

بررسی دانش، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی و متخصصین داخلی شهرستان کرمان در مورد ارتباط هلیکوباکتریلوری با زخم پتیک

دکتر صدیف درویش مقدم^۱ و دکتر محمدجواد زاهدی^۱

خلاصه

شناخت پزشکان از هلیکوباکتریلوری و همراهی آن با زخم معده سیر طبیعی این بیماری مزمن را تغییر داده، به طوری که ریشه کنی این باکتری در سال‌های اخیر موجب کاهش چشمگیر عود زخم و عوارض آن گردیده است. هدف از این مطالعه مقطعی، بررسی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی و متخصصین داخلی شهرستان کرمان از هلیکوباکتریلوری، ارتباط آن با زخم پتیک و شیوه‌های تشخیصی - درمانی آن بود. بدین منظور، ۲۰۶ پزشک شاغل (۱۷۹ پزشک عمومی، ۲۷ متخصص داخلی) به وسیله پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج داده‌ها به شرح زیر استخراج گردید. میانگین سن پزشکان عمومی ۳۵/۷±۱۰/۳ سال و میانگین سن متخصصین داخلی ۴۲/۷±۸/۵ سال بود. پاسخ صحیح پزشکان عمومی به سؤالات دانش، نگرش و عملکرد به ترتیب ۴۵/۸، ۲۵/۴ و ۳۴/۶ درصد و پاسخ صحیح متخصصین داخلی ۸۱/۵، ۷۰ و ۷۴ درصد بود. در بین عوامل ایجاد زخم، ۴۹/۲ درصد پزشکان عمومی و ۸۱/۵ درصد متخصصین از نقش هلیکوباکتریلوری (به میزان بیش از ۵۰٪) آگاهی داشتند. همچنین ۴۰/۲ درصد پزشکان عمومی و ۸۱/۵ درصد متخصصین از بین بردن این باکتری را در زمینه درمان زخم پتیک ضروری می‌دانستند. پزشکان متخصص در ۷۷/۸ درصد موارد اقدام به درمان ریشه کنی استاندارد می‌کردند، در حالی که تنها ۸/۹ درصد پزشکان عمومی این شیوه درمان را به کار می‌بردند و ۵۳/۷ درصد آنان بیمارانشان را به متخصصین ارجاع می‌دادند. میانگین امتیاز کلی پزشکان عمومی ۱۶/۴±۲ و از آن متخصصین ۳۳/۸±۱/۹ از مجموع ۴۰ امتیاز بود. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین دانش - نگرش و دانش - عملکرد پزشکان عمومی همبستگی ضعیف و مستقیم ($r=0/12$ و $r=0/20$) و در مورد متخصصین همبستگی متوسط و مستقیم ($r=0/35$ و $r=0/46$) وجود داشت. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که بکارگیری تدابیر تشخیصی و درمانی در مورد هلیکوباکتریلوری در زخم پتیک نیازمند توجه بیشتر بوده و برگزاری دوره‌های آموزشی مناسب را به ویژه جهت پزشکان عمومی توصیه می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: زخم پتیک، هلیکوباکتریلوری، پزشکان عمومی، متخصصین داخلی، دانش، نگرش، عملکرد

مقدمه

در سال‌های نه چندان دور، علائم و عوارض زخم پتیک به طور مزمن گریبانگیر افراد مبتلا بود. شناخت هلیکوباکتریلوری

و همراهی آن در زخم پتیک منجر به بهبودی روش‌های تشخیصی و درمانی این بیماری در سال‌های اخیر گردیده است. ریشه کنی این باکتری به طور مؤثر موجب کاهش عود زخم و

۱- استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

باقیمانده امتیاز صفر تا دو (حداکثر ۴۰ امتیاز) در نظر گرفته شد. بر اساس سه متغیر فوق پزشکان به شرح زیر در سه گروه دسته‌بندی شدند:

گروه یک: آگاهی از نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد زخم به میزان بیش از ۸۰ درصد، تجویز درمان ریشه کنی سه یا چهار دارویی حاوی آنتی‌بیوتیک (رژیم دارویی ۱) و کسب ۴۰-۳۰ امتیاز.

