

BRIEF REPORT

Awareness of General Practitioners in Mazandaran province on Diagnosis, Treatment and Prevention of Cholera

Alireza Davoodi Badabi¹,
Farhang Babamahmoodi²,
Narges Najafi¹,
Shahriar Alian¹,
Roya Ghasemian²,
Ahmad Alikhani¹,
Sara Javdani Yekta³

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

² Associate Professor, Antimicrobial Resistance Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Student in Medicine, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 6, 2012 ; Accepted May 20, 2013)

Abstract

Background and purpose: This study evaluated the awareness of general practitioners (GP) in Mazandaran province on diagnosis, management and prevention of cholera.

Materials and methods: In a prospective study, 156 GPs were randomly selected to complete a questionnaire containing 15 questions through face to face interviews.

Results: The study population was 68 (43.6%) female and 88 (56.4%) male with the mean age of 42 ± 7.8 and 40 ± 5.8 years, respectively. Awareness level of GPs about cholera was moderate in 89 (57.1%) and good in 48 (30.8%). The awareness about diagnosis of cholera was good, moderate and poor in 23%, 69.9% and 7.1%, respectively. Also, 17.3%, 71.8%, and 10.9% of GPs had a good, moderate and poor (respectively) awareness level on treatment of cholera. The awareness level of GPs about prevention of cholera was good, moderate and poor in 26.3%, 59% and 14.7%, respectively

Conclusion: Moderate level of awareness of GPs on cholera signifies the need for more planning to control such epidemic diseases.

Keywords: Awareness level, general practitioners, cholera

J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(101): 105-110 (Persian).

سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در استان مازندران از تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری وبا

علی رضا داودی بدابی^۱

فرهنگ بابا محمودی^۲

نرگس نجفی^۱

شهریار عالیان^۱

رویا قاسمیان^۲

احمد علیخانی^۱

سارا جاودانی یکتا^۳

چکیده

سابقه و هدف: ما در این مطالعه سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در استان مازندران را در مورد تشخیص و مراقبت و پیشگیری از بیماری وبا مورد بررسی قرار دادیم.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه آینده نگر ۱۵۶ پزشک عمومی به پرسشنامه‌ای حاوی ۱۵ سوال پاسخ دادند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی بود. پرسشنامه‌ها در حضور مطالعه گروه توسط افراد مورد مطالعه پاسخ داده شدند.

یافته‌ها: شصت و هشت نفر (۴۳/۶ درصد) از افراد مورد مطالعه زن و ۸۸ نفر (۵۶/۴ درصد) مرد بودند. میانگین سنی مردان ۴۲±۷/۸ سال و زنان ۴۰±۵/۸ سال بود. سطح آگاهی نفر (۵۷/۱ درصد) از پزشکان از بیماری وبا در حد متوسط و در ۴۸ نفر (۳۰/۸ درصد) خوب بود. سطح آگاهی افراد از فرایند تشخیصی بیماری در ۲۳ و ۶۹/۹ و ۷/۱ درصد، به ترتیب خوب، متوسط وضعیف بود. همچنین آگاهی ۱۷/۳ و ۷۱/۸ و ۱۰/۹ درصد از پزشکان در مورد اقدامات درمانی به ترتیب خوب، متوسط وضعیف بود. در مورد آگاهی پزشکان از اقدامات پیشگیرانه هم، ۲۶/۳ درصد و ۵۹ درصد و ۱۴/۷ درصد آن‌ها به ترتیب آگاهی خوب، متوسط وضعیف داشتند.

استنتاج: سطح آگاهی در حد متوسط پزشکان عمومی در مورد بیماری وبا، لزوم برنامه‌ریزی بیشتری را به خصوص در زمینه اقدامات لازم جهت کنترل بیماری در ابتدای بروز اپیدمی‌ها مطرح می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: سطح آگاهی، پزشکان عمومی، وبا

مقدمه

کلاسیک والتوراست که نوع کلاسیک محدود به کشور بنگلادش بوده ولی نوع التورم‌سیول اپیدمی‌های فعلی در جهان می‌باشد^(۱). میزان بروز سالیانه بیماری در دنیا احتمالاً بالای یک میلیون نفر است^(۲). در همه گیری سال ۱۳۸۴ در ایران آمار مبتلایان به بیماری وبا ۱۱۳۳ نفر و

