

بررسی ارتباط دانش و نگرش ماما و پزشک بر کیفیت تشخیص و درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

زهرا برومندفر^{۱*}، الهام سالک^۲، مریم نصیریان^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: عفونت‌های آمیزشی یک مشکل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان هستند که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، و پیگیری بالینی بیماران، بخش مهمی از مدیریت درمان در مبتلایان است. درمان سندرمیک می‌تواند در بهبود مراقبت از عفونت‌های آمیزشی مفید و مقرون‌به‌صرفه باشد. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط دانش و نگرش ماما و پزشک بر کیفیت تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی در زنان انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است که در آن، ۷۰ نفر از ماماها و پزشکان به روش سرشماری و ۲۶۷ نفر از زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. در زنان مراجعه‌کننده جهت دریافت مراقبت‌های معمول، گرفتن شرح‌حال، مشاوره و درمان توسط کارکنان، و نیز چک‌لیست تشخیص و درمان برای هر مراجعه توسط محقق مشاهده و تکمیل شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سطح دانش پزشک با کیفیت درمان و نیز بین دانش ماما با کیفیت تشخیص عفونت‌های آمیزشی بر اساس درمان سندرمیک رابطه معناداری وجود داشت (مقادیر p کمتر از ۰/۰۵). توجه به درمان شریک جنسی و نیز تجویز دارو برای زنان توسط کارکنان برای ۵۳ درصد از زنان تحت بررسی بر اساس درمان سندرمیک انجام شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه آگاهی از یک موضوع نشان‌دهنده عملکرد و تغییر رفتار بر این اساس نیست، می‌توان نتیجه گرفت که حتی در صورت وجود دانش خوب، ممکن است پیروی از دستورالعمل‌ها دشوار باشد و کارکنان باید پس از آموزش تحت نظارت و ارزیابی قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: نگرش، آگاهی، عفونت‌های آمیزشی، کارکنان، درمان سندرمیک

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره سوم، پیاپی ۱۷۶، خرداد ۱۴۰۳، ص ۱۹۰-۱۸۰

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۳۱۳۷۹۲۷۵۳۶

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

مقدمه

یافته است (۳). در مطالعه‌ای در ایران در حدود ۳۹/۹ درصد از زنان و ۱۷/۶ درصد از مردان حداقل یکی از علائم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی را داشتند (۴). در مطالعه‌ای گزارش شد که شیوع ترشح مجرا از مردان ۰/۴۰ درصد، زخم ژنیتال در زنان ۳/۶۸ درصد و در مردان ۰/۱۶ درصد برآورد شده است (۵). تعداد سالانه عفونت‌های جدید در میان زنان و مردان جوان تقریباً برابر است، به‌طوری‌که در

عفونت‌های آمیزشی^۴ (STIs) یک مشکل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان هستند که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند (۱) و باعث عوارض و مرگ‌ومیر جدی می‌شوند (۲). در سطح جهان، موارد ابتلا به STI با ۵۸/۱۵ درصد افزایش از ۴۸۶/۷۷ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۷۶۹/۸۵ میلیون در سال ۲۰۱۹ افزایش

۱دانشیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

۲کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳دانشیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴ Sexually Transmitted Infections

مردان جوان ۴۹ درصد و در زنان جوان ۵۱ درصد است. درحالی‌که عواقب ناشی از عفونت‌های آمیزشی درمان‌نشده اغلب برای زنان جوان بیشتر رخ می‌دهد (۶).

عفونت‌های آمیزشی باعث صدمات درازمدت بر بهداشت باروری ازجمله ناباروری، سرطان دهانه رحم، بیماری‌های التهابی مزمن لگن، حاملگی خارج از رحم و افزایش مرگ‌ومیر زنان می‌گردد و خطر انتقال ایدز را افزایش می‌دهد. همچنین افزایش مقاومت دارویی در میان برخی از عوامل بیماری‌زا و همچنین انگلی که در بسیاری از جوامع به همراه این عفونت‌ها است بار اقتصادی و بهداشتی سنگینی به‌ویژه بر کشورهای درحال توسعه تحمیل کرده‌اند (۷). رویکردهای مداخله‌ای جهت کنترل و پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی شامل پیشگیری اولیه (آموزش و ارتباطات، افزایش استفاده صحیح از کاندوم، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و واکسیناسیون) است (۸). سه رویکرد در درمان این عفونت‌ها وجود دارد؛ رویکرد اول درمان ایتولوژیک یا علتی یا مبتنی بر تشخیص آزمایشگاهی، که پس از دریافت نتایج آزمایشگاهی و تأیید تشخیص، درمان صورت می‌گیرد. این روش زمان‌بر و هزینه‌بر است (۹). رویکرد دوم شامل درمان بالینی که پزشک بر اساس مشاهدات بالینی و تجربه قبلی، بیمار را بر اساس یک عامل بیماری‌زا درمان می‌کند که دارای محدودیت بازدهی است. سومین رویکرد درمان، درمان سندرمیک یا علامتی است که بر اساس مجموعه علائمی در حین اخذ شرح حال، معاینه بیمار و بر اساس اپیدمیولوژی منطقه‌ای عفونت‌های آمیزشی اقدام به درمان می‌کند (۱۰) مدیریت سندرمی عفونت‌های آمیزشی به‌عنوان یک پروتکل مقرون‌به‌صرفه‌تر و هزینه اثربخش‌تر نسبت به پروتکل درمان ایتولوژیک است (۱۱). این رویکرد نیز معایب خود را دارد که از آن میان می‌توان به بدون علامت بودن بسیاری از عفونت‌های آمیزشی به‌خصوص در زنان و مصرف زیاد آنتی‌بیوتیک برای یک بیماری اشاره کرد (۱۰). الگوریتم‌های مدیریت سندرمی STI نیازمند تشخیص بالینی برای تعیین و درمان علت بیماری زخم تناسلی^۱ حساسیت ضعیفی نسبت به سیفلیس و ویروس هرپس سیمپلکس دارند و درنتیجه تعداد قابل‌توجهی موارد از دست‌رفته ایجاد می‌شود. نیاز فوری به بهبود دسترسی به تشخیص‌های مقرون‌به‌صرفه و کارآمد وجود دارد تا در الگوریتم‌های GUD گنجانده شود تا مدیریت مناسب را بهتر هدایت کند (۱۲). لذا این روش نیز باید دوره‌ای موردبررسی قرار گیرد و با الگوهای اپیدمیولوژیک عفونت‌های منطقه سازگار شده و ارتقاء یابد (۱۳). عوامل مختلفی بر کیفیت مراقبت و درمان ارائه‌شده و نیز پیشگیری از عود و یا عفونت راجعه تأثیرگذار است یا به‌عنوان موانع ارائه