گروه دو: آگاهی از نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد زخم به میزان ۵۰-۸۰ درصد، تجویز درمان متداول علمی زخم پپتیک با استفاده از مهارکننده H_2 ، بلوک کننده کانال H^+-K^+ ATP ase یا بیسموت بدون آنتی‌بیوتیک (رژیم دارویی ۲) و کسب ۲۹/۹۹-۲۰ امتیاز.

گروه سه: آگاهی از نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد زخم تا میزان ۵۰ درصد، تجویز رژیم‌های دارویی ضد زخم با دوز و مدت ناکافی بدون آنتی‌بیوتیک (رژیم دارویی ۳) و کسب امتیاز کمتر از ۲۰.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری و با بهره‌گیری از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج

از مجموع ۲۲۸ پرسشنامه توزیع شده، داده‌های ۲۰۶ پرسشنامه کامل (۱۷۹ پزشک عمومی و ۲۷ متخصص داخلی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و بقیه به علت نقص اطلاعات از مطالعه حذف شدند.

میانگین سن پزشکان عمومی $35/7 \pm 10/3$ و میانگین سن متخصصین $42/7 \pm 8/5$ سال بود. از آنجا که گذراندن برنامه‌های آموزش مداوم جهت پزشکان از سال ۱۳۷۰ اجباری اعلام گردید، ۴۰ درصد پزشکان مورد مطالعه قبل و ۶۰ درصد آنان بعد از این سال دوره پزشکی یا تخصص را به اتمام رسانده بودند. به طور کلی، درصد پاسخ‌های صحیح در سه حیطه دانش، نگرش و عملکرد به ترتیب بدین شرح بود: پزشکان عمومی، $45/8$ ، $25/4$ و $34/6$ درصد، متخصصین داخلی؛ $81/5$ ، 70 و 74 درصد. اهم سؤالات هر حیطه و پاسخ صحیح پزشکان در جدول ۱ آمده است.

در ارتباط با نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد زخم ۱۹ درصد پزشکان عمومی نقش بالای ۸۰ درصد، $30/2$ درصد نقش ۵۰-۸۰ درصد را قائل بودند و $66/7$ درصد متخصصین از نقش بالای ۸۰ درصد و $14/8$ درصد آنان از نقش ۵۰-۸۰ درصد

عوارض آن می‌گردد (۴،۶،۷،۸،۹). افزون بر این، نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد گاستریت آتروفیک، سرطان و لنفوم معده شناخته شده است (۱۳،۱۴). آگاهی پزشکان از روش‌های صحیح تشخیص و درمان هلیکوبا کترپیلوری و به‌کارگیری آن‌ها در زمینه زخم، نقش مهمی در کاهش عود، هزینه درمان و جلوگیری از مقاومت دارویی ایفا می‌نماید.

بررسی‌های انجام شده در کشورهای آلمان و آمریکا حاکی از آن است که بین میزان آگاهی و عملکرد پزشکان عمومی و متخصص با متخصصین گوارش فاصله وجود دارد و علی‌رغم وجود دانش نظری در پزشکان عمومی، عملکرد آنان در زمینه درمان این باکتری ناقص است (۲،۳،۵). در یک بررسی دیگر در کشور ما پوستچی و همکاران نشان دادند که میزان اطلاعات پزشکان عمومی در این رابطه پایین است (۱). با توجه به طرح مباحث آموزشی در باره ارتباط هلیکوبا کترپیلوری با زخم پپتیک در سالیان اخیر جای آن دارد تا از میزان آگاهی و عملکرد پزشکان در کشورمان کسب اطلاع بیشتر نموده تا بتوان در راستای درمان این بیماری مزمین به طور مؤثرتری مداخله کرد.

روش بررسی

جمعیت مورد بررسی، ۲۲۸ پزشک شاغل در شهرستان کرمان (۱۹۷ پزشک عمومی و ۳۱ متخصص داخلی) بود و جمع‌آوری داده‌ها به روش سرشماری انجام گرفت. در این مطالعه مقطعی فهرست اسامی پزشکان از نهادهای ذیربط (سازمان نظام پزشکی، مؤسسات بکارگیرنده و مطب‌های خصوصی) استخراج گردید. سپس با مراجعه حضوری از آنان درخواست شد تا پرسشنامه تدوین شده را بدون ذکر نام تکمیل نمایند. پرسشنامه با استفاده از طرح‌های اجرا شده مشابه در داخل و خارج کشور (۱،۲،۵) شامل سن، سالیان فراغت از تحصیل، سابقه کار و حاوی سؤالات چندگزینه‌ای خود ایفا طراحی گردید.

