مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۱۱. شماره ۳. پاییز۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

بررسی میزان شیوع بالینی بیماری‌های مقاربتی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر زاهدان

فاطمه سعیدی‌نژاد*[1]،حسین انصاری[2]، مجید سرتیپی[3]، نرجس نوری[4]، احمد بلوری[5]

۱. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۴. گروه زنان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، بیمارستان علی ابن ابیطالب(ع)، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۵. گروه قلب، دانشکده پزشکی، بیمارستان علی ابن ابیطالب(ع)، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: عفونت‌های آمیزشی عموماً از طریق تماس جنسی انتقال می‌یابند و جزء بیماری‌هایی است که امروزه در جهان به شیوع بالایی رسیده است؛ لذا این مطالعه باهدف بررسی میزان شیوع بالینی بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به مطب‌ها و کلینیک‌های زنان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی،۱۵۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مطب‌ها و کلینیک‌های زنان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند.برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری ساده و در دسترس استفاده شد. داده‌ها از طریق چک‌لیست جمع‌آوری شد. نتایج با استفاده از نرم افزار STATA14 با سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: در این پژوهش، شیوع بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی در زنان شهر زاهدان ۲۰/۴ درصد می باشد، به طوری که میزان شیوع تریکومونیازیس۷/۲٪، کلامیدیازیس۴/۱٪، گنوره ۲/۱٪، سیفلیس ۰/۷٪، زگیل تناسلی ۳/۸٪، تبخال تناسلی ۲/۵٪ بود. متغیرهای شغل، ازدواج مجدد همسر، سفر خارج از کشور همسر، تعداد ازدواج، سابقه ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و سیگاری بودن فرد رابطه معنی‌داری با ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی داشتند.

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی شیوع بالینی بیماری‌های آمیزشی بیشتر از حد انتظار بود. به نظر می‌رسد شیوع این بیماری‌ها به‌خصوص در کوهورت‌های جدیدتر با توجه به جوانی جمعیت افزایش پیدا می‌کند و نیاز مبرم به آموزش، آگاهی و غربالگری دوره ای افراد در معرض خطر توصیه می شود.

کلید واژه‌ها:
بیماری‌های مقاربتی، عفونت‌های آمیزشی، شیوع، زنان، تماس جنسی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

***آدرس نویسنده مسئول: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت**
آدرس پست الکترونیک: fatemehsaeedi1377@gmail.com

مقدمه

عفونت‌های آمیزشی عموماً از طریق تماس جنسی انتقال می‌یابند و جزء بیماری‌هایی است که امروزه در جهان به شیوع بالایی رسیده است، حداقل سی عامل بیماری‌زای شناخته شده برای عفونت های آمیزشی وجود دارد که مهم ترین آن‌ها شامل نایسریا گنوره، کلامیدیا تراکوماتیس، تریکومونیازیس، سوزاک، سفلیس،تبخال تناسلی[1](HSV) /زگیل تناسلی[2](HPV) و اچ آی وی HIV[3] هستند(۱). عفونت‌های مقاربتی، بار زیادی بر سلامت جنسی و باروری در سراسر جهان وارد می کند، که در این میان سه بیماری مقاربتی باکتریایی، یعنی کلامیدیا تراکوماتیس (CT) (کلامیدیاز)، نایسریا گونوره (سوزاک)، و ترپونما پالیدوم (سیفلیس)، و یک بیماری مقاربتی انگلی، تریکوموناس واژینالیس (تریکومونیازیس)، در حال حاضر قابل درمان هستند، در حالی که پنج بیماری ویروسی ، ویروس(HIV) ، ویروس پاپیلومای انسانی، ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) و ویروس های هپاتیت B[4](HBV) وC[5](HCV) ، می توانند مزمن یا مادام العمر باشند (۲،۳). در سال ۲۰۲۰ حدود ۳۷٤ میلیون عفونت جدید شامل:کلامیدیا ۱۲۹ میلیون ،سوزاک ۸۲ میلیون ،سیفلیس ۷ میلیون و تریکومونیازیس ۱٥٦ میلیون گزارش شده اند (٤). در این میان شیوع جهانی کلامیدیا۳/۸ درصد، گنوره ۰/۹ درصد، تریکومونیازیس ٥/۳ درصد و سیفلیس ۰/٥ درصد گزارش شد (٥). همچنین در ایالات متحده بر روی زنان شیوع تریکومونیازیس ۱٤/٦ درصد، کلامیدیازیس۸/٦ درصد،گنوره ۳ درصد، هرپس سیمپلکس٤۰/٤ درصد و اچ ای وی ۰/٤ درصد بود (٦). در ایران نیز، به طور کلی شیوع بیماری های مقاربتی ۱۱/٤ درصد می باشد (۷). به طوری که میزان شیوع نایسریا گنوره ۲درصد، کلامیدیا تراکوماتیس ٥/۳ درصد و تریکومونیازیس ٤ درصد بود (۸). علائم بالینی در این بیماری‌ها شامل: ترشح مجرا، زخم ناسلی، ترشح مهبلی، درد زیر شکم، التهاب رکتوم، تورم غدد کشاله ران و عفونت‌های چشمی خطرناک برای نوزادان می‌باشد (۹).

ابتلا به عفونت‌های آمیزشی می تواند پیامدهای مخربی به همراه داشته باشد، که یکی از مهمترین آن‌ها، به خطر افتادن سلامتی کل جامعه اشاره نمود. از این روز مطالعات گوناگون به عوارض ناشی از این عفونت‌ها پرداخته اند و علائم مختلفی را برای این بیماری گزارش کرده اند (۱۰) .در همین رابطه می‌توان عوارض را به دو دسته کلی جسمی و روحی-روانی تقسیم کرد. به طور مثال ناباروری، بیماری‌های التهابی لگن، بارداری‌های خارج رحمی، سرطان سرویکس و عفونت‌های مادرزادی را می توان به عنوان مهمترین عوارض جسمی نام برد (۱۱) و احساس شرمساری، تنهایی، انزوا و افسردگی را بعنوان عوارض روانی در این بیماری اشاره کرد (۱۲). که این موضوع اهمیت زیادی دارد. از انجا که درکشور ما به دلایل فرهنگی و مذهبی بیان مشکلات جنسی و زناشویی راحت نیست، وجود این اختلال‌ها در رفتارهای روزانه افراد به صورت درگیری‌های خانوادگی و اجتماعی اتفاق می افتد (۱۳). بی‌توجهی به این موضوع و معضلات اجتماعی وابسته به آن که پیامدهای ثانویه این بیماری هستند، مانند طلاق، جرم، جنایت، اعتیاد به مواد مخدر و بیماری‌های روحی-روانی و جسمی سلامت جامعه را تهدید می‌کند (۱٤). از سوی دیگر، رفتارهای مانند داشتن شرکای جنسی متعدد و یا همزمان، بی ثباتی وضعیت اقتصادی اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، رابطه جنسی محافظت نشده، استفاده نامنظم از کاندوم، سطح تحصیلات پایین، خشونت جنسی بر خطر بیماری‌های مقاربتی تاثیر می گذارد (۱٥). شواهد نشان می دهد که همزمان با کاهش سن بلوغ و افزایش سن ازدواج، افزایش شمار ازدواج‌های موقت و دسترسی به اطلاعات غیر رسمی مثل ماهواره و اینترنت، آن‌ها را در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار می‌دهد (۱۱). مطالعات مختلفی در ایران برای