مناسب خدمات در نظر گرفته می‌شوند، که عبارت‌اند از آگاهی و نگرش مددجو، دانش و نگرش کارکنان، درمان شریک جنسی، پیگیری بالینی و ارجاعات مناسب مددجو است (۱۴، ۱۵). به‌طوری‌که در مطالعه‌ای گزارش شد که شیوع بالای عفونت‌های آمیزشی در جمعیت مورد مطالعه وجود داشته است، سطح دانش از لحاظ روش پیشگیری از گسترش عفونت‌ها در کمترین حد بوده و تعداد کمی از شرکت‌کنندگان در مورد عوامل مستعد کننده ابتلا به عفونت‌ها آگاهی داشتند. در مطالعه‌ای نیز داده‌ها نشان داد که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، پزشکان و ماماها، در استفاده از الگوریتم مدیریت درمان سندرمیک مشکل داشتند، و حمایت آموزشی نیاز دارند (۱۶). مورد بعدی که بر درمان مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی تأثیرگذار است بررسی و درمان شریک جنسی است. از آنجاکه رویکرد درمان عمدتاً سندرمیک است، شریک جنسی باید بدون در نظر گرفتن وجود و یا عدم وجود علائم در شرح حال و معاینه، مبتلا فرض شده و تحت درمان قرار گیرد. این بخش پرچالش‌ترین بخش مدیریت مبتلایان است و ضرورت دارد تا مبتلایان در این زمینه آموزش و مشاوره لازم برای ایجاد انگیزه و مهارت مذاکره با شریک جنسی خود در این زمینه را دریافت کنند (۹). از این رو به علت اهمیت درمان صحیح عفونت‌های آمیزشی، کنترل و رصد عملکرد کارکنان متولی امر درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی منطقی به نظر می‌رسد تا در صورت نقص در هر مرحله از تشخیص و درمان برنامه‌های لازم برای آن‌ها تدوین شود (۱۷، ۱۸)

از آنجایی‌که دانش فرد از یک بیماری بر نگرش او تأثیر می‌گذارد و به سمت پیشگیری و درنتیجه تغییر عملکرد پیش می‌رود (۱۹). بنابراین، آگاهی پزشکان و ماماها، با توجه به نقش مهم آنان در پیشگیری و درمان عفونت‌های آمیزشی، می‌تواند مبنای عملکرد صحیح ماما در تشخیص و درمان درست پزشک در این امر باشد. که تاکنون مطالعه‌ای با این رویکرد در کشور انجام نشده است. و بیشتر بررسی‌ها صرفاً برآوردی از دانش و نگرش آنان از عفونت‌های آمیزشی بوده است. بنابراین این مطالعه باهدف تعیین ارتباط دانش و نگرش ماما و پزشک بر کیفیت تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی -همبستگی است. که در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان و کارکنان این مراکز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. معیارهای

^۱ Genital Ulcer Disease

ورود به مطالعه زنان متقاضی بررسی عفونت واژینال شامل، داشتن رضایت شخصی ورود به مطالعه، زنان ۱۸ سال به بالا، باسواد بودن (در حد خواندن و نوشتن)، مبتلا به عفونت آمیزشی بر اساس برنامه درمان سندرمیک، عدم درمان عفونت‌های آمیزشی در زمان ورود به مطالعه و عدم بارداری بود. معیارهای ورود به مطالعه در گروه کارکنان، داشتن مدرک حداقل کارشناسی مامایی، داشتن مدرک پزشکی عمومی، شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و داشتن رضایت شخصی برای ورود به مطالعه بود. نمونه‌گیری در این پژوهش در ابتدا از زنان گروه هدف و به روش در دسترس انجام شد. با توجه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، و حداکثر اشتباه برآورد (میزان دقت) ۶ درصد، ۲۶۷ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری از کارکنان به روش سرشماری صورت گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی زنان گروه هدف است که شامل ۵ سؤال (سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل) بود، پرسشنامه مذکور توسط زنان گروه هدف تکمیل شد. بخش دوم شامل پرسشنامه و چکلیست مربوط به کارکنان است. که شامل پرسشنامه مربوط به سنجش دانش کارکنان (ماما و پزشک) نسبت به درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی است (۲۰) که حاوی (۱۵ سؤال) بود که نمره ۱ برای گزینه صحیح و نمره صفر برای گزینه‌های غلط و نمی‌دانم در نظر گرفته شد. محدوده امتیازات پرسشنامه سنجش دانش کارکنان شامل، ۴-۰ ضعیف، ۹-۵ متوسط، ۱۰-۱۵ خوب بود. پرسشنامه سنجش نگرش کارکنان (ماما و پزشک) نسبت به درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی شامل (۱۵ سؤال) بود که به هر گزینه با استفاده از مقیاس لیکرت دارای امتیاز ۱ تا ۵ بود. اگر بار سؤال مثبت بود کاملاً موافق ۵ امتیاز، موافق ۴ امتیاز، بی‌نظر ۳ امتیاز، مخالف ۲ امتیاز، کاملاً مخالف ۱ امتیاز و اگر بار سؤال منفی بود کاملاً مخالف ۵ امتیاز، مخالف ۴ امتیاز، بی‌نظر ۳ امتیاز، موافق ۲ امتیاز، کاملاً موافق ۱ امتیاز می‌بود. محدوده امتیازدهی به صورت ۱۵-۳۵ نگرش منفی، ۳۵-۵۵ نگرش خنثی، ۵۵-۷۵ نگرش مثبت بود. چکلیست‌ها برای کارکنان به دودسته تقسیم می‌شدند. که ماما کار تشخیص و پزشک کار درمان را به عهده داشت. چکلیست کیفیت تشخیص برای ماما و چکلیست کیفیت درمان برای پزشک (۲۰) تکمیل می‌شد، که برای هر آیت ۴ گزینه در نظر گرفته شد. و برای هر آیت نمره‌ای در نظر گرفته شد، به‌طوری‌که اصلاً انجام نشد نمره ۰، غلط انجام شد نمره ۱، ناقص انجام شد نمره ۲ و درست انجام شد نمره ۳ است. که با توجه به امتیازی که ماما و پزشک در هر آیت کسب می‌کرد به سه گروه ضعیف، متوسط و خوب

