

# بررسی تأثیر خودآموزی بر آگاهی و نگرش پزشکان عمومی بخش خصوصی شهرستان

## کرج در مورد برنامه ملی مبارزه با سل در سال ۱۳۸۱

### چکیده

امروزه بیماری سل با وجود تمام داروها و وسایل مجهز تشخیصی، هنوز شایعترین عامل کشنده تک عاملی میکروبی محسوب می‌شود. بیشترین تعداد کودکان یتیم در دنیا دست آورد این بیماری است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ سل را فوریت جهانی اعلام کرد زیرا مقاومت به چند دارو (Multi Drug Resistance=MDR) خطر مجدد تبدیل سل به یک بیماری که درمان آن مشکل است را مطرح کرده بود. از جمله علل شکست جهانی و بروز MDR (مقاومت به چند دارو) تأخیر در درمان و اشتباهات مختلف درمانی می‌باشد. با وجود این خطرات، هنوز احتمال کنترل جهانی این بیماری وجود دارد و آن پیاده کردن راهکار درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (Directly Observed treatment short Course=DOTS) می‌باشد. برای اجرای این طرح همکاری تمام بخشها، بخصوص بخش خصوصی ضروری است. آموزش در تمام جنبه‌های بهداشتی درمانی بخصوص پزشکان یکی از پایه‌های مهم این طرح بوده که برنامه ملی کشوری بر آن استوار است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر یکی از روشهای آموزشی بر آگاهی و نگرش پزشکان عمومی صورت گرفت. این مطالعه که به صورت شبه تجربی تک گروهی قبل و بعد بوده است روی ۳۴۰ پزشک عمومی شاغل در بخش خصوصی شهرستان کرج که به روش نمونه‌گیری ساده تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. روش تعیین سطح نگرش و آگاهی، پرسش‌نامه خود ایفا و روش آموزشی، خودآموزی به کمک کتاب راهنمای ملی مبارزه با سل بود. این مطالعه نشان داد که اغلب پزشکان در مرحله اول، نگرش مثبتی نسبت به این برنامه داشتند اما سطح رضایت‌بخش آگاهی پزشکان بسیار پایین بود (۱/۸٪). آموزش به روش خودآموزی روی آگاهی و نگرش پزشکان تأثیر مثبتی داشت، بطوری که میانگین درصد امتیاز آگاهی و نگرش پزشکان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری را نشان داد. اما رابطه بین تغییر امتیاز آگاهی و نگرش با متغیرهای دموگرافیک و سابقه کار در بخش دولتی معنی‌دار نبود. براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، روش خودآموزی تأثیر مثبتی بر نگرش پزشکان و بخصوص آگاهی آنها در رابطه با برنامه ملی مبارزه با سل دارد.

دکتر اختر جمالی I

دکتر لادن مخبرالصفی II

دکتر مرضیه نجومی I

کلیدواژه‌ها: ۱- آگاهی ۲- نگرش ۳- درمان کوتاه مدت نظارت مستقیم ۴- خودآموزی

۵- پزشکان عمومی

### مقدمه

تاریخ بیماری سل را می‌توان با سابقه بشریت برابر دانست. به این بیماری طاعون سفید نیز گفته شده است. در سال ۱۹۸۲ تمام کارشناسان معتقد بودند که بیماری تا سال ۲۰۱۵ ریشه‌کن شده و تنها محدود به کتب

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر لادن مخبرالصفی جهت دریافت مدرک دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی به راهنمایی دکتر اختر جمالی و مشاوره دکتر مرضیه نجومی سال ۱۳۸۲. همچنین در اجرای این طرح از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران استفاده شده است (شماره ثبت: ۲۸/پ).

I) استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

II) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (\*مؤلف مسئول).

بهداشتی جامعه مطرح نباشد و دستیابی به اهداف نهایی یعنی کاهش میزان بروز و مرگ و میر ناشی از بیماری نیز در نهایت امکان پذیر شود. اجرای موفقیت آمیز DOTS در امر مبارزه با سل نیازمند همکاری تمام بخشهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، شامل شبکه‌های بهداشتی درمانی، بیمارستانها، مراکز دانشگاهی و پزشکان بخش خصوصی است (۲).

برای ایجاد این همکاری داشتن آگاهی و اطلاعات روز مورد نیاز می‌باشد.

در واقع از جمله روشهای بیان شده برای اجرای DOTS آموزش است که شامل آموزش پزشکان عمومی، پزشکان بخش خصوصی، رابطهای بهداشتی و کاردانا... و تمام دست‌اندرکاران بهداشتی و درمانی می‌باشد (۲).