1. Herpes simplex virus
2. Human papillomavirus infection
3. Human immunodeficiency virus
4. Hepatitis B virus
5 .Hepatitis C virus

تعیین شیوع عفونت های مقاربتی در جمعیت های مختلف انجام شده است. با این حال، اکثر این مطالعات در میان جمعیت‌های پرخطر یا زنان علامت‌دار و نه بر روی یک جمعیت بزرگ و نماینده انجام شده است. با توجه به تغییر ساختار جمعیتی در کشور، متناسب با آن ساختار شیوع عفونت های مقاربتی نیز در حال تغییر می باشد لذا اطلاعات مربوط به چنین تغییراتی به مدیران نظام سلامت کمک می کند تا بتوانند سیاستهای صحیح سلامتی را برنامه ریزی نمایید.و همچنین عدم وجود آمار نسبتا دقیق شیوع بیماری های مقاربتی در زنان استان سیستان و بلوچستان و علاوه بر این وجود مشکلات فرهنگی و اجتماعی در استان نیاز به شناسایی تأثیر عفونت های مقاربتی بر سلامت زنان و عوامل جمعیت شناختی افراد مبتلا برای شناسایی شیوع و عوامل خطر عفونت های مقاربتی و انجام مداخلات مناسب وجود دارد. بنابراین؛ مطالعه‌ای در این استان، با هدف "بررسی میزان شیوع بالینی بیماری‌های مقاربتی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ " اجرا شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش را کلیهٔ زنان مراجعه‌کننده به مطب‌های زنان و کلینیک‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲، که دارای معیارهای ورود (رضایت کامل شرکت در مطالعه و همه سنین به این صورت که هر فردی که به مطب یا بیمارستان مراجعه داشته مورد بررسی قرار گرفته است) به مطالعه بودند تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه قبلی (۱۶) استفاده شد. در مطالعه ذکر شده، شیوع بیماری های مقاربتی در زنان طبق مطالعه قبلی ۱۲/۳ درصد با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۲ و خطای نوع اول ۰/۰۵ ، حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مطالعه شیوع ، ۱۰۳۶ نمونه براورد شد. با توجه به تعدد متغیر های مستقل مورد بررسی و پراکندگی مطب ها و در ماذگاه های زنان در زاهدان جهت افزایش اعتماد و اعتبار خارجی تعداد نمونه به ۱۵۰۰ نفر افزایش پیدا می کند.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 \times P(1-P)}{(d)^2} = \frac{(1.96)^2 \times 0.123 * 0.877}{(0.02)^2} = 1036$$

پس از تصویب طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (IR.ZAUMS.REC.1401.440) و کسب مجوز های لازم محقق بر اساس یک برنامه زمان بندی شده و هماهنگی با مطب ها و کلینیک های انتخاب شده (۵ مطب خصوصی، ۲ کلینیک بیمارستانی و ۲ مطب مامائی، ۲ مرکز جامع سلامت) در نمونه گیری،به طور سهمیه ای با مشخص کردن سهم هر کدام از این مراکز به طور تقریبی، اقدام به نمونه گیری شد. نمونه گیری به صورت آسان و در دسترس بود. برای اعمال تصادف به طور تصادفی در یکی از روزهای هفته به مطب ها یا بیمارستان مراجعه کرده و در مطب یا کلینیک به صورت آسان و در دسترس در هر دفعه مراجعه حدود ۲۰ تا ۲۵ نمونه انتخاب شد. پس از توضیح اهداف پژوهش برای زنان مراجعه‌کننده درباره بی‌نامی چک لیست و محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد و از آنان خواسته شد تا در صورت تمایل وارد مطالعه شوند. ابزار جمع آوری داده ها چک لیست محقق ساخته و معاینه و گزارش توسط پزشک متخصص زنان بود که چک لیست شامل مشخصات فردی که دارای سوالاتی جهت سنجش مشخصات دموگرافیک ، مشخصات مربوط به ازدواج و سوابق دارویی و دخانیات فرد و متغیرهای مربوط به سابقه بیماری های زمینه ای و جنسی بود. در هنگام تکمیل چک‌لیست شرایط گرفتن مصاحبه مانند ایجاد محیط آرام با هماهنگی پزشک و منشی فراهم می‌شد و در صورت عدم همکاری، یکی از افرادی که همان روز به مطب مراجعه کرده جایگزین فرد شده است. درصورتی‌که فرد از ادامه مصاحبه دچار خستگی می‌شد به وی استراحت داده شد. در نهایت بعد از اتمام مصاحبه هر فرد هنگامی که به پزشک متخصص زنان و زایمان و یا ماما مراجعه می‌کرد از گزارش آن‌ها برای نتیجه‌ای که وی بیماری آمیزشی دارد یا ندارد و یا اگر دارد نوع آن بیماری، به‌عنوان نتیجه نهایی مورداستفاده قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها آمار توصیفی شامل فراوانی‌ها، درصدها، میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و

جهت تحلیل داده ها از آزمون های آماری، مجذور کای برای تعیین ارتباط متغیر های کیفی با یکدیگر و برای تعیین ارتباط متغیرهای کمی با کیفی از آزمون آماری تی مستقل و آزمون دقیق فیشر مورداستفاده قرار گرفت و همچنین جهت تحلیل متغیر های مؤثر در رخداد بیماری های مقاربتی در حضور یکدیگر (تحلیل داده‌های چندمتغیره) و کنترل مخدوش‌کننده‌های احتمالی از رگرسیون لجستیک به‌صورت Forward استفاده شد. داده‌ها تحت نرم‌افزار Stata 14 با سطح معناداری ۰/۰۵ درصد تجزیه‌وتحلیل صورت گرفت.

