وضعیت عفونت‌های آمیزشی تهیه و از طریق پست الکترونیک برای شرکت‌کنندگان ارسال و از آن‌ها خواسته شد که چک لیست را تکمیل و ظرف پنج روز به فرستنده باز گردانند. این چک لیست ترکیبی از چهار چک لیست (۱۰گزینه‌ای) مبتنی بر چهار عامل اصلی

حداکثر تنوع در درمان‌گران مرتبط بود و همچنین میزان تمایل درمان‌گران به شرکت در مطالعه مشخص نبود، حجم نمونه مناسب بدون استفاده از روش آماری و طبق نظر متخصصین ۳۵۰ درمان‌گر تعیین شد.

نمونه‌گیری در دو بخش خصوصی و دولتی به طور جداگانه انجام شد. در بخش دولتی برای جلوگیری از انتخاب سلیقه‌ای درمان‌گران، ابتدا لیستی از کلیه مراکز و مؤسسات بهداشتی درمانی تحت پوشش پنج دانشگاه شهید بهشتی، تهران، بابل، شیراز و کرمان تهیه و بر حسب نوع (بیمارستان، مرکز بهداشتی و درمانی، مرکز گذری (Drop In Center)، مرکز کاهش آسیب ویژه زنان، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و کلینیک مثلثی و سایر) دسته‌بندی شدند و سپس متناسب با تعداد ۱۰ درصد مراکز و مؤسسات در هر دسته به صورت هدفمند و بر اساس معیارهایی مثل بار مراجعه مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی و توزیع جغرافیایی انتخاب شدند. سپس با مراجعه حضوری به مراکز منتخب از درمان‌گران جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. در بخش خصوصی (مطب) با ارسال دو دوره پیامک به درمان‌گران، از ایشان جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد و درمان‌گرانی که به پیامک پاسخ دادند وارد مطالعه شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات و برای ایجاد اعتماد درمان‌گران در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات، به جای مصاحبه عمیق از پرسشنامه خودایفای بدون نام حاوی پنج سؤال باز در خصوص نقاط ضعف و قوت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی، دلایل عدم همکاری درمان‌گران در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی و پیشنهادات جهت اجرای هرچه بهتر نظام

قوت‌ها و ضعف‌ها به عنوان عوامل درونی و فرصت‌ها و تهدیدها به عنوان عوامل بیرونی بود؛ سطح بیرونی و درونی عوامل نسبت به جایگاه وزارت بهداشت تعیین شد. برای هر کدام از گزینه‌ها در هر چک لیست دو شاخص اهمیت و وضعیت فعلی در نظر گرفته شد. کارشناسان به هر کدام از این دو شاخص برای تک‌تک گزینه‌ها در دو چک لیست قوت‌ها و فرصت‌ها امتیازی بین ۱ تا ۵ و در دو چک لیست ضعف‌ها و تهدیدها امتیازی بین ۱- تا ۵- لحاظ کردند.

اطلاعات به دست آمده از چک لیست‌ها وارد نرم افزار Excel شد. امتیازات مربوط به اهمیت و شرایط کنونی هر کدام از گزینه‌ها در هر چک لیست به طور جداگانه محاسبه و در نهایت امتیاز کلی هر کدام از چهار عامل اصلی قوت، ضعف، تهدید و فرصت برآورد شد که براساس آن‌ها نمودار ماتریکسی تحلیل وضعیت با استفاده از نرم افزار Excel رسم شد. همچنین گزینه‌ها در هر چک لیست بر اساس امتیاز از زیاد به کم مرتب شده و فلوچارت تحلیل وضعیت فعلی نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی به روش SWOT با استفاده از نرم افزارهای Edraw Max7 و Word رسم شد.

در بخش دوم درمان‌گران فعال در بخش دولتی و خصوصی که تخصص آن‌ها به نوعی مرتبط با عفونت‌های آمیزشی بوده و مطابق با دستورالعمل کشوری مؤلف به گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی هستند (شامل پزشکان عمومی، ماماها، متخصصین زنان و زایمان، کلیه و مجاری ادراری، بیماری‌های عفونی، پوست) به عنوان جامعه مورد پژوهش در نظر گرفته و تجارب ایشان بررسی شد. با توجه به این که هدف نمونه‌گیری دسترسی به

به ترکیب نتایج کیفی به دست آمده از دو بخش کارشناسان و درمان‌گران اکتفا شد و نتایج کمی مربوط به کارشناسان به صورت جداگانه و بدون ترکیب شدن ارائه شدند.

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 خصوص اجرای طرح در شهرهای منتخب طی شد و هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. همچنین مصاحبه‌ها در فضای مناسب و قابل اطمینان انجام شد و در صورت رضایت افراد صدای ایشان ضبط شد. به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به دست آمده از ایشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و در نهایت صحبت‌های کلیه افراد به صورت جمع‌بندی شده و بدون ذکر نام افراد ارائه خواهد شد.

نتایج

مشارکت کنندگان شامل ۱۴ کارشناس ایدز و عفونت‌های آمیزشی در سطوح مختلف و ۱۴۱ درمان‌گر در بخش دولتی و ۲۴۷ درمان‌گر در بخش خصوصی با تخصص‌های مختلف بودند (جدول ۱).

گزارش‌دهی، استفاده شد. پس از تهیه پرسشنامه خودایفا، اعتبار محتوای آن طی شش جلسه با حضور متخصصین و محققین مرتبط با عفونت‌های آمیزشی و اپیدمیولوژیست‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین در طی مطالعه پایلوت کیفیت، کمیت و مناسب بودن سؤالات مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه استاندارد شد.

با هدف ترکیب نتایج این بخش با نتایج مصاحبه عمیق با کارشناسان، به جای تحلیل آماری پاسخ‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها، اطلاعات به روش تحلیل محتوا گروه‌بندی و خلاصه شدند. کلیه پاسخ‌ها به هر سؤال نسخه برداری و موارد تکراری حذف شدند، متن نهایی چند بار مرور شده و منطبق بر نتایج مصاحبه عمیق کارشناسان کدها، طبقات و زیر طبقات مشخص شدند.

