

بررسی سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در استان مازندران از بیماری لپتوسپیروز و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰

علیرضا داودی^۱
فرهنگ بابامحمودی^۱
محمد خادم‌لو^۲
احمد علیخانی^۱
نرگس نجفی^۱

چکیده

سابقه و هدف: لپتوسپیروز شایع‌ترین بیماری مشترک بین انسان و حیوان در دنیا است که در استان مازندران هم اندمیک می‌باشد. تشخیص زودرس این بیماری که بر پایه علائم و نشانه‌های بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی است، دشوار می‌باشد. پزشکان عمومی خط اول مراجعه این بیماران هستند. هدف از انجام این مطالعه ارزیابی سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در استان مازندران از بیماری لپتوسپیروز بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی و مقطعی، میزان آگاهی ۴۰۰ پزشک عمومی در مورد بیماری لپتوسپیروز مطالعه شد. از این تعداد ۲۸۱ مورد مرد (۷۰/۲۵ درصد) و بقیه زن بودند. پرسشنامه‌ای شامل ۱۵ سؤال ۴ گزینه‌ای توسط پژوهشگر در اختیار این پزشکان قرار گرفت و کلیه افراد مورد مطالعه طی ۳۰ دقیقه به سوالات پاسخ دادند.

یافته‌ها: سطح آگاهی ۶۶ درصد از پزشکان خوب بود. بین سن و جنس پزشکان و سطح آگاهی آن‌ها از این بیماری رابطه معنی‌داری وجود نداشت. بیشترین اطلاعات پزشکان در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری لپتوسپیروز بود. **استنتاج:** با توجه به آن که طیف وسیعی از پزشکان عمومی در استان ما نسبت به این بیماری و به خصوص روش‌های تشخیص بیماری دارای میزان آگاهی به نسبت پایینی می‌باشند، برگزاری بازآموزی‌های مکرر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: میزان آگاهی - لپتوسپیروز - پزشکان عمومی

مقدمه

بیشتر در کشاورزان، دامداران، قصاب‌ها و کارکنان کشتارگاه‌ها و ماهیگیران در فصول گرم سال روی می‌دهد. این بیماری به طور عمده در مناطق گرم و مرطوب به خصوص در سواحل شمالی کشور در استان‌های گیلان و مازندران شایع است و سالیانه موجب مورتالیتی و موربیدیتیه قابل توجهی در این نواحی خصوصاً در افراد فعال جامعه می‌شود (۳، ۴). این بیماری

لپتوسپیروز یک بیماری مشترک بین انسان و حیوان است که توسط گونه‌های پاتوژن لپتوسپیرا از خانواده اسپروکت‌ها ایجاد می‌شود. مهم‌ترین مخزن عفونت انسانی، جوندگان هستند ولی برخی حیوانات اهلی (شامل گوسفند، گاو، اسب و گربه) هم نقش مهمی در عفونت انسانی دارند (۱، ۲). لپتوسپیروز در کشورهای در حال توسعه مثل ایران یک بیماری شغلی محسوب می‌گردد و

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۸۴-۸۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: nr_najafi@yahoo.com

مؤلف مسئول: نرگس نجفی - قانمشهر: بیمارستان رازی، بخش عفونی

۱. مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۶/۲۱ تاریخ تصویب: ۹۱/۶/۲۲

با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی مشخص می‌شود که از عفونت غیر آشکار تا بیماری برق آسا و کشنده متغیر می‌باشند. لپتوسپیروز در شکل خفیف خود ممکن است به صورت بیماری شبیه آنفولانزا با سردرد و میالژی تظاهر نماید. لپتوسپیروز شدید با یرقان و اختلال عملکرد کلیه و اختلال خونریزی دهنده مشخص می‌گردد (۱، ۶). درمان موارد خفیف و بدون عارضه بیماری می‌تواند به صورت سرپایی و با آنتی‌بیوتیک خوراکی انجام شود ولی در موارد شدید نیاز به بستری شدن و آنتی‌بیوتیک تزریقی و اقدامات حمایتی وجود دارد. بدیهی است که تشخیص و درمان زودتر بیماران در کاهش مورتالیتی مؤثر است. در بیشتر موارد مطب پزشکان عمومی شامل مطب‌های خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی، اولین محل مراجعه بیماران مبتلا به لپتوسپیروز بوده و آگاهی مناسب این گروه از مراقبین بهداشتی جامعه از علایم بالینی و آزمایشگاهی بیماری و همچنین روش‌های پیشگیری از آن سهم به‌سزایی در کاهش مرگ و میر و کنترل بیماری دارد. هدف ما از این مطالعه ارزیابی سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی خصوصی و دولتی از بیماری لپتوسپیروز می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی و مقطعی بود که توسط گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مرکز تحقیقات مقاومت آنتی‌میکروبیال انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی و بهداشتی و مطب‌های خصوصی استان مازندران بودند. حجم نمونه با فرمول
$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$
 محاسبه گردید که با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و دقت ۰/۰۵ و شیوع ۵۰ درصد محاسبه و ۴۰۰ نمونه تعیین گردید. روش نمونه‌گیری تصادفی بود. فهرست اسامی و آدرس‌های جمعیت مورد مطالعه از سازمان نظام پزشکی استان مازندران تهیه و نمونه‌ها به صورت تصادفی و به صورت رایانه‌ای انتخاب شدند.