امروزه یکی از مهمترین مباحث در کنترل جهانی سل، بحث درگیر کردن پزشکان بخش خصوصی در اجرای DOTS است که تا کنون توجه کمی به آن شده است.

بیماری سل در واقع بیماری همه‌جا است و بیمار مبتلا به سل ممکن است به تمام مراکز درمانی مراجعه کند اما تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سل برای اولین بار به کلینیک پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و کار درمان و تشخیص بسیاری از بیماران در این بخشها صورت می‌گیرد.

تأخیر در تشخیص و رها کردن بیماران مسلول موجب انتقال عفونت در سطح جامعه شده و خطر مرگ و ناتوانی را نیز برای خود فرد به همراه دارد. اغلب برنامه‌های کنترل بیماریها در بخش دولتی متمرکز بوده و هیچ توجهی به بخش خصوصی نمی‌شود. در ارزیابی که توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت نشان داده شد که بار بیماری سل در بخش خصوصی قابل توجه است اما درمان و پیگیری بیماران در این بخشها قابل قبول نمی‌باشد. که نتیجه آن افزایش بار ناتوانیها، مرگ و میر بالا، مقاومت دارویی جدی و بار اقتصادی و اجتماعی است.

اگر بخش خصوصی همچنان به عنوان یک شاخه مستقل در برابر برنامه‌های DOTS عمل کند، کم‌کم هدفهای این

پزشکی خواهد بود اما این امید بیش از ۱۰ سال دوام نیافت. بطوری که در سال ۱۹۹۳ این بیماری از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان فوریت جهانی اعلام گردید.

سالانه حدود ده میلیون مورد جدید سل در جهان بروز می‌کند اما تنها ۲- آنها درمان می‌شوند و در بیش از ۵۰٪ موارد نیز درمان ناقص است. بروز همه‌گیریهایی متعدد این بیماری در دو دهه اخیر، دورنمای کنترل این بیماری را در آینده نزدیک بسیار مبهم نشان می‌دهد. ایجاد همه‌گیری با ویروس ایدز و به دنبال آن سل مقاوم به چند دارو (MDR=Multi Drug Resistance-Tuberculosis)، جهان کنونی را با وجود پیشرفتهای عظیم در علم پزشکی، از نظر کنترل بیماری سل بیش از یک قرن به عقب برگردانده است.

سل مقاوم به چند دارو خود سبب ایجاد همه‌گیری دیگری از بیماری سل شده و خطر تبدیل بیماری سل به یک بیماری غیرقابل درمان را مطرح می‌کند.

از جمله عوامل شکست جهانی در برابر تهاجم بیماری سل، عدم حمایت دولتها و نقص موجود در سیستمهای بهداشتی است اما در بسیاری از موارد به علت درمان ناقص بیماران، نقص در پایش، استفاده نادرست از وسایل تشخیصی و عدم پیگیری اطرافیان، پزشکان عامل این شکست هستند.

با وجود مشکلات ذکر شده امکان کنترل جهانی سل وجود دارد و آن اجرای راهکار درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS=Directly Observed Short Course Therapy) است (۱).

در ایران نیز مانند اغلب کشورهای جهان، برنامه ملی مبارزه با سل با توجه به سیاست سازمان بهداشت جهانی در ارائه راهکار درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS) وجود دارد.

هدف کلی این برنامه کاهش هر چه سریعتر شیوع سل در جامعه است، بطوری که این بیماری به عنوان مشکل

گزینه‌ای بوده و هر سوال تنها یک پاسخ صحیح داشت که این موضوع در پرسش‌نامه توضیح داده شده بود.

سوالات نگرشی نیز براساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تقسیم‌بندی گردید و از پزشکان خواسته شد که در مورد هر گزینه درجه توافق خود را با زدن علامت مشخص نمایند.

تمام سؤالاها بر پایه اصول برنامه کنترل سل و کتاب راهنمای ملی مبارزه با سل طرح شده بود. در محدوده شناختی سعی شد که در طرح سؤالاها وارد پله‌های بالای این محدوده شویم اما در محدوده نگرش تنها تا پله‌های اول و دوم وارد شدیم.