تقسیم‌بندی می‌شد. چکلیست دیگر در مورد توجه کارکنان به درمان زنان، پی‌گیری درمان در زنان گروه هدف و درمان شریک جنسی آنان است که به‌صورت بلی و خیر موردسنجش قرار گرفت. جهت برآورد اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار محتوا (صوری، شاخص ون سبت روایی) و با مطالعات کتابخانه‌ای، دستورالعمل درمان سندرمیک تدوین شد و سپس در اختیار ۱۰ متخصص شامل: اساتید گروه بهداشت باروری و مامایی، گروه بهداشت، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و پزشک مسئول برنامه ایدز معاونت بهداشتی استان اصفهان، و متخصص بیماری‌های عفونی و زنان و مامایی قرار گرفت. و طی دو جلسه بحث و تبادل نظر و توافق بین پانل متخصصین نسبت روایی محتوی^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ با روش لاوشه^۳ برآورد شد. مقدار محاسبه شده نسبت روایی محتوا طبق روش لاوشه برابر با ۰/۷۵ که بزرگ‌تر از ۰/۶۲ درصد و شاخص روایی محتوا برابر با ۸۵ درصد که از ۷۹ درصد بیشتر بود، برآورد شد (۲۱). سنجش پایایی ابزار دانش و نگرش کارکنان با استفاده از روش (پیش‌آزمون-پس از آزمون) در ۲ مرحله به فاصله ۱ هفته توسط ۱۰ نفر از کارکنان (پزشک و ماما) انجام شد و با استفاده از ضریب همبستگی پایایی پرسشنامه ۰/۹۰ برآورد گردید. بنابراین روایی محتوا و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت.

روش کار به‌این‌ترتیب بود که پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین ذی‌ربط به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان مراجعه نمود. مراکز خدمات جامع سلامت از دو مرکز بهداشت شهرستان اصفهان شماره ۱ و ۲ به‌صورت قرعه‌کشی و سهمیه‌ای انتخاب شد. پس از مراجعه به مراکز اهداف، روش پژوهش برای رئیس مراکز توضیح داده شد. نمونه‌گیری در کارکنان به‌صورت سرشماری و به تعداد ۷۰ نفر بود. در ابتدا برای کارکنان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت هدف از انجام پژوهش شرح داده شد و سپس در صورتی‌که مایل به همکاری بودند فرم رضایت آگاهانه به‌وسیله آن‌ها تکمیل شد. سپس پرسشنامه ویژگی‌های فردی، دانش و نگرش در رابطه با عفونت‌های آمیزشی و درمان سندرمیک به‌وسیله پزشک و ماما در مراکز تکمیل گردید. نمونه‌گیری از مراجعه‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. سپس برای مددجویانی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند هدف از پژوهش توضیح داده شد و در صورتی‌که مایل به همکاری در این پژوهش بودند فرم رضایت آگاهانه به‌وسیله آن‌ها تکمیل شد. بعد از ورود زنان به پژوهش در ابتدا شرح‌حال در مورد عفونت‌های واژینال از آنان توسط ماما اخذ می‌شد. سپس فرد موردنظر جهت معاینه و بررسی عفونت واژینال توسط ماما بررسی می‌شد. و طی این بررسی پژوهشگر در

³ Lawshe

¹ Content Validity Rate

² Content Validity Index

اتاق مامایی حضور داشت و طرز گرفتن شرح حال، انجام معاینه زنان و تشخیص داده شده بر اساس درمان سندرمیک را مشاهده و چک لیست شرح حال گیری و تشخیص را تکمیل می نمود. سپس جهت مشاوره، درمان و پی گیری فرد مورد نظریه پزشک ارجاع داده می شد. پژوهشگر در دفتر کار پزشک حضور می یافت و طریقه مشاوره، آموزش در مورد عفونت تشخیص داده شده، و داروهایی که برای فرد مورد نظر نسخه شده بود و درمان شریک جنسی و تاریخ برای پی گیری را کنترل و در چک لیست مربوطه یادداشت می نمود. داده ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. داده های این پژوهش از نوع کمی و کیفی است. برای ارائه نتایج داده های کمی از شاخص های مرکزی مثل میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین مقدار استفاده شد و برای متغیرهای کیفی از جداول توزیع فراوانی استفاده شد. و جهت تحلیل یافته های استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل استفاده شد. مقدار $p < 0.05$ به عنوان نشان دهنده یک ارتباط آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۷۰ نفر از کارکنان (۳۵ ماما و ۳۵ پزشک) مراکز خدمات جامع سلامت در تشخیص و درمان سندرمی عفونت های آمیزشی شرکت کردند. میانگین سن آن ها $36 \pm 3/4$ سال، سابقه کار $14/1 \pm 2$ سال، ۱۰ نفر مرد و ۶۰ نفر زن بودند. همچنین ۲۶۷ نفر از زنان خواستار معاینه زنان در مطالعه شرکت کردند که محدوده سنی آن ها ۱۷ تا ۵۲ سال با میانگین سنی $33/60 \pm 0/8$ سال بود (جدول ۱).