تعیین روایی به روش Delphi و با انجام یک بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر از پزشکان به صورت آزمون بازآزمون test-retest انجام گردید که ضریب روایی به طور متوسط $0/83$ محاسبه گردید و با به‌کارگیری فرمول آلفا کرونباخ پایایی درونی آن $0/81$ محاسبه گردید. در مجموع ۲۲ سؤال (۶ سؤال دانش، ۶ سؤال عملکرد و ۱۰ سؤال نگرش) در اختیار پزشکان مورد مطالعه قرار گرفت. دو عدد از سؤالات شامل سطح آگاهی از نقش هلیکوبا کترپیلوری در ایجاد زخم پپتیک و تجویز نوع رژیم درمانی به عنوان متغیر کلیدی بود و برای هر کدام از ۲۰ سؤال

جدول ۱: توزیع پاسخ‌های صحیح پزشکان در زمینه هایکوباکتریپلوری و ارتباط آن با زخم پیتیک

پاسخ پزشکان (درصد)		موضوع مورد پرسش	پرسش و پاسخ حیطه مورد بررسی
متخصص	عمومی		
۷۷/۸	۳۹	۱- آگاهی از میزان شیوع باکتری در بالغین ایرانی ۲- آگاهی از راه‌های انتقال باکتری ۳- آگاهی از نقش باکتری در ایجاد زخم پیتیک به میزان بالای ۵۰٪ ۴- آگاهی از سیر طبیعی آلودگی با باکتری ۵- آگاهی از عوامل مساعد کننده ابتلا	دانش
۸۸/۹	۶۷/۶		
۸۱/۵	۴۹/۲		
۸۵	۵۸/۶		
۷۴	۲۰		
۸۱/۵	۴۰/۲	۶- لزوم درمان ریشه‌کنی باکتری در زمینه زخم ۷- تأثیر درمان ریشه‌کنی در جلوگیری از عوارض زخم ۸- تأثیر درمان ریشه‌کنی در کاهش عود زخم ۹- لزوم پی‌گیری پس از درمان ۱۰- لزوم اثبات ریشه‌کنی در زخم‌های عارضه‌دار ۱۱- ضرورت مشورت و جلب نظر بیمار در درمان ریشه‌کنی	نگرش
۷۴	۲۷/۹		
۷۷/۸	۳۵/۲		
۷۰/۴	۳۳/۵		
۷۰/۴	۳۳/۵		
۶۶/۷	۲۰		
۶۶/۷	۶۷/۶	۱۲- پیشنهاد رژیم غذایی ثابت در زخم پیتیک ۱۳- تجویز رژیم درمانی بدون آنتی‌بیوتیک در زخم پیتیک ۱۴- ذکر انواع درمان ریشه‌کنی استاندارد ۱۵- اقدام به درمان ریشه‌کنی ۱۶- مدت درمان ریشه‌کنی (۱۴-۱۰ روز) ۱۷- میزان ارجاع بیماران به تخصص بالاتر	عملکرد
۲۲/۲	۹۱/۱		
۸۱/۵	۲۲/۹		
۷۷/۸	۸/۹		
۱۰۰	۸۷/۵		
۰	۵۳/۷		

جدول ۲: شاخص‌های میانگین و انحراف معیار نمرات پزشکان در حیطه دانش، نگرش و عملکرد

جمع	میانگین نمرات عملکرد	میانگین نمرات نگرش	میانگین نمرات دانش	امتیاز حیطه پزشکان
۱۶/۴±۲	۴/۸±۲/۲	۵/۴±۱/۸	۶/۶±۲/۱	عمومی
۳۳/۸±۱/۹	۱۴/۴±۲/۷	۹/۱±۱/۹	۱۰/۳±۱/۱	متخصص