به هر پزشک یک کد کامپیوتری داده شد و پرسش‌نامه توسط پرسشگران آموزش دیده در مطبها به پزشکان انتخاب شده، ارائه می‌گردید و پس از توجیه و کسب رضایت، پرسش‌نامه توسط خود پزشکان در همان جلسه پر می‌شد. بعد از پرکردن پرسش‌نامه مرحله اول به هر یک از پزشکان کتاب راهنمای ملی مبارزه با سل داده شد (این کتابها طبق هماهنگی قبلی با مرکز مدیریت بیماریها به تعداد آنها تهیه شده بود) و از آنها تقاضا می‌شد که در صورت تمایل این کتاب را مطالعه نمایند. پرسشگران در فاصله ۲ ماه بطور مجدد به مطبها مراجعه کرده و پرسش‌نامه مرحله دوم به همان شکل پر می‌شد.

در مرحله دوم پزشکیانی که در مرحله اول شرکت کرده بودند مورد پرسشگری قرار گرفتند که از ۳۴۰ پزشک شرکت کننده در مرحله اول، ۳۱۹ نفر در مرحله دوم شرکت کردند و میزان ریزش ۷٪ بود.

سوالهای آگاهی و نگرش مانند مرحله اول بود اما در مرحله دوم یک فرم نظرخواهی در مورد چگونگی ارائه سؤالاها و روش آموزش نیز اضافه شده بود.

داده‌ها طی ۲ مرحله وارد کامپیوتر شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

آگاهی و نگرش به شکل کمی و کیفی رتبه‌ای، امتیازدهی و تجزیه و تحلیل گردید.

برنامه کم رنگ شده و قدرت خود را در کنترل بیماری سل از دست خواهد داد.

گسترش بخش خصوصی در بین کشورهای مختلف متفاوت بوده و تحقیقات کمی در این زمینه صورت گرفته است اما تمام آنها نشان دهنده آن هستند که بخش عظیمی از هزینه‌های درمانی در اغلب کشورها در بخش خصوصی مصرف می‌شود (۳)، بنابراین با توجه به مسائل ذکر شده بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را در زمینه تأثیر یک روش آموزش بر آگاهی و نگرش پزشکان در رابطه با طرح ملی مبارزه با سل با هدف کاربردی انجام دهیم.

### روش بررسی

این مطالعه به روش شبه تجربی تک گروهی - قبل و بعد صورت گرفت. با توجه به این که احتمال ریزش زیاد بود، با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش، حجم نمونه ۳۴۰ نفر تعیین شد.

نمونه‌ها از بین پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی به روش نمونه گیری ساده تصادفی، انتخاب شدند.

روش سنجش آگاهی و نگرش، پرسش‌نامه خودایفا بود که روایی آن توسط مطالعات کتابخانه‌ای و مشاوره با مسئولان امر تعیین و پایایی آن توسط ضریب آلفای کرونباخ بررسی گردید.

لازم به ذکر است که مطالعه ابتدا روی ۱۰ پزشک صورت گرفت و پایایی آن تعیین شد.

آلفای کرونباخ برای سؤالاها آگاهی ۰/۷۶ و برای سؤالات نگرش ۰/۷۲ بود.

در مرحله اول پرسش‌نامه‌ای شامل ۱۰ سوال نگرش (طرح‌ریزی شده براساس مقیاس لیکرت)، ۲۰ سوال آگاهی (آگاهی از بیماریابی، تشخیص، درمان، پیگیری براساس دستور کار عنوان شده از کتاب) و سؤالاها دموگرافیک و سابقه شرکت در سمینار بازآموزی سل در انتها تکمیل شد. پاسخ سؤالاها آگاهی به جز سوال اول که پاسخ آن چند کلمه‌ای بود، در سایر موارد به صورت چند

صورتی که امتیاز بالاتر یا مساوی ۷۰٪ بود، به عنوان نگرش موافق به برنامه‌های ملی مبارزه با سل و در صورتی که کمتر بود به عنوان نگرش مخالف به برنامه‌های ملی مبارزه با سل محسوب می‌گردید.

آزمون به کار رفته برای مقایسه رتبه‌های نگرش در ۲ مرحله قبل و بعد، آزمون مک نمار بود.

تغییر امتیاز آگاهی و تغییر امتیاز نگرش با متغیرهای سن، مدت زمان فارغ‌التحصیل شدن، دانشگاه محل تحصیل، سابقه شرکت در سمینار بازآموزی سل و سابقه کار در بخش دولتی با استفاده از آزمونهای t، زوج شده، کای دو، ویلکاکسیون، ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن، کروس کالوالیس و مک نمار سنجیده شد.

از ضریب همبستگی پیرسون جهت سنجش ارتباط خطی بین متغیرهای کمی و از ضریب همبستگی اسپیرمن جهت سنجش ارتباط بین متغیرهای رتبه‌ای استفاده گردید و آلفا مساوی ۰/۰۵ و متغیرهای کمی به شکل میانگین درصدها ± انحراف معیار در نظر گرفته شد.

در واقع در مورد میانگین امتیاز آگاهی و نگرش از میانگین درصدها استفاده شد و سایر شاخصهای مرکزی و پراکندگی محاسبه گردید.

هر یک از آزمونهای ذکر شده برای سنجش مقایسه بین متغیرهای دموگرافیک و تغییر امتیاز آگاهی و نگرش در جای مناسب به کار برده شدند.

#### نتایج

میانگین سنی پزشکان  $35/75 \pm 7/6$  و محدوده سنی ۷۹-۲۷ سال بود. ۲۱/۸٪ پزشکان مورد بررسی زن و ۷۸/۲٪ مرد بودند.

۳۱/۶٪ از کل پزشکان شرکت کننده در مطالعه سابقه قبلی شرکت در بازآموزی سل و ۵۹/۱٪ از پزشکان سابقه بیش از ۶ ماه کار در بخش دولتی را داشتند.

- امتیازدهی و بررسی سوالات آگاهی: به هر پاسخ صحیح ۵ امتیاز و به پاسخ اشتباه صفر امتیاز داده شد و نمره آگاهی در مرحله قبل و بعد بطور جداگانه به صورت مجموع امتیازات، تقسیم بر کل امتیازات (۱۰۰) همراه با درصد آن تعیین گردید.

امتیاز آگاهی نیز (به شکل کمی) در هر دو مرحله قبل و بعد محاسبه شد و با استفاده از آزمون t زوج شده، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یک بار هم به شکل رتبه‌ای و براساس درصد امتیاز آگاهی به میزان بیشتر و مساوی ۷۵٪ به عنوان آگاهی در سطح مطلوب و امتیاز کمتر از ۷۵٪ به عنوان آگاهی در سطح نامطلوب تعیین گردید و رتبه‌های آگاهی قبل و بعد نیز با یکدیگر به کمک آزمون مک نمار مقایسه شدند.

لازم به ذکر است که از مجموع ۲۰ سوال مطرح شده در زمینه آگاهی، ۱۰ سوال در زمینه آگاهی از بیماریابی و تشخیص، بطور مجدد و جداگانه در ۲ مرحله قبل و بعد به همان شکل گفته شده در محاسبه آگاهی کلی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱۰ سوال نیز در زمینه آگاهی از درمان و پیگیری بطور جداگانه و به صورت متغیری بنام آگاهی اختصاصی از درمان و پیگیری بیماری سل محاسبه شد و به شکل کمی و رتبه‌ای قبل و بعد از مطالعه بررسی گردید.

- امتیازدهی و بررسی سوالات نگرش: براساس مقیاس لیکرت با نگرشی مثبت به برنامه ملی مبارزه با سل و براساس جهت سوال از ۱ تا ۵ به آن نمره داده شد.

- امتیاز کمی نگرش: جمع امتیازات ۱۰ سوال تقسیم بر ۵۰ شد سپس درصد مجموع سؤالاها تعیین گردید و امتیاز نگرش پزشکان قبل و بعد از آموزش به کمک آزمون t زوج شده مورد بررسی قرار گرفت. همچنین نقطه ۷۰٪ معیار در نظر گرفته شد و در

در مرحله اول تنها ۲۷/۱٪ و در مرحله بعد ۵۳/۳٪ از پزشکان مورد مطالعه، بهترین راهکار مبارزه با سل را می‌دانستند. انتخاب گزینه سرفه به مدت بیش از ۳ هفته به عنوان شایعترین علامت سل ریوی در مرحله نخست توسط ۲۷/۱٪ از پزشکان و بعد از مطالعه کتاب توسط ۶۹/۳٪ انتخاب شد. در مرحله اول ۴۰/۹٪ و در مرحله دوم ۸۷/۵٪ از پزشکان پایه تشخیص سل ریوی را بررسی اسمیر خلط در ۳ نوبت می‌دانستند.

در مرحله اول ۴۳/۲٪ و بعد از مطالعه کتاب ۷۲/۷٪ رژیم کوتاه مدت ۲ مرحله‌ای را درست انتخاب کرده بودند. در مورد پیگیری بیماران مسلول در طی درمان ۳۶٪ در مرحله اول و ۷۸٪ در مرحله بعدی پاسخ صحیح داده بودند.

میانگین آگاهی کلی و نگرش در ۲ مرحله در جدول شماره ۱ آورده شده است.

رتبه‌بندی و مقایسه آنها نیز در ۲ مرحله، در جدول شماره ۲ (رتبه‌بندی نگرش) و جدول شماره ۳ (رتبه‌های آگاهی) آمده است.

تغییر امتیاز آگاهی و نیز تغییر امتیاز نگرش پزشکان در ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش با هیچ یک از متغیرهای زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری نداشت.

در جدول شماره ۴ مقایسه آگاهیهای اختصاصی در این زمینه در ۲ مرحله نشان داده شده است.

۸۱/۸٪ از پزشکان تنها در بخش خصوصی و ۱۸/۲٪ آنها در هر دو بخش خصوصی و دولتی مشغول به کار بودند.

در نظرخواهی به عمل آمده ۸۴/۵٪ از پزشکان روش سنجش توسط سؤالیهای آگاهی و ۸۱٪ سؤالیهای مربوط به سنجش نگرش در طرح فوق را مناسب بیان کردند.

میانگین ساعت مطالعه پزشکان (براساس اظهارات خود آنها) ۱۰/۵۷ ساعت بود و ۸۵٪ از پزشکان روش فوق را در ارائه مطالب علمی مناسب و خوب اعلام کردند.

۶۶٪ از پزشکان در مرحله پیش از آزمون اتفاق نظر داشتند که بیماری سل هنوز مشکل بزرگ بهداشتی در سطح جهان محسوب می‌شود. این توافق نظر بعد از آموزش به بالای ۸۰٪ رسید. همچنین بیش از ۷۵٪ از پزشکان در مرحله اول بیماری سل را مشکل عمده بهداشتی می‌دانستند که در مرحله بعد این توافق نظر به ۹۰٪ افزایش یافت.

در مرحله اول ۶۰٪ از پزشکان با این نظر که تمام افراد در معرض ابتلا به بیماری سل هستند موافق بودند که بعد از آموزش این اتفاق نظر به حدود ۸۰٪ رسید.

در مورد نقش پزشکان در گسترش بیماری سل مقاوم به درمان در جامعه، در مرحله اول ۸۰٪ و در مرحله بعد ۸۵٪ نظر موافق داشتند.

در مرحله اول ۷۶٪ پزشکان و در مرحله بعدی ۸۲٪ پزشکان با درمان ناقص افراد مسلول مخالف بودند.

جدول شماره ۱- مقایسه شاخصهای مرکزی و پراکندگی متغیرهای نگرش و آگاهی در دو مرحله قبل و بعد از آموزش

| اختلاف آماری                           | بعد از آموزش |           | قبل از آموزش |           | گروه  |
|--|--------------|-----------|--------------|-----------|-------|
|  | انحراف معیار | * میانگین | انحراف معیار | * میانگین |       |
| t=۲۵/۳۵<br>MeanDiff=۲۴/۷۸۶<br>P=۰/۰۰۰۵ | ۱۶/۱۹        | ۷۱/۵۲۹    | ۱۳/۵۲        | ۴۶/۵۳     | آگاهی |
| t=۱۱/۳۷<br>MeanDiff=۵/۸۹<br>P=۰/۰۰۰۵   | ۸/۰۴         | ۸۷/۵۸     | ۸/۰۴         | ۸۱/۶۹     | نگرش  |

\*منظور میانگین درصد امتیازات آگاهی، نگرش در مرحله قبل و بعد توسط آزمون t زوج می‌باشد.

جدول شماره ۲- مقایسه فراوانی نسبی رتبه نگرش پزشکان مورد

| مطالعه در ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش |                                  |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| رتبه نگرش                            | قبل از آموزش فراوانی نسبی (درصد) | بعد از آموزش فراوانی نسبی (درصد) |
| نگرش موافق                           | ۸۹/۱                             | ۹۸                               |
| نگرش مخالف                           | ۱۰/۹                             | ۳                                |
| جمع                                  | ۱۰۰                              | ۱۰۰                              |

جدول شماره ۳- مقایسه فراوانی نسبی رتبه آگاهی پزشکان مورد

| مطالعه در ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش |                                  |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| گروه                                 | قبل از آموزش فراوانی نسبی (درصد) | بعد از آموزش فراوانی نسبی (درصد) |
| آگاهی مطلوب                          | ۱/۸                              | ۴۴/۲                             |
| آگاهی نامطلوب                        | ۹۸/۲                             | ۵۵/۸                             |
| جمع                                  | ۱۰۰                              | ۱۰۰                              |

جدول شماره ۴- مقایسه شاخصهای مرکزی و پراکنندگی آگاهیهای اختصاصی در ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش

| نام متغیر                              | مرحله قبل از آموزش |              | مرحله بعد از آموزش |              | اختلاف آماری                         |
|--|--------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------------------------|
|  | میانگین            | انحراف معیار | میانگین            | انحراف معیار |                                      |
| آگاهی اختصاصی از روش تشخیص و بیماریابی | ۴۲/۸۸              | ۱۹/۳۴        | ۷۳/۳۸              | ۱۹/۸۹        | t=۲۳<br>MeanDiff=۲۹/۲۱<br>P=۰/۰۰۵    |
| آگاهی اختصاصی از روش درمان و پیگیری    | ۴۷/۱۷              | ۱۵/۰۹        | ۶۸/۳۳              | ۱۷/۰۱        | t=۱۷/۸۱<br>MeanDiff=۱۹/۷۹<br>P=۰/۰۰۵ |

بحث

در مطالعه‌ای که توسط دکتر هونگ و همکاران در کره روی آگاهی و نگرش پزشکان انجام شد، درصد پاسخ دهی ۹۲/۳٪ به دست آمد(۴).

در مطالعه دیگری که در سان‌دیاگو در رابطه با آگاهی و نگرش و عملکرد پزشکان در برخورد با بیماران مسلول صورت گرفت، از ۳۸۴ پزشک انتخاب شده، ۳۹٪ آنها و آن هم تنها در یک مرحله پاسخ دادند(۵).

روش ارائه پرسش‌نامه در مطالعه فوق به روش پستی بود که شاید علت ریزش بالای آن را توجیه کند اما در این مطالعه که در کرج انجام شده است در مرحله اول تنها ۱ نفر حاضر به همکاری نشد و در مرحله دوم نیز ۹۳٪ پاسخ دادند. علت بالا بودن درصد پاسخ دهی شاید آن باشد که پرسشگران از اداره نظارت بر

درمان انتخاب شده بودند، در حالی که در مطالعه‌ای که در کرچی در زمینه سل صورت گرفته بود تنها ۲۱/۳٪ از پزشکان در آن مطالعه سل را مشکل جدی در کشور خود به حساب نمی‌آوردند(۶).

در مطالعه‌ای که در کره جنوبی انجام شد ۳۹/۴٪ از پزشکان بخش خصوصی بیماری سل را مشکل جدی در کشور خود می‌دانستند(۴).

در حالی که در مطالعه ما ۷۵٪ در مرحله اول و ۹۰٪ در مرحله دوم سل را هنوز مشکل جامعه ایرانی می‌دانستند و با وجود درصد بالای توافق پزشکان در مورد جدیت بیماری سل در ایران و کل دنیا، میزان آگاهی آنها در مرحله قبل از مطالعه کتاب در سطح مطلوبی نبود(۱/۸٪ آگاهی مطلوب). در مطالعه انجام شده در کره ۴۷/۹٪ از پزشکان عکس قفسه سینه و

مرحله اول بسیار پایین بود و مطلب دیگر اینکه با وجود این که پزشکان ما معتقد بودند که بیماری سل هنوز مشکل جهانی و ایران محسوب می شود و حدود<sup>۱</sup> آنها در سمینار بازآموزی سل شرکت کرده بودند اما آگاهی پزشکان بخصوص در مرحله اول پایین بود.

ذکر این نکته لازم است که در این مطالعه گروه هدف گروهی بودند که قبل از انجام مطالعه احتمال آن وجود داشت که عدم همکاری بسیار بالایی داشته باشند و حتی در محاسبه حجم نمونه، میزان ۲۰٪ ریزش نیز در نظر گرفته شده بود اما میزان ریزش، بسیار پایین مشاهده شد. نکته دیگر اینکه هیچ قول مساعدی داده نشده و اجباری در پرسشنامه وجود نداشت.

یکی از مشکلات این مطالعه نداشتن پرسشنامه استاندارد بود که شاید در مقایسه با سایر مطالعات خالی از اشکال نباشد و مشکل دیگر در مرحله دوم عدم حضور بسیاری از پزشکان در زمان مراجعه پرسشگران برای پرسشنامه بود بنابراین پرسشگران مجبور بودند چند بار به مطب آنها مراجعه کنند.

ایرادی که به این مطالعه وارد است، نداشتن گروه کنترل و عدم نظارت و کنترل پزشکان در فاصله ۲ ماه می باشد. بدین معنی که ممکن است از راه کتاب دیگری یا شرکت در سمینار در این زمینه مطالب را آموخته باشند.

اما با بررسی انجام شده مشخص گردید که در فاصله انجام این طرح سمیناری در این زمینه برگزار نشده بود و اگر کتاب دیگری را نیز مطالعه کرده باشند باز اشکالی در مطالعه ایجاد نمی کند زیرا هدف، سنجش افراد در رابطه با مطالعه کتاب خاصی نبود، بلکه هدف بررسی یک روش آموزشی بنام خودآموزی بوده است.

آزمایش خلط را بطور همزمان برای تشخیص سل ریوی انتخاب کرده بودند و ۳۹/۱٪ آزمایش خلط را به تنهایی در شرایط ضروری کافی می دانستند (۴).

در مطالعه انجام شده در هندوستان تنها ۱۲٪ پزشکان آزمایش خلط را مهمترین راه تشخیص سل ریوی بیان کرده بودند و ۸۹/۵٪ رادیوگرافی قفسه سینه را توصیه کرده بودند (۷).

در حالی که در مطالعه ما حتی در مرحله اول یعنی قبل از مطالعه کتاب، ۴۰/۱٪ از پزشکان اسمیر خلط در ۳ نوبت را اساس تشخیص سل ریوی می دانستند.

در یک مطالعه در شهر کراچی تنها ۱۱٪ درمان صحیح را انتخاب کرده بودند (۸) و در مطالعه انجام شده در بالتیمور خطای درمانی به میزان ۱۵/۴٪ در بیماران معالجه شده مشاهده گردید که اغلب آنها در بخش خصوصی بوده است (۹). البته باید به این نکته اشاره کرد که سنجش آگاهی در این مطالعات با مطالعه ما تفاوت داشته است.

در مطالعه کراچی از پزشکان خواسته شده بود که یک نسخه برای فرد مسلول بنویسند و در بالتیمور به پرونده بیماران مراجعه شده بود در حالی که در مطالعه ما سوالات چهار گزینه ای بود. در مرحله اول ۴۳٪ در رابطه با درمان پاسخ صحیح دادند و بعد از مطالعه کتاب ۷۲٪ درمان ۴ دارویی را انتخاب کرده بودند.

روش پیگیری در این مطالعه با مطالعه پاکستان (۳۱٪ پاسخ صحیح) هم خوانی داشت. در این مطالعه ۳۶٪ در مرحله اول در رابطه با روش پیگیری پاسخ صحیح داده بودند.

مطلب جالب توجه در این مطالعه درصد بالای پزشکانی بود که نگرش موافقی نسبت به برنامه ملی مبارزه با سل داشتند اما درصد آگاهی مطلوب در همان

خانم البرزی و سرکار خانم صیفوری تشکر و قدردانی می‌گردد.

#### منابع

۱- میرحقانی - لیلا، ناصحی - مهشید، "راهنمای کشوری مبارزه با سل"، چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۱، صفحه ۹۰-۱.

۲- شیرزادی - محمدرضا، "طرح جامع عملیاتی ادغام سل در نظام شبکه و اجرای استراتژی DOTS در سال ۱۳۷۷"، چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها، ۱۳۷۷، صفحه: ۸-۱.

3- Uplekar M., Pathania V., Raviqlion M. "Involving private practitioners in tuberculosis control", WHO/CDC/TB, 2001, 28s: 1-4.

4- Hong YP., Kwon DW., Kim SJ., Chang SC., Kang MK., Lee EP., et al. "Survey of knowledge attitudes and practices for tuberculosis among general practitioners", Tubercle and Lung Disease, 1995, 76: 431-435.

5- LoBue PA., Moser K., Catanzro A. "Management of tuberculosis in san diego country: a survey of physician's knowledge, attitudes, and practices", int. J. lung Dis, 2001, 10: 933-938.

6- Rizvi N., Hussain M. "Survey at knowledge about tuberculosis amongst family physicians", J. Park Med Assoc, 2001, 51(9): 333-7.

7- Singla N., Sharma PP., Singla R., Jain RC. "Survey of knowledge, attitudes and practices for tuberculosis among general practitioners in Dehil, India", Int. J. Tubercle. Lung Dis, 1998, 5: 384-9.

8- Marsh D., Hashim R., Hussain N., Igbal Z., Ir fanullah A., Islam N., et al. "Front-Line management of pulmonary. Tuberculosis" an analysis of tuberculosis and treatment practices in Urban Sindh, Pakistan", Tubercle and Lung Disease, 1996, 77: 86-92.