فقط پزشکانی وارد مطالعه می‌شدند که در امر درمان بیماران مستقیماً دخالت داشتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای خود ایفا شامل ۱۵ سوال چهارگزینه‌ای بود. پنج سوال برای هر یک از موضوعات (شامل: ۱- علایم بیماری ۲- تشخیص آزمایشگاهی ۳- راه‌های انتقال و پیشگیری) از قبل طرح شده بود. اعتبار محتوای سوالات با استفاده از متون کتب مرجع عفونی شامل کتاب مندل چاپ ۲۰۱۰ و هاریسون ۲۰۰۸ و نظر کارشناسی اساتید گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شدند. اعتبار محتوای سوالات با استفاده از متون کتب مرجع عفونی شامل کتاب مندل چاپ ۲۰۱۰ و هاریسون ۲۰۱۲ و کتاب اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های معاونت سلامت وزارت بهداشت و نظر کارشناسی اساتید عفونی گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شد (و سپس به عنوان پره تست و قبل از شروع طرح، ده پرسشنامه توسط ده نمونه پاسخ داده شد). پرسشنامه‌ها در حضور مطالعه‌گر توسط افراد مورد مطالعه پاسخ داده شدند. راه دسترسی به افراد مورد مطالعه، مراجعه به مطب‌های خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی بود. برای افزایش موفقیت بازگشت پرسشنامه‌ها، از قبل با پزشکان مورد نظر تماس تلفنی گرفته شده و درخواست شد که زمان مناسبی را برای پاسخ به پرسش‌هایی در مورد یک بیماری عفونی (بدون ذکر نام بیماری) در غالب یک طرح تحقیقاتی کاربردی اختصاص دهند و سپس در زمان مقرر به محل کار پزشکان مراجعه گردید. جهت پر کردن هر پرسشنامه ۳۰ دقیقه وقت اختصاص داده شد. به هر پاسخ مثبت ۲۰ امتیاز داده شد. سطح آگاهی بر اساس امتیازبندی زیر توصیف گردید: بیشتر از صدک ۷۵: خوب، صدک ۷۵-۲۵: متوسط، کمتر از صدک ۲۵: ضعیف. سپس اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون‌های آماری توصیفی و نرم افزار SPSS و رسیون ۱۱/۵ تحلیل شد. جهت تعیین اختلاف یا ارتباط بین داده‌ها از آزمون chi-square استفاده کردیم.

یافته‌ها

۴۰۰ پزشک عمومی شاغل در مراکز درمانی دولتی و خصوصی وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۲۸۱ مورد (۷۰/۲۵ درصد) مرد و ۱۱۹ نفر (۲۹/۷۵ درصد) زن بودند. میانگین سن جمعیت مورد بررسی ۴۳/۴±۱۵/۳ (با طیف ۶۲-۲۸) سال بود. بین سن و جنس پزشکان با سطح آگاهی آن‌ها از بیماری لپتوسپیروز ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (به ترتیب $p=0/11$ و $p=0/791$). این نتیجه در بسیاری از مطالعات نسبتاً مشابه هم مشاهده شده است (۷-۱۰). محل تحصیل ۶۱/۲ درصد از جمعیت مورد مطالعه در منطقه بومی برای بیماری لپتوسپیروز (گیلان، مازندران و گلستان) و ۳۸/۸ درصد دیگر نیز در مناطق غیر بومی بود. میانگین مدت فعالیت پزشکان شرکت کننده در تحقیق ۱۲/۲±۱۳/۵ (با طیف زمانی فعالیت ۵ تا ۲۱) سال بود. از کل پزشکان شرکت کننده در مطالعه، ۳۱/۶ درصد آن‌ها سابقه شرکت در بازآموزی بیماری لپتوسپیروز را داشتند. فراوانی تعداد جواب‌های درست پزشکان به ۱۵ سوال پرسشنامه، به تفکیک محل تحصیل و سابقه