نتایج

زنان شرکت‌کننده در این مطالعه در بازۀ سنی ۱۸ تا ٦۲ سال با میانگین سنی ۹/۵۰٦±۳۲/۹۵ بودند. در این مطالعه ٦۰ ٪ زنان خانه دار و اکثر آنان ساکن شهر بودند (۸۷/۷٪). علاوه بر این ٥٤٪ زنان تعداد فرزند ۲ فرزند و بیشتر داشتند. ٥٪ شان سابقه ابتلا به بیماری های مقاربتی را در گذشته ذکر کردند. در این پژوهش از ۱۵۰۰ نمونه، ۳۰۵ نفر(۲۰/٤٪) از زنان به صورت بالینی مبتلا به بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی بودند، به طوری که بیشترین میزان شیوع مربوط به تریکومونیازیس۷/۲٪، سپس به ترتیب کلامیدیازیس٤/۱٪، زگیل تناسلی ۳/۸٪، تبخال تناسلی ۲/٥٪، گنوره ۲/۱٪، سیفلیس ۰/۷٪ می باشد و هیچ مورد بالینی اچ آی وی یافت نشد. وضعیت شغلی، سابقه سفر به خارج از کشور همسر و ازدواج مجدد همسر، سابقه ابتلا به بیماری مقاربتی در فرد، مصرف سیگار و تعداد ازدواج فرد، به طور معنی داری با خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی مرتبط بودند. در مطالعه حاضر شیوع بیماری های مقاربتی بر اساس سن در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال ۲۲/۸ درصد، در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال ۲۰/٦ درصد و در گروه سنی بالای ۳۰ سال ۱۹/۸ درصد می باشد. در زنانی که همسرشان ازدواج های دیگری داشت و زنانی که همیشه سیگار مصرف می کردند احتمال ابتلا به این بیماری ها به ترتیب ۲/۰۳ و ٤/٥٤ برابر بیشتر از سایر گروه ها بود. احتمال ابتلا ۱/٥۹ برابر در زنان خانه‌دار بیشتر بود (CI 95%, 1.11-2.26 ; p<0.001) (جدول۱). علاوه بر این احتمال ابتلا بیماری مقاربتی در زنانی که همسرشان سابقه سفر به خارج از کشور را داشتند ۲/۱۰ برابر زنانی بود که این شرایط را نداشتند (CI 95%, 1.41-3.12 ; p<0.001). همچنین در رابطه با تعداد ازدواج در زنان، احتمال ابتلا به بیماری مقاربتی در زنانی که یکبار ازدواج کرده اند ۲/۰٤ (CI 95%, 1.22-5.09 ; p<0.001) برابر و در زنانی که بیش از دوبار ازدواج کرده اند٦/۱۲ (CI 95%, 2.21-25.74 ; p=0.009) برابر زنانی است که هرگز ازدواج نکرده اند (جدول۲). ٥/۳ ٪ افراد سابقه ابتلا به بیماری مقاربتی داشتند که شامل ۱/۲٪ تریکومونیازیس، ۰/٤٪ کلامیدیازیس، ۲٪/۲ زگیل تناسلی و ۱٪ تبخال تناسلی بودند همچنین ۱٪ زنان همسرشان سابقه ابتلا به بیماری مقاربتی داشتند که شامل ۰/۷٪ زگیل تناسلی و ۰/٤٪ تبخال تناسلی بودند.در رابطه با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری ۱۰/۱٪ افراد تحت مطالعه ما مصرف می کردند و شانس ابتلا به بیماری های مقاربتی در این زنان۱/۹۸ برابر زنانی که مصرف نمی کردند بود-(CI 95%, 1.37 p<0.001) (جدول۳و٤).

جدول ۱: شیوع ابتلا به بیماری مقاربتی در زنان بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی و نسبت شانس برآورد شده برای هر ارتباط

متغیرهای دموگرافیک			دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
	بیماری مقاربتی	دارد (٪)	ندارد (٪)	P-value	OR[6] (%95CI)	P-value	OR(%95CI)
شغل	خانه‌دار	۲۲۹(۲٥/۱)	٦۸٥(۷٤/۹)	<۰/۰۰۱	۲/۲٤(۱/۲-٦۸/۹۷)	<۰/۰۰۱	۱/٥۹(۱/۱۱ -۲/۲٦)
	شاغل	۷٦(۱۳)	٥۱۰(۸۷)		۱		۱
تحصیلات	بی‌سواد	۳۰(۲۹/۱)	۷۳(۷۰/۹)	<۰/۰۰۱	۱/۹٦(۱/۲۱ -۳/۱۷)	۰/۱	NS[7]

6.Odds ratio
[7] Not significant

متغیرهای دموگرافیک				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
	ابتدایی – راهنمایی	۸۰(۲۷/٤)	۲۱۲(۷۲/٦)		۱/۸۰(۱/۲۸ –۲/۵۳)		
	متوسطه	۹۸(۱۸)	٤٤٦(۸۲)		۱/۰۵(۰/۷۷ –۱/٤۳)		
	دانشگاهی	۹۷(۱۷/۳)	٤٦٤(۸۲/۷)		۱		
شغل همسر	بیکار	۱۹(۳۰/۲)	٤٤(٦۹/۸)	<۰/۰۰۱	۲/۳۰(۱/۲۷ –٤/۱٦)	۰/۷	NS
	شغل آزاد	۱۲۹(۲۳/٤)	٤۲۳(۷٦/٦)		۱/٦۲(۱/۱۸ –۲/۲۳)		
	نظامی	۲۹(۱۷/٦)	۱۳٦(۸۲/٤)		۱/۱۳(۰/۷۰ –۱/۸۲)		
	کارگر	۲٤(۳۸/۷)	۳۸(٦۱/۳)		۳/۳٦(۱/۹۰ –۵/۹٤)		
	بازنشسته	۱۱(۱۱/۲)	۸۷(۸۸/۸)		۰/٦۷(۰/۳٤ –۱/۳۲)		
	کارمند	۷۳(۱۵/۸)	۳۸۹(۸٤/۲)		۱		
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۱۹(۲٦/٤)	۵۳(۷۳/٦)	۰/۵۵۹	۱/٤۸(۰/۸٤ –۲/٦۳)	۰/٦	NS
	ابتدایی – راهنمایی	۵۳(۲۱/۱)	۱۹۸(۷۳/۹)		۱/۱۱(۰/٦۱ –۱/۳۰)		
	متوسطه	۱۱٦(۱۹/۹)	٤٦۷(۸۰/۱)		۱/۰۳(۰/۷٦ –۱/۳۹)		
	دانشگاهی	۹٦(۱۹/٤)	۳۹۹(۸۰/٦)		۱		
محل سکونت	روستا	۵٦(۳۰/۳)	۱۲۹(٦۹/۷)	<۰/۰۰۱	۱/۸۵(۱/۳۱ –۲/٦۱)	۰/۳	NS
	شهر	۲٤۹(۱۸/۹)	۱۰٦٦(۸۱/۱)		۱		
وضعیت اقتصادی – اجتماعی	پایین	۱۱۹(۲٤/۳)	۳۷۱(۷۵/۷)	۰/۰۱۷	۱/۲۸(۰/۹٤ –۱/۷٤)	۰/٤	NS
	متوسط	۹۵(۱۷/۲)	٤۵۸(۸۲/۸)		۰/۸۳(۰/٦۰ –۱/۱٤)		
	بالا	۹۱(۲۰)	۳٦٤(۸۰)		۱		
سن	کمتر از ۲۰ سال	۲۸(۲۲/۸)	۹۵(۷۷/۲)	۰/۷	۱/۱۹(۰/۷ –۱/۸۸)	۰/٦	NS
	۳۰–۲۰ سال	۱۱۸(۲۰/٦)	٤۵٦(۷۹/٤)		۱/۰٤(۰/۸ –۱/۳٦)		
	بالاتر از ۳۰ سال	۱۵۹(۱۹/۸)	٦٤٤(۸۰/۲)		۱		

جدول ۲: شیوع ابتلا به بیماری مقاربتی در زنان بر اساس متغیرهای مربوط به ازدواج و نسبت شانس برآورد شده برای هر ارتباط

متغیرهای مربوط به ازدواج				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
بیماری مقاربتی		دارد (٪)	ندارد (٪)	P-value	OR(%95CI)	P-value	OR(%95CI)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۷۵(۲۰)	۱۰۹۹(۷۹/۹)	۰/۰۰۳	۲/۷۵(۰/۹۸ –۷/۷۲)	۰/۳	NS
	مطلقه	۱٦(۳۸/۱)	۲٦(٦۱/۹)		٦/۷۵(۲/۰٤ –۲۲/٤۳)		
	بیوه	۱۰(۲۷/۷)	۲٦(۷۲/۲)		٤/۲۳(۱/۲۰ –۱٤/۸٦)		
	مجرد	٤(۸/۳)	٤٤(۹۱/٦)		۱		
ازدواج مجدد همسر	بله	۸۰(۳۹/۲)	۱۲٤(٦۰/۸)	<۰/۰۰۱	۳/۰۷(۲/۲٤ –٤/۲۱)	<۰/۰۰۱	۲/۰۳(۱/۳٦ –۳/۰٤)
	خیر	۲۲۵(۱۷/٤)	۱۰۷۱(۸۲/٦)		۱		۱