ندرت بیسموت با دوز متداول علمی استفاده می‌کردند. ۵۳/۷ درصد آنان این داروها را در مقادیر و مدت کمتر از روش‌های

آگاهی داشتند. از نظر تجویز رژیم دارویی، ۳۷/۴ درصد پزشکان عمومی از داروهای مسدودکننده H₂، سوکرافات، آنتی‌اسید و به

جدول ۳: توزیع آگاهی، کسب امتیاز و بکارگیری رژیم درمانی توسط پزشکان در زمینه هلیکوباکتریلوری

امتیاز	سطح آگاهی از نقش هلیکوباکتر در ایجاد زخم			رژیم درمانی تجویز شده			مجموع امتیاز کسب شده		
	خوب > ۸۰٪	متوسط ۵۰-۸۰٪	ضعیف < ۵۰٪	ریشه کنی	متعارف غیر ریشه کنی	غیر متعارف	خوب ۳۰-۴۰	متوسط ۲۰-۲۹/۹	ضعیف < ۲۰
پزشکان عمومی	۱۹	۵۴	۹۱	۱۶	۶۷	۹۶	۲۲	۲۵	۱۳۲
پزشکان متخصص	۱۸	۴	۵	۲۱	۳	۳	۲۲	۲	۳

در هر ستون اعداد سمت چپ بیانگر درصد و اعداد سمت راست بیانگر تعداد می باشند.

زمان فارغ التحصیلی نگرش پزشکان نسبت به مطالب جدید در خصوص ارتباط هلیکوباکتریلوری با زخم پپتیک ضعیف تر می شود، اما نمی توان گفت که میزان دانش پزشکان دانش آموخته جدید از دانش آموختگان قدیم بیشتر است.

جدول ۳ توزیع پزشکان را بر حسب آگاهی آنان از نقش هلیکوباکتریلوری در ایجاد زخم پپتیک، عملکرد درمانی و امتیاز کسب شده از مجموع ۴۰ امتیاز در سه گروه نشان می دهد. بر اساس تقسیم بندی ارائه شده در روش بررسی، اکثریت پزشکان عمومی در گروه ۳ و عده کمتری در گروه های ۱ و ۲ قرار می گیرند، اما اکثریت پزشکان متخصص در گروه ۱ جای می گیرند.

بحث

از زمان معرفی هلیکوباکتریلوری توسط مارشال و وارن در سال ۱۹۸۳ و ارتباط آن با زخم پپتیک نزدیک به دو دهه می گذرد. بنا به پیشنهاد مؤسسه ملی بهداشت آمریکا در سال ۱۹۹۴، تمام بیماران مبتلا به زخم پپتیک در صورت ابتلا به هلیکوباکتریلوری بایستی درمان شوند (۱۲). اگرچه این پیشنهاد با استقبال چشمگیر مجامع علمی روبرو گردید، اما به نظر می رسد رواج شیوه های ریشه کنی هلیکوباکتریلوری به عنوان یک درمان فراگیر در مبتلایان همچنان با دشواری هایی مواجه می باشند.

از مؤلفه های مؤثر در این ارتباط نقش پزشک، پذیرش بیمار، رژیم درمانی، تعداد آنتی بیوتیک مصرفی، هزینه درمان و برخی عوامل اجتماعی فرهنگی حائز اهمیت می باشند. از آنجا که نقش پزشک از مراحل ابتدایی تشخیص تا تکمیل درمان و در موازنه هزینه - اثربخشی نقش کلیدی می باشد، این موضوع نظر بسیاری از محققین را به خود جلب نموده است (۱۱، ۱۰، ۵، ۲، ۱). به عنوان