شرکت در بازآموزی‌ها در جدول شماره یک آمده است. فقط در مورد دو سوال شامل شایع‌ترین شکل شروع بیماری و بهترین راه پیشگیری این تفاوت‌ها معنی دار بود (به ترتیب با $p=0/03$ و $p=0/054$). پزشکانی که محل تحصیل آن‌ها در نواحی بومی بیماری (گیلان، مازندران و گلستان) بود، از سایر پزشکان شرکت کننده در طرح پاسخ صحیح نسبتاً بیشتری داشتند و این تفاوت‌ها در مورد مهم‌ترین راه انتقال و نشانه مشخصه بیماری معنی دار (به ترتیب با $p=0/05$ و $p=0/01$ و $p=0/01$) و نیز در مورد علامت نشان دهنده بیماری شدید نزدیک به معنی داری بود ($p=0/08$). سطح آگاهی پزشکان در مورد جنبه‌های مختلف بیماری لپتوسپیروز مورد بررسی قرار گرفت. سطح آگاهی ۲۶۴ نفر (۶۶ درصد) از این افراد خوب و ۱۳۲ نفر (۳۳ درصد) متوسط و ۶ نفر (۲ درصد) هم ضعیف بود (نمودار شماره ۱). بیشترین اطلاعات پزشکان به ترتیب در مورد راه ای انتقال و پیشگیری لپتوسپیروز بود به طوری که این آگاهی در ۳۳ درصد شرکت کنندگان خوب، در ۶۲ درصد متوسط و در ۵ درصد هم ضعیف بود در حالی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی تعداد پاسخ‌های صحیح به سوالات پرسشنامه بررسی سطح آگاهی پزشکان عمومی به بیماری لپتوسپیروز به تفکیک محل تحصیل و سابقه شرکت در بازآموزی‌ها

اهداف تعیین شده	فراوانی	سابقه شرکت در بازآموزی		استان محل تحصیل	
		بلی	خیر	بومی بیماری	غیربومی بیماری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مهم‌ترین راه انتقال	۸۹ (۷۱)	۱۸۵ (۶۷/۵)	۰/۵۹	۱۸۱ (۷۴)	۹۳ (۶۰)
مهم‌ترین ریسک ابتلا	۹۳ (۷۴)	۹۲ (۷۰/۱)	۰/۵۹	۱۷۴ (۷۱)	۱۰۱ (۶۵/۱)
شایع‌ترین شکل شروع بیماری	۵۸ (۷۵)	۱۰۷ (۳۹)	۰/۱۳	۱۰۳ (۴۲)	۶۲ (۴۰/۱)
علامت مشخصه بیماری	۹۸ (۷۷)	۱۵۱ (۵۵/۵)	۰/۶۶	۱۱۸ (۴۸)	۷۸ (۵۰/۳)
نشانه مشخصه بیماری	۵۳ (۴۲)	۱۰۸ (۳۹/۴)	۰/۱۸	۱۱۰ (۴۴/۹)	۵۱ (۳۲/۹)
علامت رد کننده بیماری	۶۹ (۵۵)	۱۳۵ (۴۹/۳)	۰/۳۶	۱۲۵ (۵۰)	۹۹ (۵۰/۹)
علامت بیماری شدید	۶۴ (۵۱)	۱۳۰ (۷۴/۴)	۰/۶۹	۱۳۰ (۵۳)	۶۴ (۴۱/۳)
یافته‌های آزمایشگاهی نفع تشخیص بیماری	۴۲ (۳۳)	۸۸ (۳۲/۱)	۰/۵۱	۸۶ (۳۵)	۴۴ (۲۸/۴)
یافته‌های آزمایشگاهی رد کننده بیماری	۵۵ (۴۴)	۱۱۰ (۴۰/۱)	۰/۶۲	۱۰۶ (۴۳/۳)	۵۹ (۳۸)
یافته آزمایشگاهی موید پیش آگهی	۵۱ (۴۰/۱)	۵۸ (۵۸/۸)	۰/۷۶	۹۸ (۴۰)	۵۱ (۳۲/۹)
شایع‌ترین نمای رادیوگرافیک	۳۸ (۳۰)	۹۲ (۳۳/۶)	۰/۱۹	۶۷ (۲۸)	۶۳ (۴۰/۳)
حساس‌ترین روش تشخیصی	۵۵ (۴۴)	۹۴ (۳۴/۳)	۰/۵۵	۱۰۱ (۴۱/۲)	۴۸ (۳۰/۹)
بهترین راه پیشگیری	۸۶ (۶۸)	۱۵۱ (۵۵/۱)	۰/۱۴	۱۵۲ (۶۱/۹)	۸۵ (۴۸/۸)
بهترین آموزش در پیشگیری	۱۰۵ (۸۳)	۲۲۰ (۸۰/۳)	۰/۳۶	۲۰۵ (۸۳/۵)	۱۲۰ (۷۷/۴)
بهترین دارو برای پیشگیری	۵۳ (۴۲)	۱۱۵ (۴۱/۹)	۰/۲۳	۱۱۵ (۴۷)	۵۳ (۳۴/۲)