متغیرهای مربوط به ازدواج				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
سابقه سفر خارج فرد	دارد	٤٢(٣٥/٦)	٧٦(٦٤/٤)	<٠/٠٠١	٢/٣٥(١/٥٧ -٣/٥٠)	٠/٥	NS
	ندارد	٢٦٣(١٩)	١١١٩(٨١)		١		
سابقه سفر خارج همسر	دارد	٦٨(٣٥/١)	١٢٦(٦٤/٩)	<٠/٠٠١	٢/٤٣(١/٧٥ -٣/٣٧)	<٠/٠٠١	٢/١٠(١/٤١ -٣/١٢)
	ندارد	٢٣٧(١٨/١)	١٠٦٩(٨١/٩)		١		١
تعداد ازدواج	صفر	٤(١٠)	٣٦(٩٠)	<٠/٠٠١	١	٠/٠٠٩	١
	یکبار	٢٦٥(١٩/٢)	١١١٥(٨٠/٨)		٢/١٣(١/٧ -٦/٠٦)		٢/٠٤(١/٢ -٥/٠٩)
	دو بار و بیشتر	٣٦(٤٥)	٤٤(٥٥)		٧/٣٦(٢/٣٩ -٢٢/٦٣)		٦/١٢(٢/٢١-٢٥/٧٤)
تعداد فرزند	٠	٤٢(١٦/٥)	٢١٣(٨٣/٥)	٠/٠١	١	٠/٠٨	NS
	١	٦١(١٦/٨)	٣٠٢(٨٣/٢)		١/٠٢(٠/٦٦ -١/٥٧)		
	٢ و بیشتر	٢٠٢(٢٢/٩)	٦٨٠(٧٧/١)		١/٥٠(١/٠٤ -٢/١٧)		
سن ازدواج		Mean±SD	Mean±SD	٠/٠٣	٠/٩٧(٠/٩٤ -٠/٩٩)	٠/٣	NS
		٥/٠٦±٢٠/٦٩	٤/٦٣±٢١/٣٤				

جدول ۳: شیوع ابتلا به بیماری مقاربتی در زنان بر اساس متغیرهای مربوط به دخانیات و نسبت شانس برآورد شده برای هر ارتباط

متغیرهای دخانیات				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
	بیماری مقاربتی	دارد (٪)	ندارد (٪)	P-value	OR(%95CI)	P-value	OR(%95CI)
سیگار	هیچ‌وقت	٢١٧(١٦/٩)	١٠٦٩(٨٣/١)	<٠/٠٠١	١	<٠/٠٠١	١
	گاهی اوقات (١-٢بار در ماه)	٣٦(٣٥/٣)	٦٦(٦٤/٧)		٢/٦٨(١/٧٤ -٤/١٣)		٢/٥٢ (١/٤٩ -٤/٢٦)
	اغلب اوقات (حداقل ١ در هفته)	٣٥(٤٦/١)	٤١(٥٣/٩)		٤/٢٠ (٢/٦١ -٦/٧٥)		٣/٩٣(٢/٢٢ -٦/٩٧)
	همیشه (حداقل ١ بار در روز)	١٧(٤٧/٢)	١٩(٥٢/٨)		٤/٤٠(٢/٢٥ -٨/٦١)		٤/٥٤(٢/٠٢ -١٠/١٩)
قلیان	هیچ‌وقت	١٧٧(١٧/١)	٨٥٩(٨٢/٩)	<٠/٠٠١	١	٠/٣	NS
	گاهی اوقات (١-٢بار در ماه)	٣٦(٣٢/١)	٧٦(٦٧/٩)		٢/٢٩ (١/٤٩ -٣/٥٢)		
	اغلب اوقات (حداقل ١ در هفته)	٥٢(٢٣/٦)	١٦٨(٧٦/٤)		١/٥٠(١/٠٥ -٢/١٣)		
	همیشه (حداقل ١ بار در روز)	٤٠(٣٠/٣)	٩٢(٦٩/٧)		٢/١١(١/٤٠ -٣/١٦)		
	هیچ‌وقت	١٥٢(١٥/٦)	٨٢٥(٨٤/٤)	<٠/٠٠١	١	٠/٥	NS
	گاهی اوقات (١-٢بار در ماه)	٣٢(٣٥/٢)	٥٩(٦٤/٨)		٢/٩٤(١/٨٥ -٤/٦٨)		

متغیرهای دخانیات				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
سیگار همسر							
	اغلب اوقات (حداقل ۱ در هفته)	٤٩(٣٤/٥)	٩٣(٦٥/٥)		٢/٥٨ (١/٩٤ -٤/٢١)		
	همیشه (حداقل ۱ بار در روز)	٥٧(٢٦/٦)	١٥٧(٧٣/٤)		١/٩٧(١/٣٩ -٢/٧٩)		
قلیان همسر	هیچ‌وقت	١٣٨(١٥/٤)	٧٥٧(٨٤/٦)	<٠/٠٠١	١	٠/٨	NS
	گاهی اوقات (۱-۲بار در ماه)	٤٧(٤٣/٥)	٦١(٥٦/٥)		٤/٢٢(٢/٧٧ -٦/٤٤)		
	اغلب اوقات (حداقل ۱ در هفته)	٧٨(٢٧/٢)	٢٠٩(٧٢/٨)		٢/٠٤(١/٤٩ -٢/٨١)		
	همیشه (حداقل ۱ بار در روز)	٣١(٢٣/١)	١٠٣(٧٦/٩)		١/٦٥ (١/٠٦ -٢/٥٦)		

جدول ۴: شیوع ابتلا به بیماری مقاربتی در زنان بر اساس متغیرهای مربوط به سابقه بیماری ها و مصرف دارو و نسبت شانس برآورد شده برای هر ارتباط

متغیرهای سابقه بیماری				دومتغیره (خام)		چندگانه (تعدیل شده)	
بیماری مقاربتی		دارد (٪)	ندارد (٪)	P-value	OR(%95CI)	P-value	OR(%95CI)
سابقه ابتلا به بیماری زمینه‌ای در فرد	دارد	٣٥(٢٠/٦)	١٣٥(٧٩/٤)	٠/٩٢	١/٠١(٠/٦٨ -١/٥١)		NS
	ندارد	٢٧٠(٢٠/٣)	١٠٦٠(٧٩/٧)		١		
سابقه ابتلا به STD در فرد	دارد	٤٤(٥٥/٧)	٣٥(٤٤/٣)	<٠/٠٠١	٥/٥٨(٣/٥١ -٨/٨٨)	<٠/٠٠١	٣/٥٧(٢/٠٢ -٦/٣٠)
	ندارد	٢٦١(١٨/٤)	١١٦٠(٨١/٦)		١		1
سابقه ابتلا به STD در همسر	دارد	١٠(٦٦/٧)	٥(٣٣/٣)	<٠/٠٠١	٧/٨٧(٢/٦٢ -٢٣/٢٢)	٠/٢	NS
	ندارد	٢٩١(٢٠/٣)	١١٤٦(٧٩/٧)		١		
مصرف OCP	دارد	٤٨(٣١/٨)	١٠٣(٦٨/٢)	<٠/٠٠١	١/٩٨(١/٣٧ -٢/٨٦)	٠/٤	NS
	ندارد	٢٥٧(١٩/١)	١٠٩٢(٨٠/٩)		١		
مصرف داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی	دارد	١٣(٢٥)	٣٩(٧٥)	٠/٣٩	١/٣٢(٠/٦٩ -٢/٥٠)	٠/٣	NS
	ندارد	٢٩٢(٢٠/٢)	١١٥٦(٧٩/٨)		١		