بر اساس نتایج، دانش ماماها از تشخیص در مورد عفونت آمیزشی در ۵ نفر (۷/۱۴ درصد) در حد متوسط و در ۳۰ مورد (۴۲/۸۶ درصد) خوب بود. به طور مشابه، دانش افراد درمان (پزشکان) نیز در مورد درمان سندرمیک عفونت های آمیزشی در ۶ نفر (۸/۵۸ درصد) در حد متوسط و در ۲۹ پزشک (۴۱/۴۲ درصد) خوب بود. نمره دانش ماماها در مورد عفونت های آمیزشی بین ۷ تا ۱۵ با میانگین $2/25 \pm 12/0$ و این نمره برای پزشکان بین ۸ تا ۱۵ با میانگین $1/77 \pm 11/23$ بود. نگرش ماماها نسبت به درمان

سندرمیک عفونت های آمیزشی در ۳۰ نفر (۸۵/۷ درصد) مثبت بود. و در پزشکان در ۲۸ نفر (۸۰ درصد) مثبت بود. امتیاز نمرات نگرش نسبت به درمان سندرمیک عفونت های آمیزشی برای ماماها از ۲۶ تا ۷۴ با میانگین $60/34 \pm 8/53$ و برای پزشکان بین ۴۳ تا ۷۱ با میانگین $60/57 \pm 6/34$ بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره دانش ماما و کیفیت تشخیص درمان عفونت آمیزشی در ابعاد ارزیابی سوابق پزشکی زنان ($p=0/006$ ، $r=0/458$) و ارزیابی قاعدگی، سوابق زایمان ($p=0/008$ ، $r=0/441$)، ارزیابی رفتارهای پرخطر ($p=0/002$ ، $r=0/513$)، رفتار جنسی شرکای جنسی ($p=0/009$ ، $r=0/434$) و به طور کلی کیفیت تشخیص عفونت آمیزشی ($p=0/003$ ، $r=0/486$)، ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت. بنابراین، هر چه دانش ماما بالاتر باشد، کیفیت تشخیص عفونت های آمیزشی بالاتر خواهد بود. بر اساس نتایج به دست آمده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره دانش پزشک و کیفیت درمان عفونت آمیزشی در ابعاد ارائه مشاوره به زنان در مورد لزوم درمان شریک جنسی ($p=0/008$ ، $r=0/443$)، پیشگیری ($p=0/002$ ، $r=0/500$) و به طور کلی کیفیت درمان از نظر بعد مشاوره ($p=0/005$ ، $r=0/466$) رابطه مستقیم و معناداری وجود داشت. بنابراین، هر چه دانش پزشک بالاتر باشد، کیفیت درمان عفونت آمیزشی از نظر مشاوره زنان بالاتر خواهد بود. بر اساس نتایج به دست آمده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره نگرش کارکنان (ماما و پزشک) و تشخیص و کیفیت درمان سندرمیک عفونت های آمیزشی گروه هدف رابطه معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۳).

یافته دیگر مبین این نکته است که درمان عفونت آمیزشی توسط کارکنان درمان (پزشک) برای ۱۸۵ نفر (۶۹/۵ درصد) از زنان مراجعه کننده بصورت صحیح انجام گرفت. همچنین توجه به درمان شریک جنسی زنان گروه هدف و تجویز دارو برای وی توسط کارکنان تشخیص و درمان عفونت های آمیزشی برای ۱۴۱ نفر (۵۳ درصد) به طور صحیح انجام گرفته است. تعیین تاریخ مراجعه مجدد جهت درمان سندرمیک عفونت های آمیزشی برای زنان گروه هدف توسط کارکنان تشخیص و درمان جهت ۱۴۵ نفر (۵۴/۴ درصد) صورت گرفته بود (جدول ۴).

جدول (۱): توزیع فراوانی سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل در واحدهای پژوهش (زنان)

متغیر	دسته	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲۶ (۹/۷۳)
	راهنمایی	۵۷ (۲۱/۴۰)
	دبیرستان	۸۸ (۳۳/۱۰)

متغیر	دسته	تعداد (درصد)
	دانشگاه	۹۶(۳۶/۱۰)
کل		۲۶۷(۱۰۰/۰۰)
وضعیت اشتغال	کارمند	۵۸(۲۱/۸۰)
	آزاد	۱۵(۵/۶۰)
	بیکار	۱۹۴(۷۲/۹۱)
کل		۲۶۷(۱۰۰/۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰(۲/۴)
	ازدواج دائم	۲۴۸(۹۳/۲۰)
	ازدواج موقت	۱۴(۵/۳۰)
	بیوه	۱۰(۲/۴)
	مطلقه	۳(۱/۱۲)
کل		۲۶۷(۱۰۰/۰۰)

جدول (۲): توزیع فراوانی دانش و نگرش کارکنان به کیفیت تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی

کارکنان	دانش			کل
	ضعیف	متوسط	خوب	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تشخیص	۰(۰/۰۰)	۵(۷/۱۴)	۳۰(۴۲/۸۶)	۳۵(۱۰۰/۰۰)
درمان	۰(۰/۰۰)	۶(۸/۵۸)	۲۹(۴۱/۴۲)	۳۵(۱۰۰/۰۰)
کل	۰(۰/۰۰)	۱۱(۱۵/۷۲)	۵۹(۸۴/۲۸)	۷۰(۱۰۰/۰۰)
کارکنان	نگرش			کل
	منفی	خنثی	مثبت	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تشخیص	۱(۲/۹۰)	۴(۱۱/۴۰)	۳۰(۸۵/۷۰)	۳۵(۱۰۰/۰۰)
درمان	۰(۰/۰۰)	۷(۲۰/۴۰)	۲۸(۸۰/۰۰)	۳۵(۱۰۰/۰۰)
کل	۱(۱/۴۰)	۲۸(۴۰/۴۰)	۴۱(۶۸/۶۰)	۷۰(۱۰۰/۰۰)