باشد بنابراین یک راهکار مناسب برای شناسایی بهترین بیماران در مراحل زودرس بیماری، تلاش در جهت گنجاندن این بیماری در رده بیماری‌های عفونی شایع و مهم در آموزش‌های بالینی دانشجویان پزشکی سراسر کشور است. سطح دانش پزشکان از علائم آزمایشگاهی بیماری در پایین‌ترین میزان بود به طوری که فقط ۱۰ درصد آن‌ها آگاهی خوبی در این زمینه داشتند و بیش از ۲۰ درصد هم آگاهی ضعیفی داشتند که اهمیت توجه بیشتر به روش‌های تشخیصی آزمایشگاهی را در دوره‌های آموزشی مطرح می‌کند. در بررسی فراوانی پاسخ‌های صحیح پزشکی که در بازآموزی‌ها شرکت فعال داشته‌اند این فراوانی بالاتر از بقیه بود. جمالی و همکاران به این نتیجه رسیدند که ارتباط مستقیمی میان برگزاری کلاس‌های بازآموزی و افزایش سطح دانش پزشکان وجود دارد (۱۰) و در مطالعات هم سو با آن هم این مطلب به دفعات به اثبات رسیده است. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که توسط دهقانی انجام شده است به این نتیجه نیز اشاره شده است (۱۳). در پایان باید گفت که میزان فراوانی و درصد پاسخ‌های صحیح در کل پزشکان مورد مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت موجود با وضعیت ایده آل فاصله نسبتاً زیادی دارد و لزوم برنامه‌ریزی بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. این برنامه‌ریزی‌ها می‌تواند به صورت آموزش‌های حین تحصیلات پزشکی عمومی و بازآموزی‌های دوره‌ای در ابتدای فرا رسیدن فصل بهار (به خصوص به صورت کارگاه‌هایی که حضور فعال شرکت کنندگان را فراهم نماید) و یا استفاده از روش‌های نوین آموزشی از جمله استفاده از رسانه‌های فضای مجازی و... انجام شود.

سپاسگزاری

با تشکر فراوان از خانم دکتر فاطمه دریواسی که در جمع‌آوری اطلاعات کمک قابل تقدیری به ما نمودند و با قدردانی از پزشکان عمومی محترم شاغل در استان مازندران که با همکاری صمیمانه خود

که سطح آگاهی پزشکان از علائم بالینی بیماری در ۲۵ درصد موارد خوب، در ۵۵ درصد متوسط و در ۲۰ درصد موارد هم ضعیف نشان داده شد و کمترین میزان آگاهی جمعیت مورد مطالعه مربوط به علائم آزمایشگاهی بیماری بود. نتایج آماری میزان آگاهی پزشکان از علائم آزمایشگاهی بیماری به این صورت بود که ۴۰ نفر (۱۰ درصد) در سطح خوب، ۲۶۸ نفر (۶۷ درصد) متوسط و ۹۲ نفر دیگر هم (۲۳ درصد) در سطح ضعیف بودند. متأسفانه با وجود جستجوی گسترده از منابع مختلف، مطالعه مشابهی در مورد سطح آگاهی پزشکان از بیماری لپتوسپیروز پیدا نکردیم ولی مطالعات با نتایج نسبتاً مشابهی در مورد سایر بیماری‌های عفونی اندمیک وجود دارد. به طور مثال طبق مطالعه حبیبی و همکاران در پاییز ۱۳۸۳، میزان آگاهی پزشکان عمومی از علائم بالینی بیماری هپاتیت ب در حدود ۷۰ درصد می‌باشد (۸) و این امر در مطالعه جمشیدی و همکاران در بندرعباس در مورد آگاهی پزشکان عمومی از بیماری سل نیز مطرح گردید (۹). در مطالعه رضایی و همکاران (۱۱) در یاسوج هم آگاهی پزشکان عمومی از بیماری سل ۵۱ درصد گزارش گردیده است. با این حال در مطالعه المنیری و همکاران در کشور عمان (۱۲) که آگاهی پزشکان عمومی را از بیماری سل بررسی کردند، فقط حدود ۳۸ درصد پزشکان این بیماری را در تشخیص افتراقی بیماران با علائم تنفسی قرار می‌دادند. محققین علت این آگاهی نسبتاً پایین را میزان بروز کم سل در کشور خود دانسته‌اند. در مطالعه ما سطح آگاهی پزشکانی که فارغ التحصیل نواحی اندمیک بیماری لپتوسپیروز بودند، بهتر از سایرین ارزیابی شده است. در بررسی فراوانی تعداد پاسخ‌های صحیح به سؤالات مطالعه به تفکیک محل تحصیل (در نواحی بومی و غیر بومی بیماری) هم در اکثر موارد افراد فارغ التحصیل از نواحی بومی به سؤالات بیشتری پاسخ صحیح داده بودند که این امر می‌تواند به دلیل اهتمام بیشتر دست‌اندرکاران آموزشی این نواحی ناشی از درگیری بیشتر با بیماری

طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران با شماره ثبت ۱۳۰۳ انجام شده است.

اجرای این طرح را امکان پذیر نمودند. این مطالعه توسط گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مرکز تحقیقات مقاومت آنتی میکروبیال و به عنوان

References

1. Levett P. *Leptospira species* (chapter 240). In: Mandell G.L, Bennett JE, Dolin R, (eds). *Principles and practice of infectious disease*. 7th ed. : ; 2010. p. 3059-3065.
2. Greene CE. *Infectious Disease of the Dog and Cat*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1998. p. 273-281.
3. Mansourghanaee F, Sarshad A. Evaluation of clinical and laboratory feature of 300 cases of human leptospirosis. Abstracts of 9th Iranian infectious disease Congress; Tehran. 1999 (Persian).
4. Bharti AR, Nally JE, Ricaldi JN, Matthias MA, Diaz MM, Lovett MA, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(12): 757-771.
5. Gholamrezaei A. A review of leptospirosis in human and domestic. (Available From: URL: [Http:// leptolab.ut. ac.ir](http://leptolab.ut.ac.ir)).
6. Abdollahpour G, Shafiqhi ST, Sattari Tabrizi S. Serodiagnosis of Leptospirosis in cattle in North of Iran, Gilan. *Int J Vet Res* 2009; 3(1): 7-10.
7. Sadeghi A. The awareness of general physicians employed in health centers of Shiraz about 4 common disease including tuberculosis, brucellosis, typhoid fever and dysentery. *Iranian Journal of Education in Medical Sciences* 2001; 1(2): 33-35 (Persian).
8. Habibi M, Delaviz Z. Evaluation of people who work in mashhad university. *Dental Journal of Mashhad Collage* 2007; 1(2): 35-46.
9. Jamshidi M. The level of GPs of Bandar abas around TB and DOTS way. *Hormozgan Medicine of Collage* 2003(2): 32-34.
10. Jamali A, Mokhber L, Nojoumi M. The impact of self education on awareness and attitudes of private general physicians of Karaj city for national programs against Tuberculosis. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2003; 37: 703-712 (Persian).
11. Rezaie M, Moradian S. Determining the awareness of general practitioners and interns of yasuj about pediatric tuberculosis. Abstracts of 5th National Congress on Medical Education. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002; 8: 46-47.
12. Al-Maniri AA, Al-Rawas OA, Al-Ajmi F, De Costa A, Eriksson B, Diwan VK. Tuberculosis suspicion and knowledge among private and public general practitioners: Questionnaire Based Study in Oman. *BMC Public Health* 2008; 8: 177.
13. Dehghani M, Etminanerad S. Evaluation of awareness level of medical students ofleishmaniasis. *J Jahrom Univ Med Sci* 1384; (16): 3-18 (Persian).