بحث

به‌طورکلی این مطالعه نشان داد که شیوع بیماری‌های مقاربتی در زنان، ٢٠/٤ درصد می باشد، به طوری که شیوع تریکومونیازیس٧/٣ درصد، کلامیدیا ٤/٢ درصد،گنوره٢/١ درصد، سیفلیس٠/٧ درصد، زگیل تناسلی٤/١ درصد، تبخال تناسلی ٣/٥ درصد و هیچ مورد بالینی از اچ آی وی یافت نشد. این میزان شیوع، خطر قابل توجهی از مشکل بیماری های مقاربتی را منعکس می کند. همچنین در رابطه با فاکتورهای مرتبط با بیماری های مقاربتی در زنان مشخص شد که متغیرهای شغل، ازدواج مجدد همسر،سفر خارج همسر، تعداد ازدواج، سابقه ابتلا به بیماری مقاربتی، مصرف سیگار فرد ارتباط معناداری با بیماری های مقاربتی در زنان دارد.

در مطالعه رجب پور و همکاران(۲۰۲۰) که این مطالعه بر روی زنان ساکن تهران بر اساس ابتلا به عفونت ادراری و عوارض ناشی از ناباروری مورد غربالگری از نظر شیوع ابتلا به بیماری‌های مقاربتی قرار گرفتند نتایج نشان داد شیوع بیماری‌های گنوره۶/۹ درصد، کلامیدیا ۱۰/۸ درصد، تریکومونیازیس ۸/۳ درصد می باشد (۱۰). همچنین در مطالعات گذشته در ایران از جمله، در مطالعه احمدنیا و همکاران(۲۰۱۶) که بر روی ٤۲۷٤ زن ساکن زنجان از سال۲۰۱۲تا۲۰۱۳ انجام شد، شیوع بیماری های مقاربتی ۱۰/٤ درصد بود (۷). همچنین در مطالعه ای در ایالات متحده آلکاید[8] و همکاران(۲۰۱٦) بر روی زنان مراجعه کننده به کلینیک بیماری های مقاربتی، انجام شد شیوع تریکومونیازیس ۱٤/٦ درصد، کلامیدیازیس۸/٦ درصد،گنوره ۳ درصد، هرپس سیمپلکس٤۰/٤ درصد و اچ ای وی ۰/٤ درصد بود (٦). و در نهایت در مطالعه دیگری در جنوب برزیل توسط سانتانا (۲۰۱۸) انجام شد شیوع سیفلیس ۵/۱۵ درصد و هرپس ۱۳/۳۱ درصد برآورد شد (۱۷). شیوع در مطالعه ما نسبت به برخی از این مطالعات ذکر شده بیشتر می باشد می‌تواند به این دلیل باشد که مطالعات قدیمی می باشند و همچنین این مطالعات همه ی بیماری های آمیزشی را(همانند مطالعه ما) بررسی نکردند. همچنین زمینه فرهنگی جامعه ما بخصوص در استان سیستان و بلوچستان که دارای محدودیت های برای زنان در مراجعه به پزشکان وجود دارد و اینکه باورهای غلط مبنی بر تاثیر داروها و مواد شیمیایی مانند پمادها و غیره بر روند بارداری و باروری آینده وجود دارد که می تواند بر مراجعه این افراد به کلینیک ها و مطب ها تاثیر گذارد و این مسئله بر میزان شیوع و گزارش این مشکلات تاثیر منفی می گذارد و اگر در شرایط برابر و تا حدودی کنترل شده اقدام به طراحی و اجرا این چنین مطالعاتی شود حتی می تواند آمار این مطالعه را به آمارهای مطالعات ذکر شده بسیار نزدیک و چه بسا بیشتر از اعداد و ارقام گزارش شده ، اعلام نماید . که این موارد سطح سواد پایین، باورهای غلط و محدودیت‌های فرهنگی-مذهبی با مطالعه ای که در ایلام توسط علیخانی و همکاران(۲۰۲۲) انجام شده مطابقت دارد (۱۸).

در مطالعه حاضر شانس ابتلا به بیماری های مقاربتی در زنان خانه دار۱/۵۹ برابر بیشتر از زنان شاغل بود (OR:1/59,CI:1/11-2/26) که ارتباط معناداری را نشان داد. در مطالعه مقطعی که بر روی ۷۵۰ زن مراجعه کننده به کلینیک های زنان همدان از آبان ماه۱۳۸۹ تا تیر۱۳۹۰ توسط متینی و همکاران(۲۰۱۳) انجام گرفت شیوع بیماری های مقاربتی در زنان خانه دار بیشتر گزارش شد (۱۹). همچنین در مطالعه انجام گرفته توسط چمنی تبریزی (۲۰۰۹) که ترشحات ۱۲۳ زن مبتلا به سرویسیت به صورت بالینی مورد بررسی قرار گرفت نتایج نشان داد، شانس ابتلا به عفونت کلامیدیا در زنان شاغل ۱٦ درصد کمتر از زنان خانه دار گزارش شد-(OR:0/84,CI:0/44 1/00) (۱٦). در مطالعه ای که توسط احمدنیا انجام گرفت نشان داد که زنان شاغل دارای نگرش و آگاهی بالاتری نسبت به بیماری های مقاربتی داشتند و از این رو به نظر می رسد شاغل بودن به عنوان نقطه قوت در ابتلای کمتر به بیماری های مقاربتی می باشد (۷) میتوان گفت احتمال ابتلا بیشتر در زنان خانه دار به دلیل آگاهی کمتر در میانشان می‌باشد و این افراد اکثرا دارای سواد کمتری نسبت به زنان شاغل هستند. از سوی دیگر، زنان تحصیل کرده سواد بهداشتی بالاتری نسبت به زنان خانه دار دارند و به دلیل اهمیت مصرف داروها تا اتمام دوره بجای مصرف خودسرانه و حتی قطع دارو به دلیل کاهش علائم اولیه می تواند در بهبود ریشه ای این بیماری ها تاثیر مثبت داشته که در مطالعه ما نیز مانند سایر مطالعات از این حیث دارای نقطه مشترک می باشد .