نوع روش Mixed Method مورد استفاده برای ترکیب نمودن اطلاعات، نوع چند فازی (Multiphase Designs) بود؛ در این مدل چندین مطالعه مختلف کمی و کیفی در راستای یک هدف مشترک، در یک زمان و به طور موازی (concurrent) اطلاعات را با روش‌های متفاوت جمع‌آوری کرده و در نهایت به هم متصل می‌شوند (۱۰). به منظور درک بهتر نتایج در این مطالعه فقط

جدول ۱: تعداد و ویژگی‌های شرکت کنندگان

تعداد	گروه مورد مصاحبه
کارشناسان عفونت‌های آمیزشی	
۳	کارشناسان مراکز تحقیقاتی
۸	کارشناسان در سطوح مختلف دانشگاهی
۳	کارشناسان وزارت بهداشت
درمانگران مرتبط با عفونت‌های آمیزشی	
۷۶	متخصص زنان و زایمان
۳۴	متخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری
۳۱	متخصص بیماری‌های عفونی
۳۸	متخصص بیماری‌های پوست
۱۳۸	پزشک عمومی
۷۱	ماما
۴۰۲	جمع

مهم‌ترین مشکل، سوء مدیریت و محدودیت بودجه در سیستم بهداشتی و عدم همکاری بین بخش دولتی و خصوصی است. به‌گونه‌ای که پیگیری، آموزش مداوم و اطلاع‌رسانی مناسب به پزشکان بخش خصوصی وجود ندارد. درمان‌گری گفت:

«تهیه اکثر گزارش‌ها از مراکز عمومی و دولتی است، در حالی که بعضی از مبتلایان که رفتار پرخطر دارند به مراکز دولتی مراجعه نمی‌کنند».

عدم دسترسی به امکانات آزمایشگاهی و داروهای تخصصی، عدم وجود مرکز مشخص برای ارجاع، نامناسب بودن دستورالعمل گزارش‌دهی، عدم توجه به تشخیص افتراقی، از دیگر مشکلات مطرح شده توسط درمان‌گران بود. درمان‌گران مهم‌ترین علل عدم همکاری در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی را عدم دریافت بازخورد از سیستم، عدم اعتماد به سیستم بهداشتی و اعتقاد به مفید بودن اطلاعات، حجم سنگین کار طبابت و کمبود وقت اعلام کردند.

ج: پیشنهادات در خصوص بهبود نظام مراقبت

به منظور افزایش همکاری درمان‌گران به ویژه در بخش خصوصی، کارشناسان پیشنهاداتی مثل آموزش و حساس‌سازی از طریق اجرای نظام بازآموزی رایگان و ارایه بسته‌های آموزشی، ایجاد انگیزه، لحاظ نمودن مشوق‌های مادی و غیرمادی، ارایه بازخورد، ایجاد اهرم‌های قانونی با کمک و حمایت معاونت درمان، سازمان نظام پزشکی و ادارات بیمه، آموزش به دانشجویان پزشکی، ایجاد فوکل پوینت در هر استان را دادند:

«با دادن بازخورد، درمان‌گر متوجه می‌شود که به کار وی اهمیت داده شده...».

برای انتخاب پایگاه‌های دیده‌وری کارشناسان معیارهایی از جمله بار مراجعه، تمایل به همکاری،

یافته‌های کیفی مطالعه در سه طبقه اصلی شامل نقاط قوت و ضعف نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی و پیشنهادات جهت بهبود آن به همراه زیر طبقاتی به تفکیک دو گروه کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این عفونت‌ها در جدول ۲ خلاصه شده و برخی از موارد در زیر شرح داده شده است.

الف: نقاط قوت

به نظر کارشناسان وجود نظام مراقبت در اطلاع یافتن از وضعیت موجود و برنامه‌ریزی مناسب برای مداخلات کمک‌کننده است. شناسایی مبتلایان و آموزش در خصوص درمان شرکای جنسی، آموزش به مردم و اطلاع‌رسانی به درمان‌گران، کسب اطلاعات مفید از نظام گزارش‌دهی برای برنامه‌ریزی، مهم‌ترین نقاط قوت از دید درمان‌گران بود.

ب: نقاط ضعف

به نظر کارشناسان انگ اجتماعی، عدم اطلاع از اهمیت بیماری، موارد بدون علامت عفونت، عدم رضایت از خدمات، هزینه بالای آزمایش‌ها و امکان دریافت بدون نسخه دارو از مهمترین علل عدم مراجعه مبتلایان برای درمان می‌باشد. یکی از نقاط ضعف در نظام گزارش‌دهی میزان مراجعه بالای مبتلایان به بخش خصوصی و میزان مشارکت پایین بخش خصوصی در گزارش‌دهی به دلیل عدم توجه است. از طرفی پرسنل بخش دولتی نیز توجه نشده‌اند. کارشناسی گفت:

«بیماری‌های آمیزشی اولویت واحدهای گزارش‌دهنده نیست بلکه یک موضوع جانبی است».

مشکلات نرم افزار ثبت و گزارش‌دهی از جمله عدم وجود راهنمای مناسب، عدم قابلیت اصلاح خطا، عدم امکان مقایسه اطلاعات در سال‌های مختلف از دیگر نقاط ضعف مطرح شده است. به نظر درمان‌گران

کارشناسان برای افزایش مراجعات مردم مواردی از جمله برخورد مناسب درمانگر، مناسب و تمیز بودن محل پذیرش بیمار، آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم، از بین بردن انگ اجتماعی، اعتمادسازی در مردم در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات، ایجاد محیط خصوصی برای معاینه بیماران، ارائه خدمات رایگان یا کم هزینه و استاندارد متناسب با آخرین اطلاعات موجود کشور را پیشنهاد کردند.

حضور مداوم درمان‌گر، توزیع جغرافیایی مراکز و توزیع جغرافیایی بیماری، دسترسی به آزمایشگاه و داروخانه تخصصی، پذیرش بیمه یا ارائه خدمات رایگان را بیان کردند. درمان‌گران نیز به مواردی از جمله مرتبط بودن تخصص، امکان دسترسی اقشار مختلف جامعه، نزدیکی با مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و همچنین حفظ حقوق و محرمانه ماندن اطلاعات بیماران در پایگاه اشاره کردند.