جدول (۳): ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی دانش و نگرش کارکنان (ماما و پزشک) با کیفیت تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی

مؤلفه	دانش		نگرش	
	ضریب همبستگی	p مقدار	ضریب همبستگی	p مقدار
اطلاعات عمومی مددجو	۰/۲۹۵	۰/۱۳۴	۰/۲۹۰	۰/۰۹۱
شرح بیماری فعلی	۰/۲۴۴	۰/۱۵۸	-۰/۰۹۳	۰/۵۹۵
سوابق پزشکی	**.۴۵۸	۰/۰۰۶	-۰/۰۷۴	۰/۶۷۲
سوابق قاعدگی و زایمان	xx۰/۴۴۱	۰/۰۰۸	-۰/۱۲۵	۰/۴۷۵
ارزیابی رفتارهای پرخطر	xx۰/۵۱۳	۰/۰۰۲	-۰/۰۲۶	۰/۸۸۴
سابقه رفتار جنسی فرد	.۱۳۴	۰/۴۴۲	-۰/۲۲۴	۰/۱۹۵
رفتار جنسی شرکای جنسی	**.۴۳۴	۰/۰۰۹	-۰/۱۶۹	۰/۳۳۲
معاینه بالینی	۰/۰۷۱	۰/۶۸۵	-۰/۰۹۷	۰/۵۸۰

بررسی ارتباط دانش و نگرش ماما و پزشک بر کیفیت تشخیص و درمان سندرم میک عفونت‌های آمیزی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

مؤلفه	دانش		نگرش	
	ضریب همبستگی	p مقدار	ضریب همبستگی	p مقدار
کل (کیفیت تشخیص)	xx۰/۴۸۶	۰/۰۰۳	-۰/۱۳۴	۰/۴۴۴
مؤلفه	دانش		نگرش	
	ضریب همبستگی	p مقدار	ضریب همبستگی	p مقدار
رعایت اصول مشاوره	۰/۲۴۰	۰/۱۶۶	-۰/۰۸۱	۰/۶۴۳
مشاوره در مورد کلیات بیماری آمیزی	۰/۳۲۹	۰/۰۵۴	۰/۱۸۲	۰/۲۹۵
مشاوره در مورد نحوه درمان	۰/۲۶۲	۰/۱۲۸	۰/۰۱۸	۰/۹۱۷
مشاوره در مورد ضرورت بررسی درمان شریک جنسی	xx۰/۴۴۳	۰/۰۰۸	۰/۱۵۱	۰/۳۸۷
مشاوره در زمینه پیشگیری	xx۰/۵۰۰	۰/۰۰۲	۰/۱۵۳	۰/۳۸۰
کیفیت درمان (مشاوره)	xx۰/۴۶۶	۰/۰۰۵	۰/۰۹۵	۰/۵۸۸
کیفیت درمان	۰/۱۴۶	۰/۴۰۴	-۰/۱۷۲	۰/۳۲۴

جدول (۴): توزیع فراوانی درمان شریک جنسی و پیگیری درمان توسط کارکنان در مراجعین مبتلا به عفونت‌های آمیزی

متغیر	دسته	تعداد (درصد)
توجه پزشک به درمان زنان مراجعه‌کننده	بلی	۱۸۶ (۶۹/۵)
	خیر	۸۱ (۳۰/۵۰)
توجه کارکنان (ماما و پزشک) به درمان شریک جنسی مراجعین	بلی	۱۴۱ (۵۳/۰۰)
	خیر	۱۲۶ (۴۷/۰۰)
تجویز دارو برای شریک جنسی مراجعین توسط پزشک	بلی	۱۴۱ (۵۳/۰۰)
	خیر	۱۲۶ (۴۷/۰۰)
کل		۲۶۷ (۱۰۰/۰۰)
بررسی پیگیری مراجعین توسط کارکنان (ماما و پزشک)	بلی	۱۴۵ (۵۴/۴۰)
	خیر	۱۲۲ (۴۵/۶۰)
کل		۲۶۷ (۱۰۰/۰۰)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که دانش ماما مؤلفه اصلی در کیفیت تشخیص بود. به‌طوری‌که ضریب همبستگی بین سطح دانش و کیفیت تشخیص مشاهده شد. این نتایج با نتایج مطالعه انجام شده توسط هام^۱ و همکاران مطابقت دارد (۲۲). که نشان داد دانش ماماها در مورد درمان سندرم به‌شدت با عملکرد آن‌ها مرتبط است. این رابطه را می‌توان در ماماها بیشتر از سایر کارکنان مشاهده کرد، زیرا ماماها با بهداشت باروری بیشتر آشنا هستند و با این‌گونه مراجعین بیشتر سروکار دارند (۲۳). همچنین نتایج نشان داد که بین نمره دانش ماما و کیفیت تشخیص از نظر سوابق قاعدگی و زایمان، ارزیابی

^۱ Ham

رفتارهای پرخطر، رفتار جنسی شرکای جنسی و سوابق پزشکی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ماماها آگاه‌تر نسبت به سایر موارد، میزان بیشتری پیروی از دستورالعمل‌ها را دارند (۲۴، ۲۵). نتایج نشان داد هردو گروه کارکنان (تشخیص و درمان) نگرش مثبتی نسبت به درمان سندرم میک عفونت‌های آمیزی داشته‌اند. به‌طوری‌که مطالعات نشان می‌دهد که دانش و نگرش پزشکان در سال‌های گذشته بهبود یافته است، زیرا اکنون دانش کافی در مورد علائم عفونت‌های آمیزی‌های مختلف را دارند و نگرش مثبت‌تری نیز نسبت به درمان عفونت‌های آمیزی‌های نشان داده‌اند (۱۰، ۱۶). البته در مطالعه‌ای، نتایج نشان داد که پزشکان

باشد که کارکنان وقت کافی ندارند، و بسیاری از پزشکان از کمبود وقت شکایت می‌کنند. و با اینکه مهارت و آموزش‌های لازم جهت این‌گونه فعالیت‌ها را کسب نکرده‌اند (۱۴).