در بررسی وجود چند همسری نیز رابطه معناداری بین ابتلا به بیماری مقاربتی و ازدواج های دیگر همسر پیدا شد به طوری که شانس ابتلا به بیماری‌های آمیزشی در زنانی که همسرشان ازدواج های دیگری داشتند۲/۰۳ برابر بیشتر از زنانی بود که این شرایط را نداشتند. در خصوص این موضوع مطالعه ای توسط

8. Alcaide

قنبرزاده (۲۰۰۸) بر روی ۲۲٤ زن زندانی انجام شد، نتایج نشان داد بین ازدواج دیگر همسر(۲۹/٦درصد) وابتلا به تریکومونیازیس ارتباط معناداری دیده شده است (۲۰). در مطالعه دیگری که توسط دامیت[9] و همکاران(۲۰۲۱) در اتیوپی انجام شده نتایج نشان دادند که زمانی که مرد به طور همزمان بیش از یک همسر داشته باشد اغلب به گسترش عفونت ها و بیماری های مقاربتی کمک می کند و سلامت جنسی خانواده را به خطر می اندازد (۲۱). علاوه بر این، در مطالعه ای که توسط گازیمبی[10] (۲۰۲۰) در کشورهای جنوب صحرای آفریقا در مورد تعیین کننده‌های بیماری‌های مقاربتی مانند اچ‌آی‌وی/ ایدز و نقش چندهمسری انجام شده است نتایج نشان داد که تعدد زوجات همسر و مشارکت های جنسی همزمان، رفتارهای جنسی پرخطر را تقویت می کند که به طور قابل توجهی با خطر انتقال بیماری‌های جنسی مرتبط می باشند، همچنین نرخ بالای STD در زنانی که هنوز با اولین و تنها شریک جنسی خود ازدواج کرده اند، نشان دهنده بی بند و باری و رفتارهای پرخطر و پنهانی جنسی مردان است. کنترل فحشا و امراض ناشی از آن، همراه با آموزش زنان و مردان یک اولویت ملی است (۲۲).

در مطالعه ی ما تعداد ازدواج ارتباط معناداری با ابتلا به بیماری های مقاربتی دارد به طوری که شانس ابتلا به STD در زنانی که بیش از ۲ بار ازدواج کرده اند ٦/۱۲ برابر بیشتر از زنانی است که اصلا ازدواج نکرده‌اند. در مطالعه‌ی قنبرزاده و همکاران(۲۰۱٦) نتایج نشان داد که در زنان زندانی شهر بیرجند که سابقه تعداد ازدواج های بالای ۱-۲ بار داشتند شیوع بیماری های مقاربتی بیشتر بود (۲۰). همینطور در مطالعه آریا و همکاران(۲۰۱۵) نتایج نشان داد که تعدد پارتنر برای یک زن یا تعداد ازدواج بالای ۱ بار در خطر انتقال بیماری‌های مقاربتی موثر است (۲۳) . بنابراین زنانی که بیش از چندبار سابقه ازدواج و طلاق دارند احتمالا به علت تعدد روابط جنسی و چند پارتنری بودن به عنوان گروه در معرض خطر دارای رفتارهای جنسی پرخطر برای بیماری های مقاربتی می باشند.

در مطالعه حاضر شانس ابتلا به بیماری های مقاربتی در زنانی که همسرشان سابقه سفر به خارج از کشور را داشتند ۲/۱۰ برابر بیشتر از زنانی که این شرایط را نداشتند بود.که ارتباط معناداری با بیماری های مقاربتی داشت. در مطالعه‌ی هافمن[11] و همکاران(۲۰۱۵) نتایج نشان داد که دسترسی به شبکه های جنسی گسترده تر در خارج از کشور و تضعیف کنترل های اجتماعی باعث افزایش خطر می شود و کسانی که اخیرا به کشور هائیتی(کشوری در جزیره هیسپانیولا در دریای کارائیب) سفر کرده بودند شیوع اچ ای وی و بیماری های مقاربتی بالاتری نسبت به کسانی که سفر نکرده بودند داشتند و افراد آلوده اظهار داشتند که در سفر رابطه جنسی محافظت نشده داشتند (۲٤). در نتیجه می توان پیام های پیشگیری از STD بخشی از توصیه های بهداشتی ارائه شده به مسافرین خارج از کشور باشد. مقالات اخیر توصیه هایی را در مورد اهمیت در نظر گرفتن تاریخچه دقیق سفر(به ویژه سفرهای بین المللی) ارائه داده اند. پرسیدن از بیمارانی که به دنبال درمان برای STD احتمالی هستند در مورد سابقه سفر خود و شریک زندگی آنها برای گسترش تشخیص افتراقی مهم است (۲۵). همچنین در مطالعه ای دیگر که توسط کرافورد و همکاران [12] (۲۰۱٦) انجام شده نتایج نشان داد که صنعت روابط جنسی، که به شدت توسط سفر و گردشگری تقویت می‌شود، همچنان نقش مهمی در حفظ سطح بالای انتقال بیماری‌های مقاربتی در آسیای جنوب شرقی دارد. بروز بالای بیماری های مقاربتی در این منطقه، پیشگویی از روندهای آتی اچ آی وی/ ایدز در آسیا است (۲٦). همچنین در مطالعه ای توسط آوری[13](۲۰۱٦) انجام شد نتایج نشان داد که مردان مبتلا به بیماری های مقاربتی بیشتر احتمال دارد سفر را گزارش کنند و میزان STD مربوط به رفتار جنسی پرخطر در میان زنانی که همسرشان مردانی هستند که سفرهای بین‌المللی دارند در نتیجه

9. Damtie
10.Gazimbi
11. Hoffman
12. Crawford
13. Avery

مداخله برای ارتقای درک پویایی انتقال بیماری در این زمینه و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز جنسی، به ویژه در زمینه سفر، مورد نیاز است (۲۷).