جدول ۲: وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران از دید کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها

طبقات اصلی	زیر طبقات	شرکت کننده*	کدها	منتخبی از نقل قول‌ها
الف: نقاط قوت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی	ارائه خدمات به جامعه	۱	کمک به شناسایی مبتلایان	"اگر شرکای جنسی مبتلایان توسط واحد مبارزه با بیماری‌ها پیگیری شوند....."
		۱	آموزش و اطلاع‌رسانی	"البته فکر نمی‌کنم آموزش و اطلاع‌رسانی در کشور به درستی اجرا شود....."
		۲	توجه به هر دو درمان سندرومیک و اتیولوژیک	"بسیاری از مبتلایان به خصوص آقایان فقط یک‌بار آن هم به خاطر ترس مراجعه می‌کنند..... و درمان سندرومیک بهترین راه کار است"
	کمک به برنامه ریزی مناسب و هدفمند	۱	وجود نظام گزارش‌دهی	"اطلاعات گزارش‌دهی به برنامه‌ریزی جهت پیشگیری و درمان کمک می‌کند"
		۲	شناخت اپیدمی و روند عفونت‌های آمیزشی جهت تعیین اولویت‌ها و برنامه ریزی	"با مستند سازی تغییرات شیوع، بروز و مقاومت ضد میکروبی می‌توان شیوه‌های خدمات را تغییر داد"
		۲	پایش و ارزشیابی مداخلات فعلی	"با بررسی روند تغییرات می‌توان کیفیت ارائه خدمات را بررسی کرد"
	مشکلات مربوط به مبتلایان	۲	عدم مراجعه مبتلایان برای درمان	"بسیاری از افراد از داروخانه دارو گرفته و خود درمانی می‌کنند و حتی در صورت بهبود نسبی دیگر به پزشک مراجعه نمی‌کنند"
	مشکلات مربوط به درمانگران	۲	همکاری ضعیف درمانگران در گزارش‌دهی	"در کنار کم گزارش‌دهی تأخیر در ارسال آمار نیز وجود دارد"
		۲	مشارکت کم بخش خصوصی در گزارش-دهی	"پزشک اعتقادی ندارد که این اطلاعات مفید و کمک کننده باشند"
	ب: مشکلات و نقاط ضعف موجود در نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی	مشکلات موجود در نرم افزار گزارش‌دهی جاری	۱	مشکلات موجود در نرم افزار گزارش‌دهی جاری
سوء مدیریت و محدودیت بودجه		۱	سوء مدیریت و محدودیت بودجه	"مسئولین و برنامه‌ریزان اهمیت بیماری آمیزشی را درک نکرده‌اند"
عدم وجود هماهنگی بین بخشی و درون بخشی		۱	عدم وجود هماهنگی بین بخشی و درون بخشی	"ارتباطات درون شبکه درمانی کشور (درمان‌گران) با یکدیگر و همچنین با مسئولین وزارت بهداشت بسیار ضعیف و شکننده است"
عدم آموزش مداوم و اطلاع‌رسانی مناسب به مردم و درمان‌گران		۱	عدم آموزش مداوم و اطلاع‌رسانی مناسب به مردم و درمان‌گران	"فقط در مورد گزارش‌دهی به دلیل حساسیت اجتماعی، آشنایی دارم اما در سایر موارد اطلاعاتی در این خصوص به من نرسیده‌است"
مشکلات مربوط به سیستم بهداشتی و درمانی کشور		۱	ضعف در گزارش‌دهی	"سیستم بهداشتی برای دریافت گزارش از پزشکان و ماماها بخش خصوصی، هیچ ارتباط ایمیلی، تلفنی، پستی و یا حضوری برقرار نمی‌کند و....."
		۱	عدم دسترسی بیماران به داروهای تخصصی و امکانات آزمایشگاهی معتبر و کم هزینه	به نظر می‌رسد که برخی آزمایشگاه‌ها از آزمایش‌های معتبر برای تشخیص عفونت‌های آمیزشی استفاده نمی‌کنند.
		۱	عدم وجود مرکز مشخص برای ارجاع، درمان و پیگیری بیماران	"به دلیل نبود پرونده برای مبتلایان امکان پیگیری آن‌ها وجود ندارد"
		۱	عدم مناسب و مفید بودن دستورالعمل وزارت بهداشت در مورد گزارش عفونت‌های آمیزشی	"دستورالعمل و فرم گزارش‌دهی مختصر، مبهم و قدیمی بوده و برخی عفونت‌های آمیزشی مثل هرپس، تریکوموناس، کاندیدیازیس را پوشش نمی‌دهد"
		۱	امکان تشخیص اتیولوژیک بسیاری از عفونت‌ها توسط درمان‌گر وجود ندارد در حالی که در دستورالعمل انتظار گزارش اتیولوژیک است"	"امکان تشخیص اتیولوژیک بسیاری از عفونت‌ها توسط درمان‌گر وجود ندارد در حالی که در دستورالعمل انتظار گزارش اتیولوژیک است"
		۱	عدم ایجاد تعهد در درمانگران برای گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی	"فراخوان جدی و جوانب قانونی جهت ارائه گزارش تبیین نشده و در نتیجه درمان‌گران احساس تعهد ندارند"

جدول ۲: وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران از دید کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها (ادامه جدول ۱)

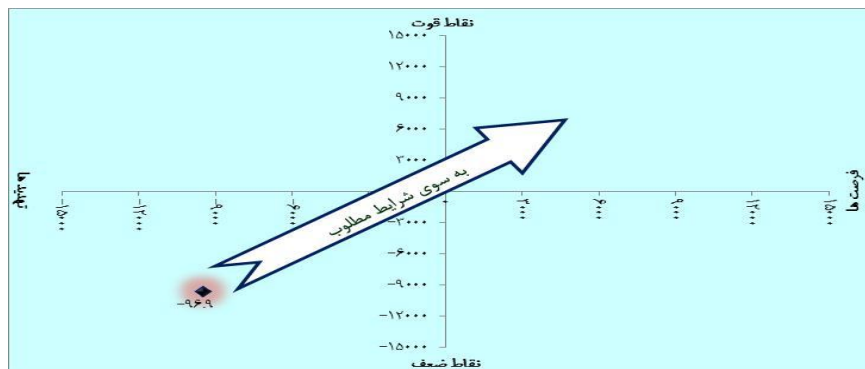
۲	ارایه راهکار جهت مراجعه مردم برای درمان	"...توجه به مناطق پرجمعیت با رفتارهای پرخطر مثل حاشیه‌ها ضروری است"
۱	ارایه خدمات رایگان یا کم‌هزینه به مبتلایان	"بهرتر است در مناطق فقیرنشین شهر خدمات رایگان ارایه داد"
۱	آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم	"آموزش همگانی مطابق با شرایط فرهنگی جامعه و از طریق وسایل ارتباط جمعی ضروری است"
۱	برنامه‌ریزی جهت کشف و پیگیری مبتلایان	"..... به اطلاع‌رسانی به شریک جنسی با رعایت حریم خصوصی توجه شود"
۲	جلب همکاری هرچه بیشتر پزشکان	"..... باید احساس کنند که در سطح ملی و بین‌المللی فعال هستند"
۱	آموزش و اطلاع‌رسانی به درمان‌گران	"اطلاع‌رسانی مداوم از طریق ارسال مقالات، کتاب و پمفلت، برگزاری سمینار و کنگره برای پزشکان و دانشجویان پزشکی ضروری است"
۲	رفع ایرادات نظام گزارش‌دهی فعلی	"اختصاص کارشناس کارآمد در دانشگاه‌ها..... و الزام قانونی گزارش‌دهی....."
۲	ایجاد نظام مراقبت دیده‌وری	"در مناطق مرفه شهر افراد بیشتر به بخش خصوصی و در مناطق فقیر بیشتر به بخش دولتی مراجعه می‌کنند."
۱	ایجاد نظام مراقبت دیده‌وری	"مکان‌هایی مثل مطب متخصصین زنان و زایمان، اورولوژیست‌ها که بار مراجعه زیاد دارند به عنوان پایگاه دیده‌وری انتخاب شوند"
۲	ایجاد نظام مراقبت مبتنی بر آزمایشگاه	"موارد عفونت‌های آمیزشی به‌طور مستقیم و از طریق آزمایشگاه‌ها بررسی و گزارش شوند"
۱	تاسیس انجمن بیماری‌های آمیزشی	"..... فعالیت‌ها متمرکز و هماهنگ می‌شوند." "از اطلاعات جمع‌آوری شده استفاد بهتری خواهد شد"
۱	ایجاد تغییرات در دیدگاه سیستم دولتی	"نوع نگاه سیستم به مشکلات جنسی مناسب و علمی نیست؛ اول باید سیستم خود را بازسازی کند."
۲	رفع ایرادات نرم‌افزار	"بهرتر است نرم‌افزار on line باشد تا بتوان شهرستان‌ها را پیگیری کرد و اهرم نظارتی راه انداخت..... وزارت بهداشت (کشور) دسترسی به استان‌ها و شهرستان‌ها را دارد و خود می‌تواند کیفیت گزارش‌ها را ارزیابی کند"

تجربیات در خصوص بهبود نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی

* گروه شرکت‌کننده شامل (۱) درمان‌گران مرتبط با عفونت‌های آمیزشی (۲) کارشناسان ایدز و عفونت‌های آمیزشی

پرننگ‌تر از نقاط قوت و فرصت‌ها است به‌طوری‌که مجموع امتیاز کلی برآورد شده برای نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی ۹۶/۹۱- بود و تا رسیدن به شرایط نسبتاً مطلوب که تحت تأثیر قوت‌ها و فرصت‌ها باشد، فاصله زیادی است (نمودار ۱).

براساس نتایج کمی به دست آمده از مجموع امتیازاتی که کارشناسان برای دو شاخص اهمیت و وضعیت فعلی هر کدام از گزینه‌های تهدید و فرصت و ضعف و قوت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی لحاظ کردند، نقاط ضعف و تهدیدها در کشور بسیار



نمودار ۱: ماتریکس تحلیل وضعیت فعلی عفونت‌های آمیزشی در ایران

نقاط قوت و فرصت‌ها با عدد مثبت در طرف راست و بالای نمودار و نقاط ضعف و تهدیدها با عدد منفی در طرف چپ و پایین نمودار قرار گرفتند.

نقاط ضعف و قوت، تهدیدها و فرصت‌های مرتبط با عفونت‌های آمیزشی بر اساس جمع امتیازات کسب شده از سوی کارشناسان رتبه‌بندی شدند (شکل ۲). در نهایت وجود برنامه زمان‌بندی شده در گزارش دهی با امتیاز مثبت ۳۳۹ (۲۱۲-۳۴۷) به‌عنوان مهم‌ترین نقطه قوت، عدم استفاده مؤثر از ظرفیت رسانه‌ها در ارائه پیام‌های صحیح به افراد جامعه با امتیاز منفی ۳۰۵ (۱۹۸-۳۲۱) به‌عنوان مهم‌ترین نقطه ضعف

مشخص شدند. همچنین مهم‌ترین تهدید و فرصت از دید کارشناسان به ترتیب بالا بودن انگ اجتماعی و شرم و حیا در خصوص عفونت‌های آمیزشی در کشور با امتیاز منفی ۳۴۱ (۳۲۷-۳۴۸) و وجود نیروی متخصص دوره دیده مرتبط (پزشکان عمومی و متخصص و ماماها) در کشور با امتیاز مثبت ۳۴۹ (۳۴۰-۳۵۰) بود.



شکل ۲: چارت رتبه‌بندی نقاط ضعف و قوت و تهدیدها و فرصت‌های مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در ایران

مناسبی نداشته و بیشتر تحت تأثیر تهدیدها و نقاط ضعف قرار دارد و برای رسیدن به شرایط مطلوب، تغییرات اساسی در هر چهار عامل قوت، ضعف،

بحث

نتایج کمی نشان داد که وضعیت نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران در حال حاضر جایگاه

فرصت و تهدید نیاز است. براساس مستندات به جزء چند کشور، نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در جهان موفق نبوده است (۲). نتایج کیفی بررسی تجارب متقابل یعنی تجارب کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این عفونت‌ها، مهم‌ترین نقطه ضعف، مشارکت پایین بخش خصوصی با مرکز مدیریت بیماری‌ها از یک طرف و سوء مدیریت و محدودیت بودجه سیستم بهداشتی برای این بیماری‌ها از منظر مقابل بود. نقطه ضعف مشترک در دو گروه، ضعف در نظام گزارش‌دهی جاری بود. مهم‌ترین پیشنهادات جهت بهبود نظام مراقبت و گزارش‌دهی، تغییر در دیدگاه و سرمایه‌گذاری بیشتر وزارت بهداشت از یک منظر و افزایش مراجعه مردم برای درمان از منظر مقابل بود.

اگرچه درمان‌گران ایجاد کلینیک مشخص برای مراجعه مبتلایان در کشور را ضروری می‌دانند، اما به نظر کارشناسان سطوح مرکزی ایجاد چنین مراکز درمانی با توجه به شرایط فعلی کشور غیر ممکن و تا حدودی بی‌فایده است، زیرا با توجه به انگ اجتماعی و شرایط فرهنگی احتمال مراجعه مبتلایان به این مراکز بسیار کم خواهد بود؛ مصداق این موضوع مراجعه کم افراد به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری است که در چند سال اخیر راه‌اندازی شده‌اند. براساس آمار منتشر نشده، این مراکز مطلوبیت چندانی نداشته و متوسط انجام تست اچ‌آی‌وی به ازای هر مرکز در سال ۱۳۹۲ فقط ۷۷ مورد بود. از طرفی از آنجایی که بسیاری از علائم مربوط به عفونت‌های آمیزشی غیر اختصاصی است، معمولاً مبتلایان برای درمان علائم به نزدیک‌ترین مرکز درمانی مراجعه می‌کنند. به طوری که ممکن است درمان‌گران با تخصص‌های مختلف در مراکز مختلف

مبتلایان به عفونت آمیزشی را معاینه و درمان کند و بنابراین محدود کردن ارائه خدمات در مراکز خاص چندان کاربردی به نظر نمی‌رسد.

مشکلات مطرح شده در نتایج را می‌توان بر اساس چهار جزء اصلی پیشنهادی برای نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران یعنی نظام‌های ثبت و گزارش‌دهی سندرومی و اتیولوژی جاری، بررسی مقاوت دارویی، ارزیابی اتیولوژی سندروم‌ها و مطالعه‌های اپیدمیولوژیک (۴) مورد بحث قرار داد.

الف: نظام ثبت و گزارش‌دهی سندرومی و اتیولوژی

یکی از مشکلات زیربنایی عدم مراجعه مبتلایان برای درمان به دلایلی از جمله هزینه درمان، انگ اجتماعی، عدم اعتماد به درمان‌گر، عدم رضایت از خدمات، فروش بدون نسخه توسط داروخانه‌ها است. ممکن است بیمار پس از ارجاع به آزمایشگاه و دریافت جواب آزمایش به درمان‌گر مراجعه نکند و یا به درمان‌گر دیگری مراجعه کند؛ از طرفی به دلیل ارتباطات ضعیف سیستم درمانی کشور (عدم وجود شبکه تعریف شده و منسجم در میان درمان‌گران) امکان پیگیری، کشف و ثبت بیماران وجود ندارد.

در مطالعه کیفی در اوگاندا، موانع مراجعه مبتلایان به اچ‌آی‌وی به کلینیک‌های رایگان، ترس از افشای ابتلای فرد، عدم حمایت زنان از سوی همسران، صرف زمان طولانی و هزینه بالای رفت و برگشت، همپوشانی ساعت کاری افراد با ساعت مراجعه، ترس از عوارض جانبی درمان و عدم احترام به بیمار بود (۱۲). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی موانع انجام آزمایش اچ‌آی‌وی در روستاییان آفریقایی-آمریکایی مصرف‌کننده کوکائین انجام شد، بزرگترین مانع در مراجعه بیماران عدم هماهنگی موضوع تحت بررسی با هنجارهای جامعه بود (۱۳). عدم استفاده مؤثر از

ظرفیت رسانه‌ها در ارائه پیام‌های صحیح به افراد جامعه در خصوص اهمیت درمان این بیماری‌ها یکی از مشکلات قابل توجه در کشور می‌باشد. در مطالعه-ای در آمریکا مشخص شد که تلویزیون مؤثرترین ابزار اطلاع‌رسانی بیماری‌های آمیزشی بود (۷). البته موانع فرهنگی در خصوص آموزش بیماری‌های آمیزشی و جنسی، به جزء در چند کشور، در تمام دنیا وجود دارد.

ضعف در پیگیری بیماران و شرکای جنسی موجب ناقص ماندن خدمات ارائه شده و اطلاعات می‌شود. در گزارش شبکه مراقبت بیماری‌های آمیزشی (SSuN) STD Surveillance Network (ویرجینیا، اطلاعات ناقص از آدرس و شماره تلفن افراد، نژاد، قومیت از مشکلات پیگیری بیماران بود (۱۴). در گزارش این شبکه از منطقه ریچموند، میزان موفقیت در مصاحبه با مبتلایان و کسب اطلاعات از ایشان بر حسب نوع درمان‌گر و محل ارائه خدمت متفاوت بود؛ کمبود اطلاعات تماس در بخش (دولتی) اورژانس و مراکز مراقبت ۳۱ درصد و در بخش خصوصی ۶۷ درصد بود (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

با توجه به نتایج، بخش عمده‌ای از بیماران در بخش خصوصی تحت درمان قرار می‌گیرند. نتایج بررسی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت از نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران در سال ۱۳۸۹ نشان داد که بیشتر مردان به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند (۵). بررسی نظام ثبت و گزارش‌دهی ایران در سال ۱۳۸۷ نشان داد که سندروم‌های آمیزشی گزارش شده در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۷ در هر دو جنس به‌ویژه در زنان روند رو به افزایش داشت. اما گزارش در مردان کمتر است زیرا بیشتر به بخش خصوصی که همکاری

کمی در گزارش‌دهی دارد، مراجعه می‌کنند (۵، ۴). مطالعه‌ای که توسط نصیریان و همکاران انجام شد، نشان داد که درصد کمی از درمان‌گران فرم‌های گزارش‌دهی را دریافت کرده‌اند و از طرفی حدود ۴ درصد از آن‌ها گزارش‌دهی منظم و مداوم در یک دوره ۴ ساله داشته‌اند (۱۵).

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. در مطالعه کلاهی و همکاران در تهران، واضح نبودن ضرورت گزارش‌دهی برای بخش خصوصی و احساس عدم استفاده از گزارش‌ها (۱۲/۵ درصد) از موانع گزارش‌دهی بیماری‌های واگیر بود. عدم تمایل بیماران به ثبت اطلاعات و پیگیری بیمار از دیگر عوامل انگیزشی در مطالعه حاضر بود که با یافته‌های مطالعه کلاهی و همکاران مثل عدم رضایت بیماران به گزارش بیماری آن‌ها (۲۶/۵ درصد)، مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار (۱۸/۵ درصد)، نگرانی از دست دادن بیمار (۷/۴ درصد)، اجتناب از عواقب سوء گزارش‌دهی (۷/۱ درصد) همخوانی دارد (۱۶).

نتایج نشان داد که فرآیند گزارش‌دهی از بدو ورود بیمار علامت‌دار به مطب یا درمانگاه تا مرحله تشخیص سندرومیک و یا اتیولوژیک برای برخی عفونت‌ها (گنوره، سیفلیس، کلامیدیا) و در نهایت ثبت اطلاعات و گزارش‌دهی مشکلاتی از جمله ایرادات در دستورالعمل گزارش‌دهی، نامناسب بودن اطلاعات مورد نیاز، اشکال در روند جمع‌آوری

اطلاعات، عدم وجود دوره‌های آموزشی و بازآموزی برای درمان‌گران، عدم پیروی درمان‌گران از تعاریف رایج شده در نظام مراقبت و در نهایت اضافه شماری برخی موارد نظیر زخم تناسلی، عدم الزام قانونی گزارش‌دهی، عدم پیگیری سیستم بهداشتی و عدم رایج بازخورد و مشکلات نرم افزار اشاره نمود. با توجه به بی‌علامتی برخی عفونت‌های آمیزشی، نظام ثبت و گزارش‌دهی مبتنی بر موارد علامت‌دار نمی‌تواند به تنهایی اطلاعات کاملی فراهم نماید. در مطالعه کلاهی و همکاران نیز به مواردی مثل فقدان پس‌خوراند (۲۱/۷ درصد)، کمبود وقت (۲۱ درصد)، مشخص نبودن هویت گزارش‌گیرنده (۱۱/۵ درصد)، عدم هماهنگی ساعات کاری بخش خصوصی با سیستم بهداشتی (۹/۸ درصد)، قطع یا اشغال بودن تلفن (۸/۶ درصد)، فاصله مطب با مراکز بهداشت (۳/۳ درصد)، عدم اطلاع‌رسانی کافی (۲۳/۸ درصد) اشاره شد (۱۶). در مطالعه‌ای در آمریکا، از دیدگاه مراقبین سلامت، موانع غربالگری بیماری‌های آمیزشی در افراد آلوده به ایدز شامل کمبود وقت، سختی گرفتن شرح حال جنسی، موانع زبانی و فرهنگی، عدم اعتماد بیماران، مسایل مربوط به تغییر مکان مطب‌ها و عدم حضور منظم درمان‌گران در مطب بود (۱۷) که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند.

سازمان جهانی بهداشت به‌منظور استانداردسازی نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی برای هرکدام از سطوح محیطی، میانی و مرکزی و نهادهای پشتیبان وظایف خاصی تعیین کرده است (۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطوح میانی و مرکزی در انجام برخی وظایف خود مثل ارائه بازخورد به سطوح پایین‌تر، نظارت بر اطلاعات آزمایشگاهی، حمایت سطح میانی در درمان بیماران و آموزش جامعه، فرآیند پایش و

ارزشیابی نظام مراقبت مثل برآورد حساسیت گزارش‌دهی، ارزیابی یکنواختی و ثبات گزارش‌دهی ضعیف عمل کرده‌اند. در مطالعه‌ای روی نظام ثبت و گزارش‌دهی نشان داد که توزیع جغرافیایی عفونت‌های آمیزشی در ایران متفاوت است که احتمالاً به دلیل تفاوت در گزارش‌دهی استان‌های مختلف می‌باشد؛ مشخص نیست که چه سهمی از تخصص‌های مرتبط گزارش‌دهی دارند و یا این که سهم هرکدام از عفونت‌های آمیزشی به تفکیک تخصص چقدر است. با توجه به گستردگی و تنوع مراکز موظف به گزارش‌دهی در کشور و محدودیت پرسنل در مرکز مدیریت بیماری‌ها امکان نظارت و ارزیابی دقیق وجود ندارد (۵). در مطالعه حاضر شرکت کنندگان به کمبودهایی در حوزه مدیریت منابع مالی و تجهیزات اشاره کردند که این عوامل در کنار ناهماهنگی‌های درون بخشی به‌خصوص عدم هماهنگی بین معاونت درمان و بهداشت و ناهماهنگی بین بخشی منجر به افت کیفیت ارائه خدمات و ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات می‌شود. در حوزه مدیریت منابع انسانی مواردی مثل عدم حضور پزشک، پرستار و مامای ثابت در برخی مراکز دولتی و عدم وجود پرسنل اختصاصی در سطوح محیطی و میانی قابل توجه است. به‌نظر 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 کرده‌اند.

ب: بررسی مقاومت دارویی

با توجه به نتایج این مطالعه به‌نظر می‌رسد به مبحث مقاومت دارویی در کشور توجه چندانی نشده است. مطالعات محدودی در این خصوص در کشور انجام

نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند.

سازمان جهانی بهداشت به‌منظور استانداردسازی نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی برای هرکدام از سطوح محیطی، میانی و مرکزی و نهادهای پشتیبان وظایف خاصی تعیین کرده است (۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطوح میانی و مرکزی در انجام برخی وظایف خود مثل ارائه بازخورد به سطوح پایین‌تر، نظارت بر اطلاعات آزمایشگاهی، حمایت سطح میانی در درمان بیماران و آموزش جامعه، فرآیند پایش و

شده است (۲۱-۱۸،۵) که قابل تعمیم به کل کشور نیستند. کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۹ نیز فقدان انجام پایش مقاومت دارویی نایسریا گنوره را به عنوان یکی از نقاط ضعف نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی ایران اعلام کردند (۵).

ج: ارزیابی اتیولوژی سندروم‌ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان‌گران و برخی کارشناسان سطوح محیطی و میانی به اهمیت ارزیابی اتیولوژی سندروم‌های آمیزشی در کشور واقف نیستند.

البته تا کنون این جزء از نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در کشور اجرا نشده است و کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۹ فقدان ارزیابی اتیولوژی سندروم‌ها، فقدان ظرفیت آزمایشگاهی برای تشخیص عفونت کنگوکی (اعم از کشت و تست حساسیت دارویی)، کلامیدیا (استفاده از تست سرولوژی به جای Nucleic Acid Amplification Tests) و هرپس سیمپلکس ۲ (فقدان تست‌های سرولوژیکی اختصاصی تایپ برای HSV2) و عدم مشارکت آزمایشگاه در نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی را از نقاط ضعف نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران برشمردند (۵).

د: بررسی‌های اپیدمیولوژی

به‌نظر درمان‌گران بین تابلوی گزارش‌های ارایه شده و عفونت‌های آمیزشی شایع در کشور همخوانی وجود ندارد، این موضوع بر لزوم انجام بررسی‌های اپیدمیولوژی به‌عنوان یکی از اجزای نظام مراقبت تأکید دارد. بررسی‌های اپیدمیولوژی در کنار نظام ثبت و گزارش‌دهی برای تخمین بروز و شیوع عفونت‌های آمیزشی، شناخت بهتر شکل اپیدمی در گروه‌های مختلف و تعیین میزان حساسیت نظام مراقبت مفید

است (۴). مطالعه‌های بررسی شیوع در گروه‌های مختلف جامعه و گروه‌های پرخطر به صورت پراکنده و محدود وجود دارد. اما این مطالعات نمی‌توانند جایگزین یک بررسی اپیدمیولوژی جامع در کشور شوند (۲۲). تنها بررسی اپیدمیولوژی کشوری مطالعه‌ای با هدف برآورد شیوع برخی علائم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی و بررسی الگوی مراجعه مبتلایان در سال ۱۳۹۰ بود (۱۵). ولی این مطالعه نمی‌تواند برآورد صحیحی از بروز و شیوع عفونت‌های آمیزشی در کشور را ارایه دهد. به‌نظر می‌رسد که هنوز درمان‌گران و برخی کارشناسان سطوح محیطی و میانی به اهمیت انجام بررسی‌های اپیدمیولوژی در کشور واقف نیستند.

مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر تمرکز بیشتر بر روی جزء اول نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی یعنی نظام ثبت و گزارش‌دهی و توجه کمتر به بقیه اجزاء پیشنهادی بود. امکان دسترسی و برقراری ارتباط با تمام کارشناسان سطوح محیطی تا مرکزی در کشور و بررسی تجارب ایشان نبود. انتخاب درمان‌گران نیز بر اساس در دسترس بودن و تمایل به همکاری انجام شد. در این مطالعه تجارب گیرندگان خدمت یعنی مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی مورد بررسی قرار نگرفت که اجرای این بخش مهم و تکمیل‌کننده اطلاعات در مطالعات آینده توصیه می‌شود.

به‌طور کلی پیشنهاد می‌شود به سه بعد پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی توجه شود که هرکدام دارای زیر مجموعه‌هایی هستند. به‌منظور بهبود نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی در ایران موارد زیر به تفکیک چهار جزء اصلی این نظام پیشنهاد می‌شود:

الف: ثبت و گزارش‌دهی سندرومی و اتیولوژی

ترشح واژینال در زنان را پیشنهاد دادند (۵،۲۳).

د: بررسی‌های اپیدمیولوژی

مطالعه ارزیابی شیوع عفونت‌های آمیزشی در کشور، ارزیابی بررسی الگوی مراجعه مبتلایان، کیفیت درمان، پیگیری و درمان شریک جنسی مبتلایان، بررسی موانع واکسیناسیون و ویروس پاپیلوما‌ی انسانی در کشور، امکان‌سنجی ادغام برنامه غربالگری سیفلیس و اچ‌آی‌وی در برنامه مراقبت زنان باردار و غربالگری کلامیدیا در جمعیت‌های در معرض خطر از موارد پیشنهادی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بود (۵،۲۳).

نتیجه‌گیری

به‌منظور توانمندسازی و ارتقاء همه جانبه نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی کشور و با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت به نظر می‌رسد که تهیه یک دستورالعمل براساس نظرات و تجربیات کارشناسان و ذی‌نفعان و پس از مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده در کشور ضروری است. پیشنهاد می‌شود که علی‌رغم وجود طرح‌های مقطعی، با بررسی مدل‌های موفق نظارت و ارزشیابی سایر کشورها برنامه پایش و ارزشیابی قویتری به صورت زمان‌بندی شده برای نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی ایران تدارک دیده شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر توسط مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز و با حمایت اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی وزارت بهداشت، صندوق جمعیت سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت اجرا شد. از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری

طراحی فرم‌های گزارش‌دهی ساده و جامع، اختصاص کارشناس کارآمد در سطوح میانی و محیطی، درگیر نمودن بخش خصوصی و دولتی و پیگیری گزارش‌دهی توصیه می‌شود. جهت افزایش مراجعه مردم، آموزش و اطلاع‌رسانی همگانی، از بین بردن انگ اجتماعی، اطمینان به بیمار در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات، ارایه خدمات استاندارد و رایگان پیشنهاد می‌شود. به‌منظور افزایش همکاری درمان‌گران، آموزش، ایجاد انگیزه و ارایه پسخوراند، می‌تواند مؤثر باشد. کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مطالعه نقشه‌یابی و اعتبار سنجی داده‌های موجود، ایجاد نظام مراقبت دیده‌وری عفونت‌های آمیزشی، تقویت نظام ثبت و گزارش‌دهی جاری، سیاست‌گذاری در جهت مشارکت بیشتر با بخش خصوصی، آموزش افراد کلیدی و همچنین تقویت شبکه کلینیکی ارجاع را پیشنهاد دادند (۵،۲۳).

ب: بررسی مقاومت دارویی

پایش مقاومت ضد میکروبی در نایسریا گنوره، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی مقاومت دارویی گنوکوکی و اطمینان از انجام تست مقاومت دارویی برای مبتلایانی که به درمان پاسخ نمی‌دهند توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شد (۵،۲۳).

ج: ارزیابی اتیولوژی سندروم‌ها

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت آموزش پرسنل آزمایشگاهی در خصوص تشخیص و مدیریت اطلاعات نظام مراقبت، کنترل کیفی سیستم و تقویت ظرفیت آزمایشگاهی به‌منظور ایجاد نظام مراقبت مبتنی بر آزمایشگاه، ارزیابی اتیولوژی سندروم‌ها و ارزیابی مدیریت سندرومیک سندروم‌های زخم تناسلی در هر دو جنس، ترشح مجرا در مردان و

کرمان، شیراز و بابل و برخی پژوهشگران این حوزه تشکر می‌نماییم.