علمی به کار می بردند و بیماران را به متخصصین ارجاع می نمودند و اگر چه ۲۲/۹ درصد آنان از درمان های ریشه کنی هلیکوباکتریلوری مطلع بودند، تنها ۸/۹ درصد آنان این داروها را تجویز می کردند. از سوی دیگر، اگر چه ۸۱/۵ درصد متخصصین داخلی ریشه کنی با کتری جهت مداوای زخم را لازم دانسته اند، اما ۷۷/۸ درصد آنان اقدام به درمان ریشه کنی می کردند و ۲۲/۲ درصد آنان سایر رژیم های دارویی را به کار می بردند. دلایل عدم تجویز درمان ریشه کنی در هر دو گروه پزشکان شامل موارد زیر: کارایی مناسب رژیم دارویی بدون آنتی بیوتیک، ۹۳ درصد، افزایش هزینه درمان، ۸۹/۸ درصد، عوارض دارویی، ۸۷/۹ درصد و عدم پذیرش بیمار، ۸۵ درصد بود. میانگین نمرات پزشکان عمومی و متخصص در حیطه های دانش، نگرش و عملکرد بر مبنای حداکثر ۴۰ امتیاز در جدول ۲ آمده است.

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، بین دانش - نگرش و دانش - عملکرد پزشکان عمومی همبستگی مستقیم و ضعیف ($r=0/20$ و $r=0/12$) وجود دارد. همچنین بین دانش - نگرش و دانش - عملکرد پزشکان متخصص همبستگی مستقیم و متوسط ملاحظه می شود ($r=0/35$ و $r=0/46$). از سوی دیگر میزان همبستگی فوق در جمع کلی پزشکان عمومی و متخصص نیز محاسبه گردید که به ترتیب با دارا بودن $r=0/21$ و $r=0/28$ حاکی از وجود همبستگی ضعیف و مستقیم می باشد.

همچنین ضریب همبستگی دو حیطه دانش و نگرش با طول مدت فراغت از تحصیل پزشکان محاسبه گردید. در این ارتباط ضریب همبستگی نمره نگرش و طول مدت فارغ التحصیلی $r=0/21$ بود اما این ضریب جهت نمره دانش و مدت فارغ التحصیلی $r=0/12$ محاسبه شد. به عبارت دیگر با افزایش

نمونه در یک بررسی فندریک (Fendrick) و همکاران نشان دادند که آگاهی پزشکان ارائه کننده خدمات اولیه (متخصصین داخلی و پزشکان خانواده) در مقایسه با متخصصین گوارش از میزان ارتباط هلیکوباکتریلوری با پیدایش زخم اثنی عشر به ترتیب ۵۹٪ در مقابل ۹۱٪ بود. همچنین در این مطالعه ۳۰٪ از پزشکان گروه اول در مقابل ۷۵٪ از متخصصین گوارش درمان ریشه کنی را به کار می بردند (۵). نتایج یک مطالعه دیگر در سال ۱۹۹۸ در مورد رابطه هلیکوباکتریلوری با پیدایش زخم به ترتیب در دو گروه پزشکان عمومی، خانواده و متخصصین داخلی با متخصصین گوارش ۷۶٪ در مقابل ۹۴٪ برای زخم اثنی عشر و ۷۰٪ در مقابل ۷۲٪ برای زخم معده بوده است (۲). در این ارتباط ۸۸٪ پزشکان گروه اول و ۱۰۰٪ متخصصین گوارش، عفونت هلیکوباکتریلوری را در مبتلایان به زخم، صرف نظر از مراجعه اول یا عود بیماری درمان می کردند. در این راستا، ۷۰٪ پزشکان گروه اول و ۸۹٪ متخصصین گوارش از رژیم های دارویی استفاده می کردند که کفایت ریشه کنی هلیکوباکتر را تا حد ۸۰٪ دارا بوده اند (۲). در گزارشی که در کشور ما در سال ۱۳۷۸ در مورد آگاهی پزشکان از نقش هلیکوباکتریلوری در زخم پپتیک منتشر شده است، نتایج زیر جلب توجه می کنند: ۱۰۰٪ متخصصین گوارش، ۷۵٪ متخصصین داخلی و ۵۴٪ پزشکان عمومی در برخورد درمانی با بیمار مبتلا به زخم پپتیک به هلیکوباکتریلوری فکر می کردند. ۴۶٪ متخصصین داخلی و ۷۲٪ پزشکان عمومی در نهایت، بیماران را به متخصصین گوارش ارجاع می دادند. رژیم درمانی حاوی سه دارو یا چهار دارو به وسیله ۹۰٪ متخصصین داخلی و ۶۸٪ پزشکان عمومی انجام می گرفت. مدت درمان دارویی دو هفته، توسط ۸۲٪ متخصصین گوارش، ۳۱٪ متخصصین داخلی و ۳۹٪ پزشکان عمومی اجرا می شد (۱).