مطالعه فوق روی نگرش پزشکان نیز تاثیر معنی‌داری داشت. اختلاف میانگینها (۵/۸۹) در سطح نگرش، در دو مرحله زیاد قابل توجه نبود.

با توجه به روش آموزشی به کار گرفته شده بیش از این هم انتظار نمی‌رفت که بتوان نگرش پزشکان را تغییر داد اما همان‌طور که در بخش نتایج گفته شد، تاثیر بسیار خوبی روی آگاهی داشت و نتایج از نظر آماری معنی‌دار بود. اختلاف میانگین آگاهیهای کلی و اختصاصی در ۲ مرحله نیز اختلاف بسیار واضحی را نشان داد (جدولهای شماره ۱ و ۴).

با توجه به نتایج موفقیت‌آمیز این طرح، استقبال بسیار خوب پزشکان برای شرکت در این طرح و تغییرات کمی در این مطالعه در زمینه تغییر آگاهی و نگرش پزشکان مورد مطالعه و همچنین توجه به این مطلب که در فرمهای نظرخواهی پزشکان پیشنهاد شده بود از این روش آموزشی در آموزش سایر موارد پزشکی نیز استفاده شود و از سوی دیگر با توجه به اینکه موفقیت در زمینه برنامه‌های کنترل و پیشگیری، نیاز به دخالت و مشارکت هر چه بیشتر بخش خصوصی دارد وجود کتابهایی در مواقع مورد نیاز، پزشکان بتوانند به آنها مراجعه کنند، ارائه این روش آموزشی می‌تواند جوابگوی بسیاری از مشکلات درمان و پیشگیری کشور باشد.

نتیجه نهایی مطالعه را می‌توان بدین شکل بیان کرد که روش خودآموزی تاثیر مثبتی بر تغییر نگرش و آگاهی پزشکان در مورد برنامه ملی مبارزه با سل دارد.

#### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات بی‌دریغ جناب آقای دکتر سالک، جناب آقای دکتر مازیار مرادی، سرکار



9- Sudeep N., Anuradha L., Mookerjee. "Errors in the treatment of tuberculosis in baltimore", Chest, 2000, 117: 734-737.

## THE EFFECT OF SELF-LEARNING ON GENERAL PRACTITIONERS' KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD NATIONAL PLAN FOR COMBATING TUBERCULOSIS IN KARAJ PRIVATE SECTORS(2000)

*I* *II* *I*  
A. Jamali, MD \*L. Mokhber-Al-Safa, MD M. Nojoomi, MD

### ABSTRACT

Although we have access to various drugs and diagnostic equipment today, tuberculosis is still regarded as the most fatal disease of single microbial factor. A large number of children across the world have been made orphans due to this disease. World Health Organization(WHO) called a global emergency for tuberculosis in 1993. Because of MDR(Multi Drug Resistance) there is a risk that tuberculosis turns to a disease difficult to treat. Among the causes of global defeat in the treatment of tuberculosis and formation of MDR, are delay in treatment and physicians' faults. Nevertheless, the disease can still be controlled by implementation of DOTS(Directly Observed Short Course). The necessity for organizing such course is the cooperation of all private sectors. One of the plans of this course, based on which national schemes are designed, is educating the medical staff at all levels specially the physicians. This study is aimed at evaluating one of the educational methods on the knowledge and attitudes of general practitioners. This study is based on a before-after study method in which 340 GPS of private sector have been simply sampled randomly. The knowledge and attitudes of the physicians were tested by a questionnaire. A self study method was also used as an educational method, using the book entitled "National Guide for Combating Tuberculosis". The study proved that the physicians primarily had a favorable attitude to the national plan but their knowledge was very low(1.8%). Education proved to have a positive effect on knowledge and attitudes of the physicians in a way that the mean scores given to physicians' knowledge and attitudes before and after education showed a significant difference. The change in knowledge and attitudes of physicians of public sector did not show any significant relation with demographic and work experience variant in public sector. Based on the results of the present study it can be concluded that self-learning has a positive effect on attitudes and specially knowledge of the physicians.

**Key Words:** 1) Knowledge 2) Attitude 3) DOTS 4) Self-Learning 5) General practitioners

---

*This article is a summary of the thesis of L.Mokhberalsafa, MD for the degree of Specialty in Social Medicine under supervision of A.Jamali,MD and consultation with M.Nojoomi MD, 2002. This article is also conducted under financial support of undersecretary of research of Iran University of Medical Sciences and Health Services.(NO.28/P)*

*I) Assistant Professor of Social Medicine. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

*II) Specialist in Social Sciences. University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. (\*Corresponding author)*