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از کارکنان (۶۹/۵ درصد) برای پیگیری درمان مراجعین اقداماتی را انجام می‌دهند. در مقابل، بر اساس نتایج یک مطالعه انجام شده در غرب آفریقا، تنها ۱۴ درصد از پزشکان بیماران عفونت آمیزشی را به درستی درمان کرده‌اند. به‌طور مشابه، مطالعه دیگری نتایج نشان داد که عملکرد پزشکان (یعنی تشخیص و درمان سندرم‌ها طبق دستورالعمل‌ها) بسیار ضعیف است (۲۹، ۳۰) و به نظر می‌رسد که در مطالعه حاضر پزشکان، عملکرد نسبتاً خوبی در استفاده از دستورالعمل‌های درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی داشته‌اند و در واقع با تأکیدات و آموزش‌هایی که در نظام سلامت کشور جهت کارکنان برگزار می‌شود، این نتیجه قابل‌تأمل است.

نتایج این مطالعه نشان داد که در بیش از ۵۰ درصد موارد کارکنان به درمان شریک جنسی مددجو و تجویز دارو برای شریک جنسی اهمیت می‌دهند. این نتیجه با نتیجه مطالعه‌ای که در کامپالای اوگاندا انجام شد نسبتاً همخوانی دارد، به‌گونه‌ای که در آن مطالعه نشان داده شد که ۷۸ درصد افراد در مورد شریک جنسی بیمار از وی سؤال می‌کنند و مشاوره می‌دهند (۱۶). گاوندر و همکاران گزارش کردند که در مطالعه آن‌ها تنها ۴ نفر (۹/۵ درصد) از پزشکان همیشه پس از مراجعه بیمار مبتلا به عفونت‌های آمیزشی، اطلاعات مربوط به شریک جنسی را مورد توجه قرار می‌دهند (۱۰). نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از کارکنان اقدامات جهت پیگیری بیمار را انجام داده‌اند. و به نظر نمی‌رسد که در این زمینه دقت لازم توسط کارکنان انجام گرفته شده است. در مطالعه زارعی و همکاران نیز در رابطه با شناسایی عوامل اساسی مؤثر بر ترجیح مراکز درمانی سایر شهرستان‌ها توسط بیماران بومی یکی از علل آن پیگیری و پایش علل ارجاع ذکر شده است (۳۱). در مطالعه‌ای آموزش‌ها و توضیحات پزشکان و پرستاران از وضوح و کفایت لازم برای مددجویان برخوردار نبوده است و این ضعف به‌ویژه در زمینه‌هایی چون چگونگی پیگیری و مراقبت از ضایعات، آگاهی از محدودیت‌ها و فعالیت‌های مجاز، مسائل مربوط به داروهای مصرفی و تغذیه وجود داشته است. همچنین مطالعات دیگر نشان دادند که آموزش به پزشکان و افزایش دانش آنان باعث بهبود عملکردشان از نظر ارتباط بهتر با مددجو، ارزیابی خطر، ارزیابی بالینی، تشخیص و درمان، پیگیری بیمار می‌شود (۲۸، ۲۹، ۳۲). با توجه به اینکه آگاهی از یک موضوع نشان‌دهنده عملکرد و تغییر

نگرش مثبتی نسبت به عفونت‌های آمیزشی ندارند چراکه سابقه بالینی بیمار را در نظر نمی‌گیرد (۲۶). بر اساس نتایج، بین نمره نگرش و مؤلفه‌های کیفیت تشخیص و درمان در بین ماماها و پزشکان رابطه وجود نداشت. و احتمالاً در مطالعه حاضر به دلیل کم بودن تعداد کارکنان (۷۵ نفر) ارتباط آماری معنی‌داری بین نگرش آنان و کیفیت تشخیص و درمان مشاهده نشده است و پیشنهاد می‌شود این مورد با تعداد نمونه بیشتری موردبررسی قرار گیرد.

داده‌ها حاکی از آن است که میانگین امتیاز دانش پزشکان نسبت به درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی در محدوده خوب قرار دارد. درحالی‌که در مطالعاتی که در تایوان و اتیوپی انجام شد، نشان داد بیشتر پزشکان نسبت به پروتکل‌های درمان عفونت‌های آمیزشی آگاهی کمی دارند (۱۷، ۲۷). در مطالعه‌ای که در ۶ منطقه آفریقا نیز انجام شد نشان داد که تنها ۱۴ درصد پزشکان نسبت به روش درمان بر اساس پروتکل STI آگاهی دارند و بیماران را بر اساس پروتکل درمان می‌کنند (۱۴). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه گاوندر^۱ و همکاران که نشان داد تنها ۳ درصد از کارکنان از روش درمان صحیح که شامل نام دارو، میزان، فراوانی مصرف و مدت مصرف آگاهی دارند، و جهت درمان سندروم‌ها از کتاب‌های پزشکی، اینترنت و... استفاده می‌کنند. که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۰). به نظر می‌رسد استفاده از پروتکل درمان سندرمیک عفونت‌های آمیزشی در مطالعه حاضر در پزشکان به‌خوبی آموزش داده شده است. نتایج نشان داد که بین سطح دانش پزشک و کیفیت درمان از نظر مشاوره و پیشگیری رابطه آماری معناداری وجود دارد. این نتایج با نتیجه مطالعه که در تابوان انجام شد همخوانی دارد، به‌طوری‌که در این مطالعه بیش از ۸۰ درصد پزشکان جهت تشخیص سندروم‌ها، ۶۱ درصد جهت مشاوره، ۵۰ درصد جهت پیشگیری و ۳۱ درصد جهت درمان شریک جنسی نیاز به مشاوره داشتند (۲۷). همچنین مطالعات دیگر نشان داد که آموزش به پزشکان و افزایش آگاهی پزشکان باعث بهبود عملکرد پزشکان از نظر ارتباط بهتر با مددجو، ارزیابی خطر، ارزیابی بالینی، پیگیری بیمار، مشاوره و درنهایت بهبود پیامد بیماری می‌شود (۱۴، ۲۶). همان‌طور که می‌دانیم یکی از موانع مهم در کنترل و درمان و مراقبت عفونت‌های آمیزشی عدم مشاوره مددجو است. مشاوره برای شناسایی افراد در معرض خطر و تغییر رفتار افراد بسیار ضروری است. باین‌حال کیفیت و نحوه انجام مشاوره بسیار مهم است و کمبود زمان پزشکان یکی از عوامل تأثیرگذار در انجام و کیفیت مشاوره است (۲۸). یکی از دلایل پیروی از پروتکل به‌ویژه در حیطه انجام تست اچ آی وی، مشاوره و بهداشت جنسی ممکن است، این