۸۱/۵٪، انجام درمان سه یا چهار دارویی حاوی آنتی بیوتیک ۸/۹٪ و ۷۷/۸٪ و ارجاع بیماران به متخصصین داخلی یا گوارش توسط ۵۳/۷٪ پزشکان عمومی. مقایسه این ارقام با نتایج پژوهش های مشابه حکایت از آگاهی و عملکرد نا کافی پزشکان عمومی در شهرستان کرمان می باشد. از سوی دیگر، بین میزان دانش، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی و همچنین متخصصین، ضریب همبستگی ضعیفی مشاهده می شود که خود می تواند توجه کننده عدم رویکرد آنان به رفتار مناسب درمانی باشد، اما از طرف دیگر وجود این همبستگی حتی به صورت ضعیف آن جهت بهبود عملکرد در سالیان آتی می تواند امیدوار کننده باشد.

توجه به ارقام فوق، گویای آن است که با گذشت قریب دو دهه از معرفی هلیکوباکتریلوری اتخاذ روش های تشخیصی درمانی مناسب جهت این باکتری مقبولیت عام بین پزشکان پیدا نکرده است. این مطلب به استناد گزارشات فوق در کشوری پیشرفته نظیر آمریکا نیز صادق است. از علل عمده این عدم پذیرش به درمان فراگیر، به ویژه در کشور ما، می توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم دسترسی به منابع آموزشی و تحولات به روز علمی، نا کافی بودن دوره های آموزشی دانشگاهی و دوره های آموزش مداوم، در دسترس نبودن امکانات تشخیصی هلیکوباکتریلوری در بسیاری از مراکز درمانی، جنبه تخصصی بیماری زخم پپتیک و رویکرد درمانی آن، عدم پذیرش بیماران در استفاده از حجم زیاد دارو و آنتی بیوتیک و گسترش تفکر تخصصی و فوق تخصصی بین پزشکان و بیماران که منجر به عدم رغبت پزشکان عمومی به مداخله مستقیم در امر درمان گردیده است. از این رو، جای آن دارد تا در این زمینه ارائه برنامه های آموزشی مناسب به ویژه جهت پزشکان عمومی در دستور کار مسئولین ذیربط قرار گیرد.

سیاسگذاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که هزینه انجام طرح را تأمین نموده اند و از آقایان دکتر علی اکبر حقدوست، بداء... نیکبان جهت مشاوره آماری و از آقای دکتر احمد دهقانی به خاطر جمع آوری داده ها فبردانش می گردد.

در بررسی حاضر، نتایج برخی از متغیرها بین پزشکان عمومی و متخصصین داخلی به ترتیب از این قرار بود: نقش هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل مؤثر در ایجاد زخم ۴۹/۲٪ و ۸۱/۵٪، لزوم درمان هلیکوباکتریلوری در زخم پپتیک ۴۰/۲٪ و

Summary

Survey of Knowledge, Attitude and Practice among General Practitioners and Internists on Helicobacter Pylori in Peptic Ulcer Disease in Kerman