وجود سابقه قبلی ابتلا بهSTD در فرد نیز رابطه معناداری با بیماری نشان داد به طوری که زنانی که سابقه ابتلا بیماری مقاربتی داشتند شانس بیماری در آن ها ۳/۵۷ برابر بیشتر می‌شود دلیل آن می تواند عدم درمان موثر یا عدم پیگیری، درمان مداوم و کامل در این افراد و به تبع آن عدم رعایت بهداشت جنسی در این دسته از زنان باشد. در مطالعه‌ای که توسط هاریس و همکاران(۲۰۲۲) انجام گرفت، رابطه معناداری بین بیماری با سابقه ابتلا مشخص شد که در آن خطر(RR:۳) می باشد (۲۸). همچنین در مطالعات دیگر از جمله مطالعه حاجی باقری و همکاران(۲۰۱۸) سابقه بیماری آمیزشی در افرادی که از نظر زگیل تناسلی مثبت بودند ٤٦/٤ درصد براورد شد که این میزان در افرادی که از نظر زگیل تناسلی منفی بودند، ۸ درصد بود (۲۹). در مطالعه ما مصرف سیگار ارتباط معناداری را با ابتلا به بیماری های مقاربتی نشان داد به اینگونه که زنانی که همیشه سیگار میکشند ٤/٥٤ برابر و زنانی که اغلب اوقات سیگار می‌کشند۳/۹۳ برابر و زنانی که گاهی سیگار می کشند۲/۵۲ برابر بیشتر از زنانی که هرگز سیگار نمی کشند مبتلا به بیماری های مقاربتی می شوند. از جمله مطالعاتی که در این زمینه انجام شده می توان به مطالعه قانم و همکاران(۲۰۲۳) اشاره نمود که مطالعه حاضر شامل داده‌های مربوط به زنان معاینه‌شده در بخش زنان بیمارستان عمومی شانگهای از ژانویه ۲۰۱۸ تا ژوئن ۲۰۲۰ بود. بیست بیمار که در طول دوره پیگیری سیگار می‌کشیدند انتخاب شدند و با شصت بیمار از نظر سن، تاهل همسان شدند، نتایج این مطالعه نشان داد سیگاری های فعلی در طول درمان احتمال کمتری برای پاک کردن عفونت اچ پی وی نسبت به افراد غیرسیگاری فعلی داشتند،علاوه بر این، مدت زمان طولانی تر و دزهای بیشتر سیگار کشیدن با احتمال پاکسازی کمتر عفونت اچ پی وی مرتبط است. (۳۰). همچنین در مطالعه حاجی باقری(۲۰۱۸)، ۲۵ درصد زنان از نظر اچ پی وی/ زگیل تناسلی مثبت، سابقه مصرف سیگاری را گزارش کردند (۲۹) و احتمالا افراد سیگاری رفتارهای پرخطر دیگری مثل رفتارهای پرخطر جنسی در سبک زندگی خود داشته باشند و همچنین اثرات سیگار در نقص سیستم ایمنی، باعث افزایش ریسک ابتلا به عفونت های مقاربتی می‌شود که می توان به عنوان یک عامل بسیار مهم در امر پیشگیری از سیگار مورد استفاده قرار گیرد و این نتایج مطالعات فوق با مطالعه ما منطبق بود. در رابطه با محدودیت‌های این مطالعه اگر چه در این مطالعه سعی شد تا حدودی انتخاب تصادفی در نمونه‌گیری اعمال گردد، اما باتوجه‌به تصادفی نبودن کامل نمونه‌گیری تعمیم نتایج باید بااحتیاط صورت گیرد زیرا یکی از نقص‌های مطالعات مقطعی عدم تشخیص درست و دقیق جهت ارتباط، تاخر و تقدم در مواجهه و پیامد می‌باشد و بهتر است مطالعات کوهورت در این زمینه طراحی و اجرا شوند تا بتوان با قطعیت ارتباط بین عوامل خطر و پیامد مورد نظر را توجیه کرد. آنچه مسلم است بالابودن شیوع موارد غیربالینی بیشتر از نسبت گزارش شده در این مطالعه می‌باشد و باتوجه‌به حساسیت موضوع بعضی زنان همکاری نداشتند که در این صورت سعی شد با توجیه آن‌ها در جهت اهمیت موضوع و محرمانه ماندن اطلاعات ترغیب به مصاحبه شدند. همچنین درصد بالای موارد ابتلا بدون علامت، تشخیص دقیق بالینی و افتراق نوع عفونت مقدور نبود توصیه می‌شود در تحقیقات وسیع‌تر با استفاده از روش‌های غربالگری، اطلاعات آزمایشگاهی، نوع عفونت بیماری‌های مقاربتی بررسی شود. در این مطالعه باتوجه‌به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم را زنان جامعه دریافت کنند و تاحدامکان از مصرف دخانیات، چندهمسری در مردان و چند پارتنری در زنان جلوگیری کرد همچنین باید آگاهی زنان دررابطه‌با بهداشت فردی و جنسی در این منطقه خصوصاً در مناطق روستایی افزایش یابد. این مطالعه نیز مانند بسیاری از مطالعات دیگر می‌تواند کاستی‌ها و ضعف‌هایی داشته باشد، پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات وسیع‌تر با استفاده از روش‌های غربالگری، اطلاعات آزمایشگاهی، نوع عفونت بیماری‌های مقاربتی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی شیوع بالینی بیماری‌های آمیزشی بیشتر از حد انتظار (آمار ارائه شده در مقالات، طبق تشخیص‌های غیربالینی) بود. به نظر می‌رسد شیوع این بیماری‌ها به‌خصوص در کوهورت‌های جدیدتر با توجه به جوانی جمعیت افزایش پیدا می‌کند و نیاز مبرم به آموزش، آگاهی و غربالگری دوره ای افراد در معرض خطر توصیه می شود. این مطالعه نشان داد که بیشترین شیوع بیماری‌های مقاربتی در زنان به ترتیب تریکومونیازیس، کلامیدیازیس، زگیل تناسلی، تبخال تناسلی، گنوره و سیفلیس بودند. عوامل متعددی می‌تواند در ایجاد بیماری های منتقله از راه آمیزش جنسی تأثیر بگذارد از جمله مهم‌ترین آنها بر طبق این پژوهش خانه‌دار بودن زنان، ازدواج مجدد همسر، سابقه سفر به خارج در همسر، تعداد ازدواج بیش از یکبار، سابقه ابتلا به عفونت‌های مقاربتی در زنان، مصرف سیگار در فرد می‌توان ا شاره کرد و همچنین راه‌اندازی سیستم مراقبت از بیماری‌های مقاربتی نیز می‌تواند کمک بالقوه‌ای به کاهش این دسته از بیماری‌ها و کاهش هزینه‌های درمانی برای سیستم بهدا شت و درمان باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد می‌باشد. نویسندگان مقاله سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و تمامی افرادی که در پیشبرد این پژوهش، یاری رساندند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها : همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Ghaem H, Mohammadbeygi A, Tabatabaee H, Kargarian-marvasti SA. Risky sexual behavior among Iranian university students and its relationship with religiosity and familial support. Family Medicine & Primary Care Review. 2020;22(4):319-24. [Persian]

2. Boroumandfar Z, Kianpour M, Zargham A, Abdoli S, Tayeri K, Salehi M, Momeni G, Khorvash F. Changing beliefs and behaviors related to sexually transmitted diseases in vulnerable women: A qualitative study. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2017 Jul;22(4):303. [Persian]

3. Cocchetti C, Romani A, Mazzoli F, Ristori J, Lagi F, Meriggiola MC, Motta G, Pierdominici M, Bartoloni A, Vignozzi L, Maggi M. Prevalence and Correlates of Sexually Transmitted Infections in Transgender People: An Italian Multicentric Cross-Sectional Study. Journal of Clinical Medicine. 2022 May 14;11(10):2774.

4.https://www.who.int/news-room/fact sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

5. James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, Looker KJ. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. Bulletin of the World Health Organization. 2020 May 5;98(5):315.

6. Alcaide ML, Feaster DJ, Duan R, Cohen S, Diaz C, Castro JG, Golden MR, Henn S, Colfax GN, Metsch LR. The incidence of Trichomonas vaginalis infection in women attending nine sexually transmitted diseases clinics in the USA. Sexually transmitted infections. 2015 Jun 12.

7. Ahmadnia E, Kharaghani R, Maleki A, Avazeh A, Mazloomzadeh S, Sedaghatpisheh T, Jalilvand A, Molae B. Prevalence and associated factors of genital and sexually transmitted infections in married women of Iran. Oman medical journal. 2016 Nov;31(6):439. [Persian]

8. Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, Ndowa F, Martin I, Dillon JA, Galas M, Ramon-Pardo P. WHO global antimicrobial resistance surveillance for Neisseria gonorrhoeae 2017–18: a retrospective observational study. The Lancet Microbe. 2021 Nov 1;2(11): e627-36.

9. Tarrahi MJ, Kianersi S, Nasirian M. Latent class analysis of symptoms for sexually transmitted infections among Iranian women: Results from a population-based survey. Health Care for Women International. 2020 Apr 2;41(4):461-75. [Persian]

10. Rajabpour M, Emamie AD, Pourmand MR, Goodarzi NN, Asbagh FA, Whiley DM. Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis among women with genitourinary infection and pregnancy-related complications in Tehran: A cross-sectional study. International journal of STD & AIDS. 2020 Jul;31(8):773-80. [Persian]

11. Hodges AL, Holland AC. Common sexually transmitted infections in women. Nursing Clinics. 2018 Jun 1;53(2):189-202.

12. Smolarczyk K, Mlynarczyk-Bonikowska B, Rudnicka E, Szukiewicz D, Meczekalski B, Smolarczyk R, Pieta W. The impact of selected bacterial sexually transmitted diseases on pregnancy and female fertility. International Journal of Molecular Sciences. 2021 Feb 22;22(4):2170.

13. Mogalgiddi A, Kota SR. Prevalence of Depression in Sexually Transmitted Disease Patients in Tertiary Care Hospital. European Journal of Cardiovascular Medicine. 2023 Jul 1;13(3).

14. Misra JS, Srivastava AN, Gupta HP. Prevalence of Sexually Transmitted Diseases Detected in Cervical Cytology Smears in Urban and Rural Population of Lucknow, Uttar Pradesh, India. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 2018 Oct 1;12(10).

15. Beksinska A, Prakash R, Isac S, Mohan HL, Platt L, Blanchard J, Moses S, Beattie TS. Violence experience by perpetrator and associations with HIV/STI risk and infection: a cross-sectional study among female sex workers in Karnataka, south India. BMJ open. 2018 Sep 1;8(9): e021389.

16. Chamini Tabriz L, Jadi Tehrani M, Mousavi Sarhi A, Zarezi H, Ghasemi J, Asghari S, et al. Molecular investigation of the frequency of chlamydia trachomatis infection in women referring to Tehran obstetrics and gynecology clinics. Journal of Reproduction And Infertility.2007 Feb 7;3(28):242-234. [Persian]

17. Santana N, Teixeira J. Prevalence and predictors associated with sexually transmitted diseases in women, south of Brazil. International Journal of Infectious Diseases. 2018 Aug 1;73:335.

18. Alikhani M, Akhoundi M, Sereno D, Abdi J, Naserifar R, Mahmoudi MR, Mirzaei A. Molecular characterization of Trichomonas infections in women of Ilam City, southwestern Iran. Parasitol Res. 2022 Jun;121(6):1631-1638. [Persian]

19. Matini M, Rezaie S, Mohebali M, Maghsood AH, Rabiee S, Fallah M, Rezaeian M. Prevalence of trichomonas vaginalis infection in Hamadan city, Western Iran. Iranian journal of parasitology. 2015;7(2):67. [Persian]

20. Ghanbarzadeh N, Nadjafi-Semnani M. A study of HIV and other sexually transmitted infections among female prisoners in Birjand. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016 Oct 15;13(3):9-15. [Persian]

21. Damtie Y, Kefale B, Yalew M, Arefaynie M, Adane B. Multilevel analysis of determinants of polygyny among married men in Ethiopia. BMC Public Health. 2021 Dec;21:1-0.

22. Gazimbi MM, Magadi MA, Onyango-Ouma W, Walker E, Cresswell RB, Kaseje M, Wafula CO. Is polygyny a risk factor in the transmission of HIV in sub-Saharan Africa? A systematic review. African Journal of Reproductive Health. 2020;24(4):198-212.

23. Arya OP, Lawson JB. Sexually transmitted diseases in the tropics. Epidemiological, diagnostic, therapeutic, and control aspects. Tropical doctor. 2015 Apr;7(2):51-6.

24. Hoffman S, Higgins JA, Beckford-Jarrett ST, Augenbraun M, Bylander KE, Mantell JE, Wilson TE. Contexts of risk and networks of protection: NYC West Indian immigrants' perceptions of migration and vulnerability to sexually transmitted diseases. Culture, health & sexuality. 2015 May 1;13(05):513-28.

25. Korzeniewski K, Juszczak D. Travel-related sexually transmitted infections. International maritime health. 2015;66(4):238-46.

26. Crawford G, Lobo R, Brown G, Macri C, Smith H, Maycock B. HIV, other blood-borne viruses and sexually transmitted infections amongst expatriates and travellers to low-and middle-income countries: a systematic review. International journal of environmental research and public health. 2016 Dec;13(12):1249.

27. Avery AK, Zenilman JM. Sexually transmitted diseases and travel: from boudoir to bordello. Infections of Leisure. 2016 Feb 28:289-305.

28. Harris B, McCredie MN, Truong T, Regan T, Thompson CG, Leach W, Fields SA. Relations between adolescent sensation seeking and risky sexual behaviors across sex, race, and age: A meta-analysis. Archives of Sexual Behavior. 2023 Jan;52(1):191-204.

29. Hajibagheri K, Abaszade A, Afrasiabian S, Verdi F, Roshani D, Abdi F, Mohsenpour M. : Frequency of human papilloma virus genotypes Among woman with genitalia lesion, Sanandaj, Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2018 Sep 10;23(4):46-52. [Persian]

30. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The modern epidemic of syphilis. New England Journal of Medicine. 2020 Feb 27;382(9):845-54.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2023, Volume 11, No. 3: 24-38.

Original article

Investigation the clinical prevalence of sexually transmitted diseases and its related factors in women of Zahedan city

Fatemeh Saeedinezhad[1*], Hossein Ansari[2], Majid Sartipi[3], Narjes Noori[4] , Ahmad Bolouri[5]

1. MSc Epidemiology, School of Health, Student Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

4. Department of Gynecology, School of Medicine, Pregnancy Health Research Center, Ali IbneAbitaleb Hospital, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

5. Department of Cardiology, School of Medicine, Ali IbneAbitaleb Hospital, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Corresponding author: School of Health, Student Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Keywords:

sexually transmitted diseases, sexually transmitted infections, women, prevalence, sexual contact

Abstract

Background & Aim*:* Sexually transmitted infections are generally transmitted through sexual contact and are one of the diseases that have reached a high prevalence in the world today. Therefore, this study was conducted to investigate the clinical prevalence of sexually transmitted diseases and related factors in women's offices and clinics in Zahedan in 2023.

Methods**:** In this descriptive-analytical study, 1500 women referring to women's offices and clinics in Zahedan city in 2023 were selected. A simple and accessible sampling method was used to select the participants. The data was collected through a checklist. The results will be analyzed using STATA14 software with a significance level of 0.05.

Results**:** In this research, the prevalence of sexually transmitted diseases is 20.4% in women of Zahedan City, so the prevalence rate of trichomoniasis is 7.2%, chlamydiasis is 4.1%, gonorrhea is 2.1%, syphilis is 0.7%. Genital warts are 3.8%, and genital herpes is 2.5%. that the variables of job, spouse's remarriage, spouse's foreign travel, number of marriages, history of sexually transmitted diseases, and being a smoker had a significant relationship with sexually transmitted diseases.

Conclusion**:** In general, the clinical prevalence of sexually transmitted diseases was higher than expected. It seems that the prevalence of these diseases is increasing, especially in newer cohorts, and it is recommended that people at risk be periodically screened for this disease.

How to Cite this Article: Saeedinezhad F, Ansari H, Sartipi M, Noori N, Bolouri A . Investigation the clinical prevalence of sexually transmitted diseases and its related factors in women of Zahedan city. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;11(3):24-38.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.