

Assessing the Attitude and Knowledge of Family Doctors in Sari Toward Monkeypox

Lotfollah Davoodi¹,
Mohammad Khadamlou^{2,3},
Bahareh Moayed Ahmadi⁴,
Masoumeh Abdi Talarposhti⁵,
Zohreh Alinasab⁶,
Sodabah Jafari⁷,
Mohammad Shahpoori⁸,
Somayeh Khakpour⁹

¹ Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ General Practitioner, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ PhD in Medical and Health Services Administration, Clinical Research Development Unit of Razi Hospital, Sari, Iran

⁶ PhD Student in Medical and Health Services Administration, Clinical Research Development Unit of Razi Hospital, Sari, Iran

⁷ MSc in Nursing, Clinical Research Development Unit of Razi Hospital, Sari, Iran

⁸ MSc in Sports Pathology, Clinical Research Development Unit of Razi Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁹ Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecologist, Antimicrobial Resistance Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received May 26, 2024; Accepted December 11, 2024)

Abstract

Background and purpose: Monkeypox is a zoonotic disease, first identified in humans in 1970. Considering the importance of physicians' knowledge and attitude toward treating this disease, the current study was designed and implemented to determine the attitude and knowledge of family doctors in Sari, Iran, regarding monkeypox.

Materials and methods: The present study is a descriptive and analytical study, with the statistical population comprising family doctors in Sari. Initially, a questionnaire containing questions evaluating the knowledge and attitude of family doctors was designed. Subsequently, data were collected through a census method. After data collection, the information was analyzed using SPSS version 16 and relevant statistical tests.

Results: The participants in this study were 117 family doctors working in urban and rural areas. Descriptive data showed that 55% of the participants were male, while 45% were female. Additionally, 62% worked in urban areas, and 38% worked in rural areas. The average age of the participants was 47.10 ± 8.07 years, and their average work experience was 17.30 ± 5.17 years. The average knowledge score was 9.30 ± 3.42 , and the average attitude score was 3.5 ± 1.70 . Analytical data also indicated that the attitude score had a significant relationship with gender, while the knowledge score was significantly related to the place of work.

Conclusion: The results of this study indicate that the knowledge and attitude of family physicians in Sari regarding monkeypox were at a satisfactory level. Therefore, automated information dissemination systems in the field of infectious diseases can effectively be utilized to spread information about important infectious diseases.

Keywords: attitude, knowledge, family physician, monkeypox

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 34 (240): 108-115 (Persian).

Corresponding Author: Somayeh Khakpour- Antimicrobial Resistance Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: Khakpour_somayeh@yahoo.com)

بررسی نگرش و دانش پزشکان خانواده شهرستان ساری در مورد آبله میمونی

لطف اله داودی^۱
محمد خادملو^{۲و۳}
بهاره موید احمدی^۴
معصومه عبدی تالارپشتی^۵
زهرة علی نسب^۶
سودابه جعفری^۷
محمد شاهپوری^۸
سمیه خاکپور^۹

چکیده

سابقه و هدف: آبله میمونی یک بیماری مشترک بین انسان و دام است که برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ در انسان تشخیص داده شد، با توجه به اهمیت دانش و نگرش پزشکان در زمینه درمان این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش و دانش پزشکان خانواده شهرستان ساری در مورد آبله میمونی طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع، مطالعه توصیفی و تحلیلی می‌باشد که جامعه آماری آن شامل پزشکان خانواده شهرستان ساری است. در ابتدا پرسش‌نامه‌ای حاوی سوال ارزیابی‌کننده آگاهی و نگرش پزشکان خانواده طراحی، سپس جمع‌آوری اطلاعات به صورت سرشماری انجام شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط SPSS ورژن ۱۶ و آزمون‌ها مرتبط آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۱۷ نفر از پزشکان خانواده شهری و روستایی بودند. داده‌های توصیفی نشان داد که، ۵۵ درصد شرکت‌کنندگان مرد و ۴۵ درصد زن بودند که اکثر آن‌ها ۶۲ درصد پزشک خانواده شهری و ۳۸ درصد پزشک روستا بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۴۷/۱۰±۸/۰۷ سال، و برای سابقه کار ۱۷/۳۰±۵/۱۷ سال بود. میانگین نمره دانش ۹/۳۰±۳/۴۲ و میانگین نمره نگرش ۳/۵±۱/۷۰ بود. داده‌های تحلیلی نیز حاکی از آن بود که، سطح نگرش با جنسیت و سطح دانش با محل خدمت رابطه معنی‌داری داشت.

استنتاج: نتایج این مطالعه حاکی از آن است که دانش و نگرش آبله میمونی پزشکان خانواده سطح شهرستان ساری در حد مطلوب بوده است. بدین ترتیب اطلاع‌رسانی اتوماسیونی در زمینه بیماری‌های مسری در حد مطلوب قرار دارد و از این طریق می‌توان جهت اطلاع‌رسانی‌های بیماری‌های مسری و مهم استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: نگرش، دانش، پزشک خانواده، آبله میمونی

E-mail: Khakpour_somayeh@yahoo.com

مؤلف مسئول: سمیه خاکپور - قائم شهر: مرکز آموزشی و درمانی رازی قائم شهر

۱. دانشیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی و بیماری‌های قابل انتقال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۳. مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۴. پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۵. دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۶. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۷. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۸. کارشناسی ارشد آسیب‌شناسی ورزشی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۹. استادیار، گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی و بیماری‌های قابل انتقال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- © تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۴/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۹/۲۱

مقدمه

به طور کلی آبله میمونی یک بیماری خود محدود شونده است که علائم آن بین ۲ تا ۴ هفته طول می کشد (۱۱، ۱۲). علائم می تواند از خفیف تا شدید متغیر باشد و ضایعات می تواند بسیار خارش دار یا دردناک باشد (۱۳). در حال حاضر، هیچ درمان بالینی مشخصی برای عفونت آبله میمونی وجود ندارد و مانند بسیاری از بیماری های ویروسی، درمان اولیه و اصلی بیماری حمایتی و کنترل آب و الکترولیت ها می باشد (۱۴). مراقبت های بالینی برای آبله میمونی باید در جهت کاهش علائم، مدیریت عوارض و جلوگیری از عواقب بلند مدت بیماری در نظر گرفته شود (۱۵).

خوشبختانه اقدامات حفاظتی استاندارد به جلوگیری از گسترش آبله میمونی کمک می کند و واکسن های موثر در درمان هم وجود دارد. اگر چه واکسن ها و درمان در دسترس هستند سازمان جهانی بهداشت استدلال می کند که گسترش آبله میمونی را می توان با اقدامات موثر بر سلامت عمومی و تشخیص زود هنگام و مراقبت موثر ارائه شده توسط پزشکان کنترل کرد (۴). اما این توصیه مستلزم آن است که پزشکان دانش کافی برای تشخیص و درمان آبله میمونی را داشته باشند (۱۶). طرح پزشک خانواده در استان مازندران به عنوان یکی از استان های پیشرو در این امر، از چندین سال قبل آغاز شده است. پزشک خانواده برای روستاییان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از سال ۱۳۸۴ و پزشک خانواده شهری از سال ۱۳۹۱ به اجرا در آمده و جمعیتی بالغ بر ۲۵ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است (۱۷). در پشتیبانی بیمارستان ها، نیاز مبرم به نیروی انسانی متخصص به عنوان خط مقدم مقابله با بیماری های عفونی وجود دارد که با دانش و مهارت های بالینی خود پاسخگوی ارائه خدمات بهداشتی درمانی باشد. در این راستا پزشکانی که می توانند تدابیری جهت نظارت، بررسی و آموزش افراد جامعه داشته باشند، پزشکان خانواده هستند. پزشکان خانواده در حقیقت مدیران مراکز بهداشتی درمانی و پیشگامان نظام سلامت کشور می باشند و

عفونت های ویروسی مسئول طیف وسیعی از بیماری های نوپدید و باز پدید می باشند. توانایی سرایت بسیار بالای ویروس ها منجر به گسترش سریع بیماری در مدت بسیار کوتاهی می شود، در نتیجه این ارگانسیم ها عامل بسیاری از طغیان ها، اپیدمی ها و پاندمی ها در جهان می باشند (۱). در ۲۳ ژوئیه ۲۰۲۲، سازمان جهانی بهداشت، عفونت آبله میمونی را به عنوان یک وضعیت اورژانس بهداشت عمومی با نگرانی های بین المللی بیان کرد (۲). علت بیماری آبله میمونی، ویروس آبله میمونی که یک ویروس ارتوپاکس از خانواده پاکس ویریده ها است. ویروس واریولا (عامل آبله)، ویروس واکسینا و ویروس آبله گاوی دیگر ویروس هایی هستند که در دسته ارتوپاکس ویروس قرار دارند (۳). آبله میمونی یک بیماری مشترک بین انسان و دام است که برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ در انسان تشخیص داده شد (۴). دوره کمون (فاصله بین عفونت تا شروع علائم) آبله میمونی از ۶ تا ۱۳ روز است، اما می تواند بین ۵ تا ۲۱ روز نیز طول بکشد (۵، ۶). لنفادنوپاتی یکی از ویژگی های متمایز آبله میمونی در مقایسه با سایر بیماری ها از جمله آبله مرغان، سرخک و آبله است که در ابتدا به صورت علائم مشابه ظاهر می شوند (۷). ظهور تاول روی پوست معمولاً در عرض ۱ تا ۳ روز پس از ظهور تب شروع می شود. بثورات به طور متوالی از ماکول (ضایعات با پایه صاف) به پاپول ها (ضایعات سفت کمی برجسته)، و زیکول (ضایعات پر از مایع شفاف)، پوستول (ضایعات پر از مایع زرد رنگ) و پوسته هایی که خشک می شوند و می ریزند تکامل می یابد (۸). انتقال این بیماری از انسان به انسان می تواند در اثر تماس نزدیک با ترشحات تنفسی، ضایعات پوستی فرد مبتلا یا اشیا آلوده ایجاد شود. انتقال از طریق قطرات تنفسی مستلزم تماس طولانی مدت چهره به چهره است (۹). انتقال هم چنین می تواند از طریق جفت از مادر به جنین یا در طی تماس نزدیک در حین و پس از تولد رخ دهد (۱۰).

مسئولیت سلامت افراد را بر عهده دارند (۱۸). پزشکان خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار، باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماری‌ها باشند (۱۹). به دلیل دانش متمرکز و آگاهی مراقبین بهداشتی آن‌ها را به عنوان یک گروه کلیدی جهت آمادگی و ارائه پاسخ مناسب در شیوع بیماری‌های عفونی جدید در نظر می‌گیرند (۲۰). پاسخ به موقع و مناسب مراقبین بهداشتی یک پیش نیاز مهم برای این بحران است. ارزیابی سطح دانش به ویژه در میان پزشکان با توجه به نقش محوری آن‌ها در مراقبت از بیمار، می‌تواند به افزایش آگاهی و به دنبال آن افزایش آمادگی در این مواقع کمک کننده باشد (۲۱، ۲۲). هم‌چنین باید در نظر داشت که وجود آگاهی در پزشکان نشان از اطلاع‌رسانی مطلوب بیماری‌های مسری و عفونی در سطح سیستم بهداشتی دارد. با توجه به اهمیت دانش و نگرش پزشکان در زمینه آبله میمونی، مطالعه فعلی جهت تعیین نگرش و دانش پزشکان خانواده شهرستان ساری در مورد آبله میمونی طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه فعلی از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیل)، در سال ۱۴۰۲ بود، که جامعه آن را پزشکان خانواده شهرستان ساری تشکیل می‌دادند. روش جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه به علت اندک بودن تعداد افراد در جامعه آماری به صورت سرشماری انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک دکترای حرفه‌ای، اشتغال به عنوان پزشک خانواده، تمایل به شرکت در مطالعه بود و معیار خروج از این مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه و یا تکمیل آن به صورت ناقص بوده است. پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو بخش، بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان و بخش دوم جهت ارزیابی نگرش و دانش در مورد آبله میمونی، بوده است. جهت بررسی دانش و نگرش نسبت به آبله میمونی در مطالعه،

پرسشنامه‌ای در زمینه نگرش و دانش پزشکان خانواده شهرستان ساری در مورد آبله میمونی ساخته شد. بدین صورت که ابتدای امر تیم تحقیق، با جستجو در منابع در دسترس، سوالاتی در رابطه با سنجش دانش و نگرش پزشکان در رابطه با آبله میمونی جمع‌آوری نمود. سپس این سوالات توسط ۱۵ تن از افراد خبره در زمینه علوم پزشکی که مشتمل بر پزشک عمومی، متخصص عفونی، متخصص داخلی، ارشد پرستاری و روانشناس بالینی بود، مورد ارزیابی قرار گرفت. سوالات از نظر ارتباط و ضرورت وجود به صورت کیفی توسط تیمی از افراد اکسپرت بررسی شدند. سپس سوالاتی که باقی ماندند، در جامعه آماری در فاصله صفر و یک از نظر پایایی مورد بررسی قرار گرفتند. آلفا کرونباخ مستخرج از این بررسی برابر با ۰/۷۸ گزارش شد که در سطح مطلوب قرار داشت. پس از ساخت پرسشنامه استاندارد، جهت جمع‌آوری اطلاعات از پزشکان خانواده، ابتدا از طریق یک نامه اتوماسیونی در کارتابلشان، اهداف مطالعه برای آنان شرح داده شد، سپس در صورت رضایت به شرکت در مطالعه، پرسشنامه توسط آنان تکمیل و پاسخ داده شد. جهت یادآوری برای بررسی کارتابل شخصی، پزشکان خانواده نیز، تماس حاصل شد، داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شدند. متغیرهای پیوسته و مقوله‌ای به ترتیب به صورت میانگین \pm انحراف معیار و فراوانی/ درصد ارائه شد. برای ارزیابی توزیع متغیرهای پیوسته از نمودارهای نرمال استفاده شد که به منظور نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. به دلیل عدم نرمالیتی داده‌ها جهت بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با دانش و نگرش شرکت کنندگان در مورد آبله میمونی از آزمون من ویتنی استفاده شد. آزمون‌ها در سطح معنی‌داری $P=0/05$ تفسیر شد.

یافته‌ها

افراد شرکت کننده در این مطالعه ۱۱۷ نفر از

پزشکان خانواده شهری و روستایی بودند. ۵۵ درصد شرکت کنندگان مرد و ۴۵ درصد زن بودند که اکثر آن‌ها ۶۲ درصد پزشک خانواده شهری و ۳۸ درصد پزشک روستا بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه $47/10 \pm 8/07$ سال بود و برای سابقه کار $17/30 \pm 5/17$ بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک پزشکان شهری و

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد)
محل خدمت	شهری (نفر)	۷۳ (۶۲)
	روستایی (نفر)	۴۴ (۳۸)
سن (انحراف معیار میانگین)		$47/10 \pm 8/07$
جنسیت	زن	۵۲ (۴۵)
	مرد	۶۵ (۵۵)
سابقه کاری (انحراف معیار میانگین)		$17/30 \pm 5/17$

در مورد سوالات مربوط به دانش شرکت کنندگان، همه شرکت کنندگان ۱۰۰ درصد می دانستند که ویروس آبله میمونی در آفریقا وجود داشته است. ۶۶ درصد از آنان می دانستند که ویروس آبله میمونی از خانواده پاکس ویرید هستند و ۱۴ درصد فکر می کردند که این ویروس از خانواده رترو ویروس ها هستند. ۵۷ درصد از شرکت کنندگان دوره کمون آبله میمونی را یک تا دو هفته، ۲۹ درصد دو تا سه هفته و ۲۴ درصد کم تر از یک هفته می دانستند. هم چنین ۵۷ درصد از شرکت کنندگان علائم آبله میمونی را کم تر از یک ماه و ۴۳ درصد یک تا دو ماه می دانستند. ۵۷ درصد از شرکت کنندگان بروز بشورات پوستی را در صورت و ۴۳ درصد در شکم می دانستند. ۷۶ درصد از پزشکان انتقال بیماری را از راه پوستی، ملحفه و تنفسی و ۲۴ درصد فقط از راه تنفس می دانستند. ۹۰ درصد، سرایت آبله میمونی را در همه گروه های سنی می دانستند. هم چنین ۸۲ درصد برونکوپنومونی، سپسیس و آنسفالیت را جز عوارض آبله میمونی می دانستند. ۵۱ درصد از شرکت کنندگان علامت لنفادنوپاتی، ۱۴ درصد سردرد و ۱۴ درصد میالژی را به عنوان یافته افتراقی بین آبله میمونی و آبله مرغان قبول

داشتند. ۵۷ درصد از شرکت کنندگان هر سه نوع واکسن (آبله مرغان، واکسن کرونا، واکسن آبله انسانی)، ۲۹ درصد واکسن آبله انسانی و ۱۴ درصد واکسن آبله مرغان را برای پیشگیری از آبله میمونی ترجیح دادند. در مورد مرگ و میر آبله میمونی ۴۳ درصد از شرکت کنندگان یک درصد مرگ، ۴۳ درصد بین یک تا ده درصد و ۱۴ درصد بین ده تا بیست درصد مرگ و میر در آبله میمونی را پیش بینی کردند. ۷۱ درصد از پزشکان بهترین تست آزمایشگاهی برای تشخیص آبله میمونی را PCR دانسته و ۱۴ درصد از آن ها سرولوژی را بهترین تست جهت تشخیص می دانستند. اکثریت آن ها (۳۷ درصد) تاثیر واکسن آبله میمونی برای پیشگیری را ۸۵ درصد تخمین زدند. در مورد سوالات مربوط به نگرش اکثریت پزشکان (۵۷ درصد) نظارت و شناسایی سریع، ۲۹ درصد مهار و کنترل و ۱۴ درصد قرنطینه را مهم ترین اقدام برای مهار شیوع بیماری آبله میمونی می دانستند. ۸۰ درصد شرکت کنندگان استفاده از ماسک، گان و دستکش را برای محافظت از آبله میمونی الزامی دانستند. ۱۰۰ درصد از شرکت کنندگان ارجاع بیماران مشکوک به آبله میمونی را به متخصص عفونی در نظر داشتند. همه اعضا به صورت تلفنی مورد گزارش موارد مشکوک به مقامات بهداشتی در نظر داشتند. ۸۶ درصد از پزشکان خود مراقبتی و ۱۴ درصد شستشوی دست را در نحوه برخورد با موارد خفیف آبله میمونی می دانستند. هم چنین در موارد شدید بیماری ۸۶ درصد از شرکت کنندگان ارجاع سریع به بیمارستان و ۱۴ درصد توصیه های بهداشتی را توصیه کردند. به طور کلی شرکت کنندگان دانش و نگرش متوسط نسبت به آبله میمونی داشتند (سوالات به صورت صفر و یک نمره گذاری شدند) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین دانش و نگرش شرکت کنندگان در مورد

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	سطح مطلوب
میانگین نمره دانش	$9/03 \pm 3/42$	مطلوب
میانگین نمره نگرش	$3/5 \pm 1/70$	مطلوب

مطالعه مطلوب نبود، اما نگرش و درک مطلوبی نسبت به آبله میمونی داشتند، که با مطالعه حاضر همسو نبوده است (۱۶). از دلایل داشتن دانش کافی پزشکان در مطالعه فعلی را می‌توان سیستم اطلاع‌رسانی و الزام کارکنان جهت پاسخ‌گویی به نامه‌های اتوماسیونی دانست، چرا که سیستم‌های اطلاع‌رسانی هر بار وجود بیماری‌های خطرناک و مسری را اعلام می‌دارند و کارکنان را ملزم به رویت آن می‌کنند. در مطالعه دیگری که نخعی و همکاران در سال ۲۰۲۴ در مطالعه خود در رابطه با آبله میمونی، امتیاز دانش را ناکافی و پایین اعلام نمودند ولی افراد نگرش کافی نسبت به آبله میمونی داشتند. میانگین نیز با جنس، سطح تحصیلات و محل سکونت ارتباط معناداری وجود داشت (۱۷). نتایج مطالعه Kohpeima و همکاران در سال ۲۰۲۲ که در عربستان سعودی، نشان داد که در مجموع دانش و نگرش پزشکان نسبت به آبله میمونی کافی نبود (۱۸). این نتایج نیز با نتایج مطالعه فعلی در یک راستا نمی‌باشد و علت این مغایرت تفاوت در جامعه آماری است. چرا که در مطالعه فعلی جامعه آماری مشتمل بر پزشکان هستند، در صورتی که در مطالعه مذکور جامعه آماری را کل شاغلین یک مرکز بهداشت تشکیل می‌دادند که شاید اطلاع‌رسانی برای همه کارکنان به خوبی انجام نشده است.

در مطالعه‌ی Brown و همکاران (۲۰۱۶)، دانش در رابطه با آبله میمونی را در حد متوسط اعلام گردید و میزان دانش آن را مرتبط با سابقه کاری در شاغلین بیمارستان اعلام کردند (۲۳). Harapan و همکاران نیز در مطالعه خود دانش شرکت‌کنندگان را در حد مطلوب و مرتبط با محل خدمتشان اعلام نمودند (۲۴). این نتایج نیز، هم راستا با نتایج مطالعه فعلی است، چرا که دور از انتظار نیست افراد در مناطق شهرنشین و با امکانات بهتر، در معرض اطلاع‌رسانی مطلوب تری قرار داشته باشند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با دانش و نگرش شرکت‌کنندگان در مورد آبله میمونی به دلیل عدم نرمالیتی داده‌ها از آزمون من-ویتنی استفاده شد. با توجه به نتایج سطح نگرش با جنسیت و سطح دانش با محل خدمت رابطه معنی‌داری داشت. به بیانی دیگر زنان نگرش مطلوب‌تری نسبت به مردان در مورد آبله میمونی داشتند و افرادی که محل خدمتشان شهری بود دانش مطلوب‌تری نسبت به افرادی که محل خدمتشان روستایی بود، داشتند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با دانش و نگرش شرکت‌کنندگان در مورد آبله میمونی

متغیر	پارامترهای مورد بررسی	
	نمره دانش (انحراف معیار: میانگین)	نمره نگرش (انحراف معیار: میانگین)
جنسیت		
زن	۹/۱۳±۳/۱۲	۴/۵±۰/۷۰
مرد	۸/۱۳±۳/۱۲	۲/۵±۱/۱۰
سطح معنی‌داری (من-ویتنی)	۰/۱۵۲	۰/۰۴۷
محل خدمت		
شهری	۱۰/۰۳±۳/۱۲	۳/۱۵±۱/۹۰
روستایی	۸/۰۳±۲/۴۲	۲/۷۵±۱/۳۰
سطح معنی‌داری (من-ویتنی)	۰/۰۳۲	۰/۰۵۴

بحث

مطالعه فعلی جهت تعیین نگرش و دانش پزشکان خانواده شهرستان ساری در مورد آبله میمونی طراحی و اجرا شده است. داده‌های توصیفی نشان داد که، میانگین نمره دانش $۹/۳۰±۳/۴۲$ و میانگین نمره نگرش $۳/۵±۱/۷۰$ بود. داده‌های تحلیلی نیز حاکی از آن بود که، سطح نگرش با جنسیت و سطح دانش با محل خدمت رابطه معنی‌داری داشت.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر که سطح دانش و نگرش در بین پزشکان خانواده کافی بود. غیر همسو با مطالعه فعلی، Moore و همکاران ۲۰۲۳ در کشور بنگلادش گزارش کردند که سطح آگاهی پزشکان در مورد آبله میمونی ناکافی بوده است (۱۵). هم‌چنین آن‌ها در مطالعه خود هیچ ارتباطی بین ویژگی‌های دموگرافی پزشکان و میزان دانش و نگرش آنان نیافتند. نتایج مطالعه Bass و همکاران در سال ۲۰۲۲ در کشور اندونزی نشان داد که دانش پاسخ‌دهندگان در این

در پزشکان با برخی از ویژگی‌های زمینه آنان مرتبط است. بدین ترتیب اطلاع رسانی در زمینه بیماری‌های مسری، در شهرستان، در سطح مطلوب قرار دارد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.272 و کد طرح ۱۷۴۹۰ می‌باشد و نویسندگان از کلیه پزشکان خانواده شهری و روستایی شهرستان ساری قدرانی می‌کنند.

پاسخ به سوالات در این مطالعه به صورت خود اظهاری بوده است و همچنین نوع این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بوده و توانایی گزارش روابط علت، معلولی را به تنهایی ندارد و جهت بررسی دقیق تر روابط علت و معلولی بهتر است از مطالعات کوهورت و یا مورد شاهدی استفاده شود.

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که دانش و نگرش آبله میمونی پزشکان خانواده سطح شهرستان ساری در حد مطلوب بوده است و سطح دانش نگرش

References

1. Kabuga AI, El Zowalaty ME. A review of the monkeypox virus and a recent outbreak of skin rash disease in Nigeria. *J Med Virol* 2019; 91(4): 533-540. PMID: 30357851.
2. Salim NA, Septadina IS, Permata M. Knowledge, attitude, and perception of anticipating 2022 global human monkeypox infection among internal medicine residents at Palembang Indonesia: an online survey. *J Kedokt Kesehat Publikasi Ilm Fak Kedokt Univ Sriwijaya* 2022; 9(3): 253-262.
3. Harapan H, Setiawan AM, Yufika A, Anwar S, Wahyuni S, Asrizal FW, et al. Knowledge of human monkeypox viral infection among general practitioners: a cross-sectional study in Indonesia. *Pathog Glob Health* 2020; 114(2): 68-75. PMID: 32202967.
4. Bates BR, Grijalva MJ. Knowledge, attitudes, and practices towards monkeypox during the 2022 outbreak: an online cross-sectional survey among clinicians in Ohio, USA. *J Infect Public Health* 2022. PMID: 36403402.
5. Hosseini-Shokouh SJ, et al. Monkeypox: Opportunities and Challenges. *J Mil Med* 2022; 24(6): 1427-1434.
6. O'Shea J. Interim guidance for prevention and treatment of monkeypox in persons with HIV infection—United States, August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71.
7. Idris I, Adesola RO. Current efforts and challenges facing responses to Monkeypox in United Kingdom. *Biomed J* 2022. PMID: 35940428.
8. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin* 2019; 33(4): 1027-43. doi: 10.1016/j.idc.2019.03.001. PMID: 30981594.
9. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al. Human-to-human transmission of monkeypox virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(4): 782.
10. Tarín-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, Ubals M, Suñer C, Antón A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet* 2022; 400 (10353): 661-669. PMID: 35952705.
11. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of

- human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ* 2022; 378. PMID: 35902115.
12. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, Palich R, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries—April–June 2022. *N Engl J Med* 2022; 387(8): 679-691. PMID: 35866746.
 13. Kaler J, Hussain A, Flores G, Kheiri S, Desrosiers D. Monkeypox: a comprehensive review of transmission, pathogenesis, and manifestation. *Cureus* 2022; 14(7). PMID: 35928395.
 14. Alshahrani NZ, Algethami MR, Alarifi AM, Alzahrani F, Alshehri EA, Alshehri AM, Sheerah HA, et al. Knowledge and attitude regarding monkeypox virus among physicians in Saudi Arabia, a cross-sectional study. *Vaccines (Basel)* 2022. PMID: 36560508.
 15. Moore MJ, Rathish B, Zahra F. Monkeypox StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Pub 2022; PMID: 34662033.
 16. Bass J, Tack DM, McCollum AM, Kabamba J, Pakuta E, Malekani J, Nguete B, et al. Enhancing health care worker ability to detect and care for patients with monkeypox in the Democratic Republic of the Congo. *Int Health* 2013; 5(4): 237-243. PMID: 24246742.
 17. Nakhaei S. Predicting the anxiety caused by the spread of monkeypox based on the attitude towards fertility and having children and the attitude towards death in pregnant women. *Qom Univ Med Sci J* 2024; 18: 0-0 (Persian).
 18. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care Evaluation Tool. *Iran J Epidemiol* 2018; 13: 134-144.
 19. García-Basteiro AL, Chaccour C, Guinovart C, Llupia A, Brew J, Trilla A, et al. Monitoring the COVID-19 epidemic in the context of widespread local transmission. *Lancet Respir Med* 2020; 8(5): 440-442. PMID: 32247325.
 20. Wilkason C, Lee C, Sauer LM, Nuzzo J, McClelland A. Assessing and reducing risk to healthcare workers in outbreaks. *Health Secur* 2020; 18(3): 205-211. PMID: 32559156.
 21. Sallam M, Al-Mahzoum K, Dardas LA, Al-Tammemi AB, Al-Majali L, Al-Naimat H, Jardaneh L, et al. Knowledge of Human Monkeypox and Its Relation to Conspiracy Beliefs among Students in Jordanian Health Schools: Filling the Knowledge Gap on Emerging Zoonotic Viruses. *Medicina* 2022; 58(7): 924. PMID: 35888642.
 22. Ahmed SK, Abdulqadir SO, Omar RM, Abdullah AJ, Rahman HA, Hussein SH, et al. Study of knowledge, attitude and anxiety in Kurdistan-region of Iraqi population during the monkeypox outbreak in 2022: An online cross-sectional study. *Vaccines (Basel)* 2023; PMID: 36992194.
 23. Brown K, Leggat PA. Human Monkeypox: Current State of Knowledge and Implications for the Future. *Trop Med Infect Dis* 2016; 1(1): 8. PMID: 30270859.
 24. Harapan H, Setiawan AM, Yufika A, Anwar S, Wahyuni S, Asrizal FW, et al. Knowledge of human monkeypox viral infection among general practitioners: a cross-sectional study in Indonesia. *Pathog Glob Health* 2020; 114(2): 68-75. PMID: 32202967.