Darvish Moghaddam S, MD.¹ and Zahedi MJ, MD.¹

1. Assistant Professor of Internal Medicine, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Physicians' awareness about *Helicobacter pylori* association with peptic ulcer disease (PUD) has changed the natural course of this prolonged disease. Eradication of this organism has declined the incidence of complications and recurrence of PUD significantly in recent years. The aim of this cross sectional study was to evaluate the level of knowledge, attitude and practice (KAP) of general practitioners (GPs) and internal medicine specialists (IMS) about *H.pylori*, its relationship to peptic ulcer and the management. The study was conducted on 206 practicing clinicians (179 GP, 27 IMS) by using a self administered questionnaire. The data were analyzed with following results. The mean age for GPs was 35.7 ± 10.3 years and that of IMS's was 42.7 ± 8.5 . Correct rate in KAP domains for GPs was 45.8%, 25.4%, 34.6% respectively as it was 81.5%, 70% and 74% for IMS. Regarding the causes of PUD, 49.2% of GPs and 81.5% of IMS believed in more than 50% role for *H.pylori*. 40.2% of GPs and 81.5% of IMS pointed at the necessity for treatment of *H.pylori* infection, however 77.8% of IMS and 8.9% of GPs treated the cases by a standard eradication therapy. 53.7% of GPs referred the patients to specialists. From a maximum of 40 scores, the average score for GPs was 16.4 ± 2 whereas for IMS it was 33.8 ± 1.9 . By using Pearson correlation there was a direct but weak correlation between knowledge-attitud ($r=0.20$) and knowledge-practice ($r=0.12$) for GPs. These figures for IMS were $r=0.35$ and $r=0.46$ respectively. The results of this study indicate that appropriate management of *H.pylori* in PUD by physician is inadequate and it needs educational attention especially for GPs.

Key words: Peptic ulcer disease, *Helicobacter pylori*, General practitioner, Internist, Knowledge, attitude, Practice

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2002; 9(2): 86-92

منابع

۱. پوستچی، حسین؛ تنها، مهدی؛ حیدری، علی؛ خلیلی، محبوبه و مسرت، صادق: آگاهی پزشکان ایرانی در رابطه با نقش هلیکوباکتریلوری در اتیولوژی زخم پپتیک و نحوه درمان آن، فاصله عمیق بین دانش علمی و عمل. مجله گوارش، ۱۳۷۸، سال چهارم، شماره ۱۹ و ۲۰، ص ۹-۴.

- Breuer T, Goodman KJ, Malaty HM, Sudhop T and Graham DY. How do clinicians practicing in the U.S. manage helicobacter pylori-related gastrointestinal diseases? A comparison of primary care and specialist physicians. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(4): 553-561.
- Breuer T, Sudhop T, Goodman KJ, Graham DY and Malfertheiner P. How do practicing clinicians manage *Helicobacter pylori* related gastrointestinal disease in Germany? A survey of gastroenterologists and family practitioners. *Helicobacter* 1999; 3(1): 1-8.
- Cave DR and Hoffman JS. Management of *Helicobacter pylori* infection in ulcer disease. *Hosp pract* 1996; 31(1): 63-75.
- Fendrick AM, Hirth RA and Chernew

- ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding Helicobacter pylori and peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(8): 1544-1548.
6. Graham DY, Iew GM, Klein PD *et al.* Effect of treatment of Helicobacter pylori infection on the long term recurrence of gastric or duodenal ulcer. *Ann Intern Med* 1992; 116(9): 705-708.
 7. Hentschel E, Brandstatter G, Dragosics B *et al.* Effects of ranitidine and amoxicillin plus metronidazole on the eradication of Helicobacter pylori and the recurrence of duodenal ulcer. *N Eng J Med* 1993; 328(5): 308-312.
 8. Jaspersen D, Korner T, Schorr W, Brennenstuhl M, Raschka C and Hammar CH. Helicobacter pylori eradication reduces the rate of rebleeding in ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1995; 41(1): 5-7.
 9. Labenz J, Gynes E, Ruhi GH and Borsch G. Role of Helicobacter pylori eradication in patients with peptic ulcer bleeding. *Gastroenterology* 1993; 104: A126.
 10. Marconi G, Tesetti C, Miroglio G and *et al.* Management of Helicobacter pylori-related gastrointestinal diseases by general practitioners in Italy. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 1499-1504.
 11. Martin P, Thomsen AS, Rautanen K, Hjalt CA, Jonsson A and Lofroth G. Diffusion of knowledge of Helicobacter pylori and its practical application by Nordic clinicians. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34(10): 974-980.
 12. NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in Peptic Ulcer disease. NIH consensus development panel on Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. *JAMA* 1994; 272(1): 65-9.
 13. Parsonnet J, Friedman GD, Vandersteen DP and *et al.* Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma. *N Eng J Med* 1991; 325(16): 1127-1131.
 14. Parsonnet J, Hansen S, Rodriguez L and *et al.* Helicobacter pylori infection and gastric lymphoma. *N Eng J Med* 1994; 330(18): 1267-71.