¹ Govender

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله نویسندگان از ماماها، پزشکان و تمامی زنانی که در مراحل مختلف این طرح همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

حمایت مالی تحقیق:

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مامایی با شماره ۳۹۷۶۷۱، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

تضاد منافع:

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

ملاحظات اخلاقی:

کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان این مطالعه را تأیید کرد (کد: IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.034).

رفتار بر این اساس نیست، می‌توان نتیجه گرفت که حتی در صورت وجود دانش خوب، ممکن است پیروی از دستورالعمل‌ها دشوار باشد. و کارکنان باید پس از آموزش تحت نظارت و ارزیابی قرار گیرند. همچنین به نظر می‌رسد همکاری ماما و پزشک در تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی با توجه به درمان سندرمی مناسب باشد. اما عدم دقت در پیگیری بیمار و شریک جنسی وی را می‌توان مانعی در درمان سندرمی عفونت‌های آمیزشی دانست. از آنجاکه در درمان سندرمی عفونت‌های آمیزشی زنان، دسترسی مستقیم به شریک جنسی جهت درمان/مشاوره و بررسی از نظر تبعیت کردن از دستور دارویی پزشک امکان‌پذیر نیست، ضروری است در زمینه آموزش و ارزیابی کارکنان در پیگیری بیماران و شرکای جنسی آنان دقت بیشتری شود.

محدودیت‌های مطالعه:

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد کم کارکنان بود. و توصیه می‌شود این مطالعه بر روی تعداد بیشتری از کارکنان انجام گیرد.

References:

1. Patel NJ, Mazumdar VS. The current status of sexually transmitted infections/reproductive tract infections in Vadodara City: Health-care provider perspective. *Ind J Comm Med* 2019;44(3):247-51. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_382_18
2. McElligott KA. Mortality from sexually transmitted diseases in reproductive-aged women: United States, 1999-2010. *Am J Pub Health* 2014;104(8):e101-e5. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302044>
3. Fu L, Sun Y, Han M, Wang B, Xiao F, Zhou Y, et al. Incidence trends of five common sexually transmitted infections excluding HIV from 1990 to 2019 at the global, regional, and national levels: results from the global burden of disease study 2019. *Front Med* 2022;9:851635. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.851635>
4. Nasirian M, Baneshi MR, Kamali K, Haghdoost AA. Population-based survey on STI-associated symptoms and health-seeking behaviours among Iranian adults. *Sex Transm Inf* 2016;92(3):232-9. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052060>
5. Nasirian M, Baneshi MR, Kamali K, Haghdoost AA. Estimation of Prevalence and Incidence of Sexually Transmitted Infections in Iran; A model-based approach. *J Res Health Sci* 2015;15(3):168-74.
6. Van Gerwen OT, Muzny CA, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections and female reproductive health. *Nat Microbiol* 2022;7(8):1116-26. <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01177-x>
7. Smolareczyk K, Mlynarczyk-Bonikowska B, Rudnicka E, Szukiewicz D, Meczkański B, Smolareczyk R, et al. The Impact of Selected Bacterial Sexually Transmitted Diseases on Pregnancy and Female Fertility. *Int J Mol Sci*. 2021 Feb 22;22(4):2170. <https://doi.org/10.3390/ijms22042170>
8. Workowski KA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70. <https://doi.org/10.15585/mmwr.r7004a1>
9. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, Gilligan PH, et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2018 update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for