دادند، درمان‌گران در بخش دولتی و خصوصی، کارشناسان در سطوح مرکزی تا محیطی به‌ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران،

References

1. World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of sexually transmitted infections, 2003. [cited 2014 Sep 10] Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/STIGuidelines2003.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infections. 2011. [cited 2014 Sep 10] Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en/>.
3. World Health Organization (WHO) and Department of Communicable Disease Surveillance and Response. WHO Recommended Surveillance Standards. 2th ed. 1999. [cited 2012 Jun 29] Available from: <http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr992.pdf>
4. Khalili GR, Feizzadeh A, Kamali K. The Guideline for Sexually Transmitted Diseases in Iran. Tehran: Unit for AIDS and Sexually Transmitted Diseases, The Center for Disease Control, Ministry of Health and Medical Education, Iran; 2006.
5. Ndowa F, Bozicevic I, Mirzazadeh A, Larisa P. Report of a WHO Consultation to Review Surveillance for Sexually Transmitted Infections in Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Iran, CDC; 2011.
6. World Health Organization (WHO). Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. [cited 2014 May 5] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75729/1/9789241504478_eng.pdf.
7. Tilson EC, Sanchez V, Ford CL, Smurzynski M, Leone PA, Fox KK, et al. Barriers to asymptomatic screening and other STD services for adolescents and young adults: focus group discussions. BMC Public Health. 2004 Jun 9;4:21.
8. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Regional Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009-2015. [cited 2010 Aug 3] http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC55_6_en.pdf?ua=1
9. Beheshtian A. Evaluating the Sensitivity of the Sexually Transmitted Disease Surveillance System in 15 to 50 year old age groups in the border city of Dargaz. [dissertation] Tehran: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences; 2003. Persian.
10. Meissner HI, Creswell JW, Carroll Klassen A, Plano Clark V, Clegg Smith K. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. The Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR). [cited 2013 Dec 10] Available from: http://obssr.od.nih.gov/mixed_methods_research/
11. Pool R, Montgomery CM, Morar NS, Mweemba O, Ssali A, Gafos M, et al. A mixed methods and triangulation model for increasing the accuracy of adherence and sexual behaviour data: the Microbicides Development Programme. PLoS One. 2010 Jul 21;5(7):e11600.
12. Nakigozi G, Atuyambe L, Kanya M, Makumbi FE, Chang LW, Nakyanjo N, 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
13. Wright PB, Stewart KE, Curran GM, Booth BM. A qualitative study of barriers to the utilization of HIV testing services among Rural African American Cocaine users. J Drug Issues. 2013 Jul;43(3):314-34.
14. Virginia Department of Health (VDH), SSuN Special Focus Report, Interview Success Rates. 2012. [cited 2013 Oct 23] Available from: <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/diseaseprevention/data>
15. Nasirian M, Karamouzian M, Kamali K, Nabipour AR, Maghsoodi A, Nikaein R, et al. Care seeking patterns of STIs-Associated symptoms in Iran: findings of a population-based survey. Int J Health Policy Manag. 2015; 4: 1-7.
16. Kolahi AA, Sohrabi MM, Abdi P. Knowledge and practice of general practitioners of Tehran on disease surveillance systems [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2011. Persian.
17. Carter JW Jr, Hart-Cooper GD, Butler MO, Workowski KA, Hoover KW. Provider barriers prevent recommended sexually transmitted disease screening of HIV-infected men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2014 Feb;41(2):137-42.
18. Bokaeian M, Iqbal Qureshi M, Dabiri S, Mohagheghi Fard AH. An investigation on antibiotic resistance of Neisseria gonorrhoeae isolated from gonorrheal patients in Zahedan, Iran from 2007 to 2010. African Journal of Microbiology Research. 2011; 5(17): 2455-9.

19. Erfanian Taghvaei MR, Esmaeili H, Ejtehad MM. Resistance of *Neisseria gonorrhoeae* and In vitro drug sensitivity to fluoroquinolones and third generation cephalosporins in men with gonococcal urethritis. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2005;7(3): 187-96. Persian.
20. Talari S, Kazemi B, Hooshyar H, Kazemi F, Arbabi M, Talari MR, et al. Detection of drug resistance gene in *Trichomonas vaginalis* by PCR. *Feyz*. 2011; 15(1): 44-9. Persian.
21. Kazerooni PA, Motazedian N, Motamedifar M, Sayadi M, Sabet M, Lari MA, et al. The prevalence of human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections among female sex workers in Shiraz, South of Iran: by respondent-driven sampling. *Int STD AIDS*. 2014 Feb;25(2):155-61.
22. Safari Faramani R, Shahesmaeili A, Nasirian M, Sharifi H, Hoseini Hoshyar S, Khajeh Kazemi R, et al. Evaluating the current situation and a systematic review of the prevalence and complications of sexually transmitted diseases in Iran. Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS surveillance and WHO collaboration center. Kerman University of Medical Sciences. Kerman; 2014. Persian.
23. Hawkes SJ. Report and recommendations-prevention and care of sexually transmitted infections in Iran. World Health Organization; 2012.

Sexually Transmitted Disease Surveillance Status in Iran from the Viewpoint of Involved Experts and Practitioners

Maryam Nasirian¹, Leila Haghjou², Leila Mounesan³, Kianoush Kamal⁴, Ali Akbar Haghdoost⁵

Abstract

Background: Due to the lack of sufficient and valid studies on STD surveillance system problems, evidence based decision-making is impossible. Therefore, using a qualitative approach to evaluate the system in terms of its weak points, strengths, threats and opportunities as well as finding appropriate solutions is necessary.

Methods: A Mixed Method approach was conducted. For a reciprocal evaluation of STD surveillance, participants were selected from two mutual groups of AIDS and STD experts and STD related practitioners through targeted and convenient sampling respectively. In-depth interview and filling checklist were applied for the first group while an open structured questionnaire was used for the second group. Qualitative data was classified and summarized through content analysis methods. Quantitative data was analyzed by descriptive statistics.

Results: A great number of patients did not seek care because of stigma, taboo, over the counter drugs, dissatisfaction with the services, and the cost of tests. STD surveillance in Iran is mostly affected by threats and weak points. Low participation of the private sector on one hand and mismanagement and budget constraints in the health system on the other hand were the most important weak points. Weakness in the current reporting system was the common weak point of the two groups.

Conclusion: In order to empower and promote STD surveillance and to follow WHO recommendations, designing a road map based on the opinions and experiences of experts and stakeholders and systematic review of studies is suggested.

Keywords: Sexually Transmitted disease (STD), Surveillance system, Iran

1- PhD Student, Regional Knowledge Hub, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- MD, MPH, Research and Development of University's Policies Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3-MSc, Research and Development of University's Policies Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- MD, MPH, AIDS and Sexually Transmitted Disease, CDC, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

5- Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Ali-Akbar Haghdoost **Email:** ahaghdoost@kmu.ac.ir

Address: Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Tel: 034 32105600 **Fax:** 034 33205127