و با یک بیماری اسهالی حاد ناشی از عفونت روده با باکتری ویریوکلرا است. ویریوکلرا یک باسیل گرم منفی خمیده از خانواده ویریوناسه‌ها با خصوصیاتی مشترک با انتروباکتریاسه‌ها می‌باشد. ویریوکلرا براساس خصوصیات فوتیبیک، دارای ۲ بیوتیپ

E-mail: ahmadalikhani@yahoo.co.in

مؤلف مسئول: احمد علیخانی - قائم شهر: بیمارستان رازی قائم شهر، کد پستی: ۴۶۹۱۷-۱۴۱۶۱

۱. استادیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرم‌سیری، مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرم‌سیری، مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشجوی دکترای عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۱۵ تاریخ انجام اصلاحات: ۱۳۹۱/۸/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۲/۳۰

تحت پوشش این مراکز از نظر راههای پیشگیری از بیماری وبا را دارند. بنابراین بالا بودن سطح آگاهی این گروه از مراقبین بهداشتی جامعه اهمیت زیادی در کاهش مرگ و میر و کنترل بیماری وبا را دارد. در مراقبت از بیمار مبتلا به وبا تشخیص زودرس بیماران و شروع هرچه سریع ترمایعات وریدی و برطرف کردن اختلالات الکتروولیتی و اسیدوز سیستمیک بیماران اهمیت زیادی دارد و هر گونه تأخیر در تشخیص و درمان بیماران می‌تواند باعث افزایش تأسف باری در مورتالیتی آن‌ها شود. پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی و اورژانس بیمارستان‌ها، خط اول مراجعه بیماران مشکوک به وبا هستند. هدف از این مطالعه ارزیابی سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی و اورژانس بیمارستان‌های استان مازندران از بیماری وبا می‌باشد. هدف از چنین مطالعاتی آشکار ساختن نقصانی است که در آگاهی و نوع طبابت پزشکان عمومی در مواجهه با بیماری‌ها وجود دارد⁽⁶⁾. نتایج این مطالعه می‌تواند در طرح‌ریزی برنامه‌های آموزشی حین تحصیل و بازآموزی‌های دوره‌ای پزشکان عمومی کمک کننده باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی و مقطعی است که توسط گروه عفوونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی و بهداشتی و اورژانس بیمارستان‌های استان مازندران بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطاً نوع اول ۵ درصد و شیوع ۵۰ درصد و دقت ۰/۰۵، حدود ۳۷۵ نمونه تعیین شده بود که با توجه به در نظر گرفتن امکانات و شرایط انجام طرح و نحوه همکاری حدود دو هزار پزشک عمومی فعال در بخش‌های مختلف درمانی استان تعداد نمونه ۱۵۰ را در نظر گرفتیم. روش نمونه‌گیری، از نوع تصادفی بود. فهرست اسامی و آدرس‌های پزشکان مورد مطالعه از

تعداد موارد مرگ ناشی از آن ۱۱ نفر (میزان کشنده‌گی ۰/۹۷) بود. هم‌چنین در سال ۱۳۸۷ تعداد مبتلایان به وبا ۷۲ نفر و تعداد موارد مرگ ۴ نفر گزارش گردیده است^(۳). انتقال کلرا تقریباً همیشه از طریق خوردن آب و غذای آلوده صورت می‌گیرد. آلودگی ممکن است با خوردن غذاهای دریایی، ماهی خام و صدف خام آلوده یا میوه و سبزجات آلوده ایجاد شود^(۴). انتقال شخص به شخص نادر است. اپیدمی در فصل گرما بروز می‌کند. بیماری عمدتاً در کشورهایی با بهداشت ضعیف اتفاق می‌افتد ولی در کشورهای توسعه یافته هم به صورت اسپورادیک دیده می‌شود. دوره کمون بیماری از ۱۲ تا ۷۲ ساعت متفاوت است. عفونت ممکن است بدون علامت، خفیف یا شدید باشد. در بیوتیپ کلاسیک نصف موارد علامت دارند ولی در بیوتیپ التورتها ۵ درصد دارای علامت هستند. ظاهر تبیک بیماری به صورت شروع ناگهانی اسهال آبکی بدون درد همراه با استفراغ می‌باشد. دهیدراتاسیون ایزوتونیک مشخصه وبا می‌باشد و شدیدترین عارضه وبا نارسایی حاد کلیه به دلیل جایگزینی نامناسب مایع است. تشخیص براساس جدا کردن کلرا در مدفوع انجام می‌شود. رهیدراتاسیون بیمار مهم‌ترین اقدام درمانی است. درمان آنتی بیوتیکی نقش ثانویه در درمان وبا دارد^(۱).

در پیشگیری از وبا باید دفع مناسب بهداشتی فضولات انسانی و استفاده از توالت بهداشتی و تأمین منابع آب سالم (استفاده از آب لوله کشی، جوشاندن آب و اضافه کردن کلر) و نیز تأمین غذای سالم (استفاده از غذای پخته کاملاً داغ شده و عدم مصرف غذای خام مگر آن که قابل پوست کنند باشد) مهم در نظر گرفته شوند. وبا قدرت منحصر به فردی در مبتلا کردن تعداد زیادی از مردم در جوامع بشری دارد. این بیماری اسهالی حاد در موارد شدید می‌تواند در عرض چند ساعت باعث مرگ بیمار شود^(۵). پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی از جمله پزشکان خانواده نقش مهمی در شناسایی سریع بیماران و نیز آموزش افراد

شده و مورد پرسش قرار گرفتند که از این تعداد، ۱۵۶ نفر به سوالات پاسخ کامل دادند. بنابراین میزان پاسخ (Response rate) ۸۹ درصد بود. شصت و هشت نفر (۳۴/۶ درصد) از افراد مورد مطالعه زن و ۸۸ نفر (۵۶/۴ درصد) مرد بودند. میانگین سنی در مردان $۴۲\pm ۷/۸$ سال (با طیف سنی ۲۶ تا ۷۹ سال) و در زنان $۴۰\pm ۵/۸$ سال (با طیف سنی ۳۰ تا ۵۴ سال) بود. اختلاف چشمگیری بین مردان و زنان از نظر سنی وجود نداشت ($p=0.112$).

متوسط مدت زمانی که این پزشکان به امر طبابت مشغول بوده‌اند، در مردان $۱۵\pm ۶/۵$ سال (با طیف ۱ تا ۴۳ سال) و در زنان $۱۳\pm ۵/۱$ سال (با طیف ۵ تا ۲۶ سال) بود. یک صد و یک نفر از نمونه‌ها (۶۴/۷ درصد) در بازآموزی‌های مرتبط با بیماری و با شرکت کرده بودند.

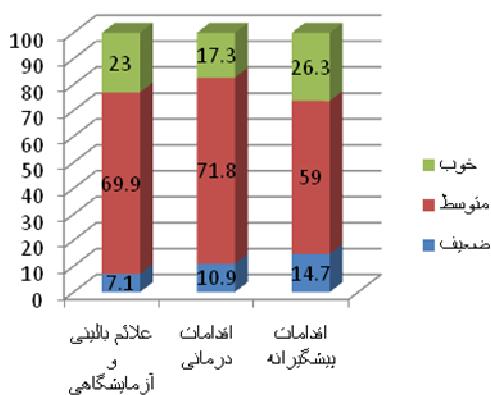
فرآونی تعداد جواب‌های درست پزشکان به ۱۵ سوال پرسشنامه، به تفکیک سابقه شرکت در بازآموزی‌ها در جدول شماره ۱ آمده است. بالاترین درصد پاسخ‌های صحیح، به سوالاتی در مورد شایع‌ترین شکل بروز بیماری (۱۵۲ نفر، ۹۷/۴ درصد) و یافته‌های آزمایشگاهی به نفع تشخیص بیماری (۱۱۸ نفر، ۷۵/۶ درصد) بود.

کمترین درصد پاسخ‌های صحیح پاسخ دهنده‌هاهم به سوالاتی در مورد علامت کارکتریستیک بیماری (۱۷ نفر، ۱۰/۹ درصد) تعلق داشت. بین سن و جنسیت پاسخ دهنده‌ها و تعداد پاسخ‌های صحیح آن‌ها رابطه معنی‌داری دیده نشد ($p=0.118$ و $p=0.359$) اگرچه میزان پاسخ‌های صحیح در افرادی که سابقه قبلی شرکت در بازآموزی‌های مرتبط با بیماری و با را داشتند، نسبتاً بیشتر از افرادی بود که در چنین بازآموزی‌هایی شرکت نکرده بودند ولی در اکثر موارد این اختلاف چشمگیر و معنی‌دار نبود (البته به غیر از سوال در مورد نقش آنتی‌بیوتیک درمانی با $p=0.005$ در نمودار شماره ۱، سطح آگاهی افراد مورد مطالعه از علایم بالینی و آزمایشگاهی و باه، نحوه درمان و مراقبت از بیماران و روش‌های پیشگیری و کنترل آن‌ها نمایش داده شده است. به طور کلی سطح آگاهی ۵۷/۱ نفر (۸۹ درصد) از

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران تهیه و نمونه‌ها به صورت تصادفی و به صورت رایانه‌ای از بین پزشکان دخیل درامر درمان بیماران استان انتخاب شدند. فقط پزشکانی وارد مطالعه شدند که درامر درمان بیماران استان مستقیماً دخالت داشتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای خود ایفا شامل پانزده سوال چهارگزینه‌ای بود. پنج سوال برای سه موضوع علایم و تشخیص پاراکلینیک، درمان و راههای انتقال و پیشگیری بیماری طرح گردید. اعتبار محتوای سوالات با استفاده از متون کتب مرجع عfonی شامل کتاب مندل چاپ ۲۰۱۰ و هاریسون ۲۰۱۲ و کتاب اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های معاونت سلامت وزارت بهداشت و نظر کارشناسی اساتید گروه عfonی دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شد (و سپس به عنوان پره تست و قبل از شروع طرح، جهت اطمینان از reliability پرسشنامه، تعداد ده پرسشنامه توسط ده نمونه پاسخ داده شد). راه دسترسی به افراد مورد مطالعه، مراجعه به مطب‌های خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی بود. پرسشنامه‌ها در جضور مطالعه گر توسط افراد مورد مطالعه پاسخ داده شدند. جهت پر کردن هر پرسشنامه سی دقیقه وقت اختصاص داده شد به هر پاسخ مثبت ۲۰ امتیاز داده شد و سطح آگاهی بر همین اساس درجه‌بندی و توصیف گردید (بیشتر از صد ک $=75$ خوب، صد ک $=25$ تا $=5$ توسیع و کمتر از صد ک $=25$ ضعیف). سپس اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون‌های آماری توصیفی و نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید. جهت تعیین اختلاف یا ارتباط بین داده‌های کیفی از آزمون chi-square و برای مقایسه میانگین نمره دردو گروه کمی از t-test استفاده شد. همچنین میزان سطح معنی‌داری p-value کمتر از 0.05 به عنوان معیار معنی‌دار بودن اختلاف‌ها درنظر گرفته شد.

یافته‌ها و بحث

یک صد و هفتاد و پنج پزشک عمومی وارد مطالعه



نمودار شماره ۱: سطح آگاهی پزشکان مورد مطالعه از تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری وبا (بر اساس درصدی از افراد که سطح آگاهی خوب، متوسط یا ضعیف داشتند)

این مطالعه توصیفی مقطعی با هدف ارزیابی سطح آگاهی پزشکان عمومی شاغل در استان مازندران از خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی و نحوه درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری وبا و نیز راههای پیشگیری و کنترل این بیماری انجام شد. ۱۵۶ پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی، اورژانس بیمارستانها و مطب‌های خصوصی وارد مطالعه شدند. بر اساس نتایج حاصل شده در مطالعه ما بین جنس و سن پزشکان و تعداد پاسخ‌های صحیح آن‌ها اختلافی وجود نداشت که منطبق با اکثر مطالعات مشابه در این مورد بود (۷-۱۰). در مطالعه ما پزشکانی که سابقه شرکت در بازآموزی‌های وبا را داشتند، نسبت به بقیه همکاران خود سطح آگاهی واضح‌تری نداشتند (البته پاسخ‌های صحیح آن‌ها به سوالات مربوط به درمان آتشی بیوتیکی بهتر بود).

قطبی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در مطالعه‌ای به بررسی میزان آگاهی پزشکان از اسهال کودکان پرداختند (۱۱). این پزشکان گروهی بودند که در طی ۳ سال بازآموزی مورد بررسی قرار گرفته بودند و گروه شاهد پزشکانی بودند که در کلاس‌های فوق شرکت نکرده بودند. در بین ۱۵۲ پزشک عمومی میانگین امتیاز کسب شده در گروه مطالعه بالاتر از گروه شاهد بود. این

پزشکان مورد مطالعه از بیماری وبا در حد متوسط (با ۵ تا ۱۰ پاسخ صحیح) و در ۴۸ نفر (۳۰/۸ درصد) خوب بود (بیش از ۱۰ پاسخ صحیح). بین میزان آگاهی افراد با سن، جنس و سابقه شرکت در بازآموزی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (به ترتیب با $p=0.18$ و $p=0.32$ و $p=0.19$). هم‌چنین بین مدت زمانی که از فراغت از تحصیل این پزشکان سپری شده و سطح آگاهی آنان از بیماری وبا در کل ارتباط چشم‌گیری دیده نشد ($p=0.12$). ولی بین مدت زمان مذکور و آگاهی پزشکان از نحوه مناسب درمان بیماران ارتباط تقریباً معنی‌داری دیده شد ($p=0.05$). سطح آگاهی پزشکان از فرایند تشخیصی بیمار به این قرار بود که ۲۳ و ۶۹/۹ و ۷/۱ درصد از افراد به ترتیب سطح آگاهی خوب، متوسط و ضعیف داشتند. هم‌چنین به ترتیب ۱۷/۳ و ۱۰/۹ و ۷۱/۸ و ۱۰/۹ درصد پزشکان از آگاهی خوب، متوسط و ضعیفی از اقدامات درمانی مناسب برای بیماران وبا ای بروخوردار بودند. در مورد آگاهی پزشکان از اقدامات پیشگیرانه هم، ۲۶/۳ و ۵۹ و ۱۴/۷ درصد آن‌ها به ترتیب آگاهی خوب، متوسط و ضعیف داشتند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی تعداد پاسخ‌های صحیح به سوالات پرسشنامه بررسی سطح آگاهی پزشکان عمومی به بیماری وبا بر حسب شرکت یا عدم شرکت در بازآموزی‌ها

سوالات بر اساس اهداف تعیین شده	ساخته شرکت در بازآموزی		
	جمع		
	فرمایی	بلی	خریر
مشخصات شروع بیماری			
علامت کارکرکسیک بیماری	.۰/۵۹	(۳۸/۲/۲۱)	(۴۲/۶/۴۳)
علامت رد کننده بیماری	.۰/۵۱	(۶۱/۸/۳۴)	(۵۶/۴/۵۷)
شایع ترین شکل بروزبیماری	.۰/۶۶	(۴۸/۲/۵۴)	(۴۷/۹/۹۸)
یافته‌های آزمایشگاهی نفع تشخیص بیماری	.۰/۱۸	(۸۱/۸/۴۵)	(۷۲/۳/۱۷۳)
نحوه مرابت از بیمار	.۰/۳۶	(۴۹/۱/۲۷)	(۴۱/۶/۴۲)
نحوه مناسب مای درمانی بیمار	.۰/۶۹	(۴۱/۸/۲۳)	(۳۸/۶/۳۹)
نقش آتشی بیوتیک درمانی	.۰/۰۰	(۸۷/۲/۴۸)	(۶۶/۳/۶۷)
نحوه آتشی بیوتیک درمانی در اطفال	.۰/۶۲	(۳۲/۷/۱۸)	(۳۶/۶/۳۷)
نحوه آتشی بیوتیک درمانی در خانم باردار	.۰/۷۶	(۷۶/۵/۴۱)	(۷۲/۳/۷۳)
اقدامات موثر در کنترل ایدمی	.۰/۰۹	(۷۶/۵/۴۱)	(۶۱/۴/۶۲)
نحوه پیشگیری در تماس با بیماران	.۰/۰۵	(۲۹/۱/۱۶)	(۲۴/۸/۲۵)
نحوه صحیح ضد عقوی کدن موه و سیزیجات	.۰/۰۴	(۶۱/۸/۴۴)	(۶۱/۴/۶۲)
نحوه پیشگیری در مصرف آب در زمان ایامی	.۰/۳۶	(۵۰/۹/۲۸)	(۵۸/۴/۵۹)
نحوه پیشگیری در مصرف مواد غذایی در زمان ایدمی	.۰/۲۳	(۷۸/۲/۴۳)	(۶۹/۳/۷۰)

بود(۱۴) در صد سطح آگاهی ضعیف داشتند) که این امر، لزوم برنامه ریزی بیشتری را در زمینه اقدامات لازم جهت کنترل بیماری در ابتدای بروز اپیدمی و با مطرح می نماید. این برنامه ریزی ها می تواند به صورت آموزش های حین تحصیلات پزشکی عمومی و بازآموزی های دوره ای در ابتدای فرا رسیدن فصل گرما (به خصوص به صورت کارگاه هایی که حضور فعال شرکت کنندگان را فراهم نماید) و یا استفاده از روش های نوین آموزشی از جمله استفاده از رسانه های فضای مجازی و... انجام شود.

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که سطح آگاهی در حد متوسط پزشکان عمومی در مورد بیماری وبا، لزوم برنامه ریزی بیشتری را به خصوص در زمینه اقدامات لازم جهت کنترل بیماری در ابتدای بروز اپیدمی ها مطرح می نماید.

سپاسگزاری

با قدردانی از پزشکان عمومی محترم شاغل در استان مازندران که با همکاری صمیمانه خود اجرای این طرح را امکان پذیر نمودند.

مطالعه در نهایت به این مطلب اشاره داشت که کلاس های بازآموزی برای پزشکان مؤثر است. این تنافض بین دو مطالعه احتمالاً به ماهیت دو بیماری مورد مطالعه بر می گردد. بیماری اسهال حاد در کودکان یک مسأله روزمره و مورد توجه برای پزشکان عمومی است در حالی که بیماری وبا تا زمان گسترش اپیدمی یک بیماری دور از ذهن به نظر می آید. بنابراین اهتمام جهت شناسایی اهمیت بیماری در فصل گرما جهت آماده کردن پزشکان جهت مقابله با این بیماری ضروری است. سطح آگاهی بخش عمدات از پزشکان مورد مطالعه ما (۵۷/۱ درصد) از بیماری وبا در حد متوسط بود در حالی که فقط حدود سی درصد افراد به بیش از ۲/۳ سوالات پاسخ صحیح داده و سطح آگاهی خوبی داشتند. مطالعات متعدد دیگر هم که در ایران در مورد بیماری های عفونی و غیر عفونی انجام شده، نتایج تقریباً مشابهی به دست آمده مثل مطالعه دکتر جمشیدی و همکاران(۹) در بندرعباس در مورد بیماری سل (با آگاهی حدود ۴۰ درصد) و مطالعه دکتر شیرازی و همکاران(۱۲) در شیراز که در مورد پرفشاری خون انجام شد ۵۹ درصد نمونه آگاهی در حد متوسط داشتند. کمترین میزان آگاهی پزشکان در مورد اقدامات پیشگیرانه

References

1. Seas C, Gotuzzo E. Vibrio cholera. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and practice of Infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill livingstone; 2009.
2. Tacket C, Sack D. Cholera vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. 5th ed. Philadelphia.PA: Saunders Elsevier; 2008. p. 1340-1352.
3. World Health Organization Global Health Observatory (GHO): Number of reported cholera cases. 2011. Available from http://www.Who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/cases_text/en/index.html.
4. Wong CS, Ang LW, James L, Goh KT. Epidemiological Characteristics of Cholera in Singapore, 1992-2007. Ann Acad Med Singapore 2010; 39(7): 507-512.
5. Tabatabae M, Zahraee M, Ghotbi M, Rahimi F. Principles of prevention and management of Infectiuos diseases. Ministry of Health and Education. First edition. Tehran: Rouhe Ghalam publication; 2006. p. 131-142.
6. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. Community Ophthalmology 2004; 4(1): 7-9.

7. Sadeghi A, Kassraian L. A survey on information of physicians in health center in Shiraz about infectious diseases (Tuberculosis, brucella, typhoid fever, dysentery). Iranian Journal of Education 2000; 1(2): 38-42.
8. Habibi A, Delavarian Z. Evaluation the rate of knowledge of health care workers toward hepatitis B at Mashhad Dental School in Autumn 2003. Dental Journal of Mashhad Collage 2005; 29(1-2): 35-46 (Persian).
9. Jamshidi M, Hashemi M. The level of GPs of Bandar abbas around TB and DOTS way. Hormozgan Medical Journal 2003; 5(2): 32-34.
10. Jamali A, Mokhber L, Nojoomi M. The effect of self-learning on general practitioners' Knowledge and attitude toward national planfor combating tuberculosis in Karaj privatesectors (2000). RJMS 2004; 10(37): 703-712.
11. Ghotbi F, Katozian B, Ideali MH. Knowledge of physicians attending CME courses for acute diarrhea in children. Pejouhesh 2004; 28(4): 281-284.
12. Shiraly R, Hadi N. Medial Interns' knowledge about Hypertension in Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of medical Education 2005: 5(2): 165-170.