- Microbiology. Clin Infect Dis 2018;67(6):e1-e94.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciy381>
- 10 .Govender I, Uchenna C. Knowledge, attitudes and practices of doctors at Jubilee Hospital, Tshwane District, regarding the syndromic management guidelines for sexually transmitted infections. S Afr Fam Pract 2018;60(5):155-61.
<https://doi.org/10.1080/20786190.2018.1487212>
- 11 .Peters RP, Klausner JD, De Vos L, Feucht UD, Medina-Marino A. Aetiological testing compared with syndromic management for sexually transmitted infections in HIV-infected pregnant women in South Africa: a non-randomised prospective cohort study. Int J Obstetr Gynaecol 2021;128(8):1335-42.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16617>
- 12 .Otieno FO, Ndivo R, Oswago S, Ondiek J, Pals S, McLellan-Lemal E, et al. Evaluation of syndromic management of sexually transmitted infections within the Kisumu Incidence Cohort Study. Int J STD AIDS 2014;25(12):851-9.
<https://doi.org/10.1177/0956462414523260>
- 13 .Loh AJ, Ting EL, Wi TE, Mayaud P, Chow EP, Santesso N, et al. The diagnostic accuracy of syndromic management for genital ulcer disease: a systematic review and meta-analysis. Front Med 2022;8:806605.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2021.806605>
- 14 .Organization WH. Fact sheet: sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2016.
- 15 .Khaledi A, Javadzade H, Marzban M, Reisi M. The effect of educational intervention based on health belief model on voluntary hiv testing in couples referring to the pre-marriage counseling center of bushehr: A web-based study. Nurs Midwifery J 2023;21(3):184-94.
<https://doi.org/10.61186/unmf.21.3.184>
- 16 .Nawagi F, Mpimbaza A, Mukisa J, Serwadda P, Kyalema S, Kizza D. Knowledge and practices related to sexually transmitted infections among women of reproductive age living in Katanga slum, Kampala, Uganda. Afr Health Sci 2016;16(1):116-22.
<https://doi.org/10.4314/ahs.v16i1.15>
- 17 .Alemayehu A, Godana W. Knowledge and practice of clinicians regarding syndromic management of sexually transmitted infections in public health facilities of Gamo Gofa Zone, South Ethiopia. Journal of sexually transmitted diseases. 2015;2015.
<https://doi.org/10.1155/2015/310409>
- 18 .Valizadeh L, Vasli P, Yadegar Tirandaz S. Comparative study of community health nursing master's education program in Iran and University of California San Francisco. Nurs Midwifery J 2024;21(10):789-803.
<https://doi.org/10.61186/unmf.21.10.789>
- 19 .Organization WH. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: World Health Organization; 2022.
- 20 .Ministry of Health TaME, Infectious Diseases Management Center, AIDS and Sexually Transmitted Diseases Control Department. Special for doctors, Iran. National guide to the care and treatment of communicable infections 2022.
- 21 .Lawshé CH. A quantitative approach to content validity. Person Psychol 1975;28(4):563-75.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 22 .Ham DC, Hariri S, Kamb M, Mark J, Ilunga R, Forhan S, et al. Quality of sexually transmitted infection case management services in Gauteng Province, South Africa: An evaluation of health providers' knowledge, attitudes, and practices. Sex Transmitt Dis 2016;43(1):23-9.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000383>
- 23 .Lan PT, Mogren I, Phuc HD, Lundborg CS. Knowledge and practice among healthcare providers in rural Vietnam regarding sexually transmitted infections. Sex Transmitt Dis 2009;36(7):452-8.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31819fe9ae>
- 24 .Daemers DO, van Limbeek EB, Wijnen HA, Nieuwenhuijze MJ, de Vries RG. Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. BMC Pregn Childbirth 2017;17:1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>

- 25 .Abdollahpour S, Bayrami R, Ghasem Zadeh N, Alinezhad V. Investigating the effect of implementation of respecting pregnant women training workshop on knowledge and performance of midwives. *N Nurs Midwifery J* 2023;21(4):334-42. <https://doi.org/10.61186/unmf.21.4.334>
- 26 .Zucker J, Carnevale C, Theodore DA, Castor D, Meyers K, Gold JA, et al. Attitudes and perceived barriers to sexually transmitted infection screening among graduate medical trainees. *Sex Transmitt Dis* 2021;48(10):e149-e52. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001396>
- 27 .Tsai C-H, Lee T-C, Chang H-L, Tang L-H, Chiang C-C, Chen K-T. The cost-effectiveness of syndromic management for male sexually transmitted disease patients with urethral discharge symptoms and genital ulcer disease in Taiwan. *Sex Transmitt Infect* 2008;84(5):400-4. <https://doi.org/10.1136/sti.2007.028829>
- 28 .Wu Z. HIV and STI risk reduction through physician training. *The Lancet Global Health*. 2016;4(1):e2-e3. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00281-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00281-8)
- 29 .Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. 8th Edition ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- 30 .Chesson HW, Mayaud P, Aral SO. Sexually transmitted infections: impact and cost-effectiveness of prevention. *Major Infectious Diseases* 3rd ed Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2017. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0524-0_ch10
- 31 .Zarei G, Nateghi A. Local clients escape: Identifying essential factors affecting native patients' preference for other city medical centers. *J Healthc Manag* 2019;10(3):55-65.
- 32 .Arends SA, Thodé M, Pasman HRW, Francke AL, Jongerden IP. How physicians see nurses' role in decision-making about life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: an interview study. *Patient Edu Counsel* 2023;114:107863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107863>

INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MIDWIVES AND DOCTORS ON THE QUALITY OF SYNDROMIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION IN WOMEN REFERRING TO COMPREHENSIVE HEALTHCARE CENTERS IN ISFAHAN CITY IN 2019

Zahra Boroumandfar^{*1}, Elham Salek², Maryam Nasirian³

Received: 10 March, 2024; Accepted: 18 June, 2024

Abstract

Background& Aim: Sexually transmitted infections (STIs) are a significant global public health issue that impacts people's quality of life, and clinical follow-up of the patients is a crucial aspect of treatment management in the patients. Syndromic treatment may be effective and cost-efficient in improving the care of STI patients. This study aimed to determine the relationship between the knowledge and attitude of midwives and doctors with the quality of diagnosis and treatment of STIs in women.

Materials & Methods: This is a descriptive cross-sectional and correlation study, in which, 70 midwives and doctors were included by census method, and 267 women covered by comprehensive healthcare centers were selected using convenience sampling method. History taking, consultation and treatment by the personnel, as well as the diagnosis and treatment checklist for each visit were done in women referring to receive routine care and observed and completed by the researcher. The researcher completed a diagnosis and treatment checklist for each client. Data were analyzed by SPSS software version 22.0 using descriptive and inferential tests.

Results: There was a significant relationship between the physician's level of knowledge and the quality of treatment, as well as between the midwife's knowledge and the accuracy of diagnosis of sexually transmitted infections based on syndromic treatment (P values < 0.05). Paying attention to the treatment of the sexual partner as well as the prescription of medicine for women by the personnel for 53% of the women under investigation was done based on syndromic treatment.

Conclusion: Since knowledge of a topic does not indicate performance and behavior changes accordingly, it may be challenging to follow instructions even with moderate to high knowledge. Personnel should be monitored and evaluated after receiving training.

Keywords: Attitude, Knowledge, Sexually Transmitted Infections, Staff, Syndromic Treatment

Address: Nursing and midwifery faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: +983107927536

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Associate Professor, Reproductive health, Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

² Master's degree, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran