

BRIEF REPORT

Awareness of General Practitioners in Mzandaran Province on Leptospirosis and Related Factors

Alireza Davoodi¹, Farhang Babamahmoodi¹, Mohammad Khademloo², Ahmad Alikhani¹, Narges Najafi¹

¹ Antimicrobial Resistance Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Department of Community Medicine, Health Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received, June 29, 2012 ; Accepted, September 12, 2012)

Abstract

Background and purpose: Leptospirosis is the most widespread zoonosis in the world which is endemic in Mazandaran province. Early diagnosis of leptospirosis based on clinical & laboratory findings is relatively difficult due to lack of characteristic pathognomonic features. General physicians are the first line of patients' admission. The main purpose of this study was to determine the level of awareness among general physicians on leptospirosis in Mazandaran province.

Materials and methods: In a cross sectional study, 400 general practitioners including 281(70.25%) male and 119 (29.75%) female were chosen. They completed a questionnaire containing 15 questions within 30 minutes.

Results: The level of awareness was found good among 66% of the subjects. No significant relation was observed between age and sex of the physicians and their knowledge of leptospirosis. The best information was about the routes of transmission and prevention of leptospirosis.

Conclusion: This study demonstrated a low level of awareness among general practitioners, therefore, it is necessary to perform more re-education programs.

Keywords: Knowledge, leptospirosis, general physician (GP)

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(93): 113-117 (Persian).

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

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

چکیده

سابقه و هدف: لپتوسپیروز شایع ترین بیماری مشترک بین انسان و حیوان در دنیا است که در استان مازندران هم اندemic می‌باشد. تشخیص زودرس این بیماری که بر پایه علائم و نشانه‌های بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی بوده، 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 لپتوسپیروزیس بود.

مواد و روش‌ها: دریک مطالعه توصیفی و مقطعی، میزان آگاهی ۴۰۰ پزشک عمومی در مورد بیماری لپتوسپیروز بررسی 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 نسبتاً پایینی می‌باشند، برگزاری باز آموزی‌های 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^(۱،۲). این بیماری

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

۱. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۸۴-۱۸۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شده است.

E-mail : nr_najafi@yahoo.com

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

۱. مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۰/۶/۲۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۰/۶/۲۲

در امر درمان بیماران مستقیماً دخالت داشتند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه‌ای خود ایفا شامل ۱۵ سوال چهارگزینه‌ای بود. پنج سوال برای هریک از موضوعات شامل: ۱- عالیم بیماری ۲- تشخیص آزمایشگاهی ۳- راههای انتقال و پیشگیری) از قبل طرح شده بود. اعتبار محتوای سوالات با استفاده از متون کتب مرجع عفونی و نظر افراد خبره تأمین شدند و سپس به عنوان پیش آزمون ده پرسشنامه توسط ده نمونه پاسخ داده شد. پرسشنامه‌ها در حضور مطالعه گر توسط افراد مورد مطالعه پاسخ داده شدند. راه دسترسی به افراد مورد مطالعه، مراجعه به مطبهای خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی بود. 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 صد ک ۷۵: خوب، صد ک ۲۵-۷۵: متوسط، کمتر از صد ک ۲۵: ضعیف. سپس اطلاعات جمع آوری شده از طریق آزمون‌های آماری توصیفی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۱ تحلیل شد. جهت تعیین ارتباط بین داده ها از آزمون Chi-square استفاده کردیم.

یافته‌ها و بحث

از ۴۰۰ پزشک عمومی مورد بررسی تعداد ۲۸۱ مورد (۷۰/۲۵ درصد) مرد و ۱۱۹ نفر (۲۹/۷۵ درصد) زن بودند. میانگین سن جمعیت مورد بررسی ۴۳ ± ۴ (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 $p=0/۹۱$ و $p=0/۱۱$). 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 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 $۱۲/۲\pm ۱۳/۵$ (با طیف زمانی فعالیت ۵ تا ۲۱) سال بود. از کل پزشکان شرکت کننده در

با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی مشخص می‌شود که از عفونت غیرآشکار تا بیماری برق آسا و کشنده متغیر می‌باشد. لپتوسپیروز در شکل خفیف خود ممکن است به صورت بیماری شبیه آنفولانزا با سردرد و میالژی ظاهر 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 وجوددارد. 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 عالیم 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 آنتی میکروبیال انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی و بهداشتی و مطبهای خصوصی استان مازندران بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مربوطه و با درنظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و دقت ۰/۰۵ و شیوع ۵۰ درصد ۴۰۰ نمونه تعیین گردید. روش نمونه‌گیری تصادفی بود. فهرست اسامی و آدرس‌های جمعیت مورد مطالعه از سازمان نظام پزشکی استان مازندران تهیه و نمونه‌های به صورت تصادفی و به صورت رایانه‌ای انتخاب شدند. فقط پزشکانی وارد مطالعه می‌شدند که

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 که سطح آگاهی پزشکان از عالیم بالینی بیماری در ۲۵ درصد موارد خوب، در ۵۵ درصد متوسط و در ۲۰ درصد موارد هم ضعیف بود و کمترین میزان آگاهی جمعیت مورد مطالعه مربوط به عالیم آزمایشگاهی بیماری بود. نتایج آماری میزان آگاهی پزشکان از عالیم 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. متاسفانه 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 عالیم بالینی بیماری هپاتیت ب در حدود ۷۰ درصد بود^(۸) و این امر در مطالعه جمشیدی و همکاران در بندرعباس در مورد

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 $p = 0.01$ و $p = 0.001$) ولی در مورد علامت نشان دهنده بیماری شدید معنی دار نبود ($p = 0.08$). 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. بیشترین اطلاعات پزشکان به ترتیب در مورد راه انتقال و

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

اهداف تعیین شده	سوالات						
	استان محل تحصیل			سابقه شرکت در بازآموزی			
	سطح معنی داری	غیربومی بیماری	بومی بیماری	سطح معنی داری	خیر	بلی	فراوانی
	مقدار (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مهم ترین راه انتقال	۰/۰۵	(۶۰/۹۳)	(۷۴/۱۸۱)	۰/۵۹	(۶۷/۱۸۵)	(۷۱/۸۹)	
مهم ترین ریسک ابتلا	۰/۲۱	(۶۵/۱/۱۰۱)	(۷۱/۱۷۴)	۰/۵۹	(۷۰/۱/۹۲)	(۷۴/۹۳)	
شایع‌ترین شکل شروع بیماری	۰/۵۱	(۴۰/۱/۶۲)	(۴۲/۱۰۳)	۰/۰۳	(۳۹/۱۰۷)	(۷۵/۵۸)	
علامت مشخصه بیماری	۰/۲	(۵۰/۳/۷۸)	(۴۸/۱۱۸)	۰/۶۶	(۵۵/۵/۱۵۱)	(۷۷/۹۸)	
نشانه مشخصه بیماری	۰/۰۱	(۳۲/۹/۵۱)	(۴۴/۹/۱۱۰)	۰/۱۸	(۳۹/۴/۱۰۸)	(۴۲/۵۳)	
علامت رد کننده بیماری	۰/۷۸	(۵۰/۹/۹۹)	(۵۰/۱۲۵)	۰/۳۶	(۴۹/۳/۱۳۵)	(۵۵/۶۹)	
علامت بیماری شدید	۰/۰۹	(۴۱/۱/۶۴)	(۵۳/۱۳۰)	۰/۶۹	(۷۴/۴/۱۳۰)	(۵۱/۶۴)	
یافته‌های آزمایشگاهی نفع تشخیص بیماری	۰/۳۲	(۲۸/۴/۴۴)	(۳۵/۸۶)	۰/۵۱	(۳۲/۱/۸۸)	(۳۳/۴۲)	
یافته‌های آزمایشگاهی رد کننده بیماری	۰/۲	(۳۸/۰/۵۹)	(۴۳/۳/۱۰۶)	۰/۶۲	(۴۰/۱/۱۱۰)	(۴۴/۵۵)	
یافته آزمایشگاهی مovid پیش آگاهی	۰/۳۲	(۳۲/۴/۵۱)	(۴۰/۹۸)	۰/۷۶	(۵۸/۸/۵۸)	(۴۰/۱/۵۱)	
شایع‌ترین نمای رادیوگرافیک	۰/۵۵	(۴۰/۳/۶۳)	(۲۸/۶۷)	۰/۱۹	(۳۳/۶/۹۲)	(۳۰/۳۸)	
حساب ترین روش تشخیصی	۰/۱۲	(۳۰/۹/۴۸)	(۴۱/۲/۱۰۱)	۰/۵۵	(۳۴/۳/۹۴)	(۴۴/۵۵)	
بهترین راه پیشگیری	۰/۴۳	(۴۸/۸/۸۵)	(۶۱/۹/۱۵۲)	۰/۰۴	(۵۵/۱/۱۵۱)	(۶۸/۸۶)	
بهترین آموزش در پیشگیری	۰/۴۵	(۷۷/۴/۱۲۰)	(۸۳/۵/۲۰۵)	۰/۳۶	(۸۰/۳/۲۲۰)	(۸۳/۱۰۵)	
بهترین دارو برای پیشگیری	۰/۳۲	(۳۴/۲/۵۳)	(۴۷/۱۱۵)	۰/۲۳	(۴۱/۹/۱۱۵)	(۴۲/۵۳)	

فعال داشته‌اند این فراوانی بالاتر از بقیه بود. جمالی و همکاران به این نتیجه رسیدند که ارتباط مستقیمی میان برگزاری کلاس‌های باز آموزی 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 نمودند و با قدردانی از پزشکان عمومی محترم شاغل در استان مازندران که با همکاری صمیمانه خود 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 طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران با شماره ثبت ۱۳۰۳ انجام شده است.

References

- Levett P. Leptospira species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, (eds). Principles and practice of infectious disease. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. p. 3059-3065.
- Greene CE. Infectious Disease of the Dog

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 علایم 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 اندیمیک 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) نشان داده شد که اکثر موارد افراد فارغ التحصیل از نواحی بومی به سوالات بیشتری پاسخ صحیح داده بودند که این امر می‌تواند به دلیل اهتمام بیشتر دست‌اندرکاران آموزشی این نواحی ناشی از درگیری بیشتر با بیماری باشد بنابراین یک راهکار مناسب برای شناسایی بهترین بیماران در مراحل زودرس بیماری، تلاش در جهت گنجانیدن این بیماری در رده بیماری‌های عفونی شایع و مهم در آموزش‌های بالینی دانشجویان پزشکی سراسر کشور است. سطح دانش پزشکان از علایم آزمایشگاهی بیماری در پایین ترین 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 پزشکانی که در بازآموزی‌ها شرکت

- and Cat. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1998.
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>).
 6. Abdollahpour G, Shafighi 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. Iran J Edu Med Sci 2001; 1(2): 33-35 (Persian).
 8. Habibi M, Delaviz Z. Evaluation of people who work in mashhad university. Dental J Mashhad Dent Sch 2007; 1(2): 35-46 (Persian).
 9. Jamshidi M, Hashemi SM. The level of physician of Bandar abas from TB and DOTS protocol in 1999. Hormozgan Med J 2000; 5(2): 1-4.
 10. Jamali A, Mokhber L, Nojoumi M. The effect of self learning on general practitioners' knowledge and attitude toward national plan for combating tuberculosis in kavaj private sectors (2000). Razi J Med Sci 2003; 10(37): 703-712 (Persian).
 11. Rezaie M, Moradian S. Determining the awareness of general practitioners and interns of yasuj about pediatric tuberculosis. Iran J Med Edu 2002; 2(4): 47 (Persian).
 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 of leishmaniasiss. J Jahrom Univ Med Sci 2005; 3(2): 3-18 (Persian).