نیازهای آموزشی پزشکان عمومی درباره بیماری بروسلوز (خرم آباد– ایران)

شهین سالاروند[۲،۱]، علیرضا مؤید کاظمی*[۳]، نرجس بحری[۴]، طاهره طولابی[۵]

۱- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی خرم آباد، مرکز تحقیقات هپاتیت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشجوی دکترای پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استادیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۴- دانشجوی دکترای بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۵- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره هفدهم / شماره ۱ / بهار ۹۴ / مسلسل ۶۳

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۱ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۲/۱۳

مقدمه: بیماری بروسلوز خسارات اقتصادی، دامپزشکی و بهداشت عمومی قابل توجهی را به اجتماع تحمیل می کند. با توجه به شیوع بالای تب مالت در استان لرستان، این مطالعه با هدف تعیین میزان نیازهای آموزشی پزشکان عمومی در مورد بیماری بروسلوز در شهرستان خرم آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ، ۱۴۰ نفر از پزشکان عمومی شاغل در شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۲ به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای پژوهشگر ساخته مشتمل بر ۴۲ سوال در چهار حیطه پیشگیری، تشخیص، درمان و پیگیری بروسلوز بود. تجزیه و تحلیلی آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ آزمون های آماری پیرسون، کای اسکوئر و من ویتنی انجام شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد که ۲۸/۶ درصد از پزشکان عمومی در مورد بیماری بروسلوز نیاز آموزشی دارند. بیشترین نیاز آموزشی در حیطه تشخیص (۷۸/۶ درصد افراد) و کمترین نیاز آموزشی در حیطه پیشگیری (۱۷/۱ درصد افراد) بود. نمره نیازسنجی بین مشارکت کنندگان زن و مرد اختلاف آماری معنی دار نداشت اما پزشکان شاغل در مراکز روستایی، نیاز آموزشی بیشتری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: میزان نیازهای آموزشی اکثر پزشکان عمومی در شهر خرم آباد درباره بیماری بروسلوز در حد متوسط است. با توجه به اهمیت تشخیص و درمان صحیح این بیماری پیشنهاد می‌شود که در برنامه آموزش مدون پزشکان توجه ویژه ای به برنامه های آموزشی مرتبط با بروسلوز معطوف شود.

واژه‌های کلیدی: بروسلوز، نیازهای آموزشی، پزشکان عمومی.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی، گروه داخلی.

پست الکترونیک: arm.kazemi@yahoo.com

مقدمه

بروسلوز یکی از شایعترین بیماری های مشترک بین انسان و دام است که بخاطر عوارض جانبی طولانی مدتی که در انسان برجای می گذارد و همچنین بدلیل هزینه های سنگین درمانی مورد توجه است (۱). این بیماری که اغلب از طریق مصرف فراورده های لبنی غیر پاستوریزه به انسان منتقل می شود (۲)، هنوز هم سال ها پس بعد از تشخیص اولیه زیان های اقتصادی و بهداشتی قابل ملاحظه‌ای را در سراسر دنیا ایجاد می کند (۳) و به همین دلیل بخصوص در کشورهای در حال توسعه بسیار مورد توجه است (۴).

بیماری های مشترک انسان و دام از جمله بروسلوز، سبب ابتلای طولانی مدت و پنهانی انسان می‌شوند (۵) و هر اندام و بافتی از بدن انسان با این عفونت وحشتناک می تواند درگیر شود (۶). این بیماری شدیداً ناتوان کننده بوده و نیاز به درمان طولانی مدت با ترکیبی از آنتی بیوتیک ها داشته و می تواند منتهی به عوارض ناتوان کننده و دائمی، صرف هزینه های قابل توجه و کاهش درآمد به دلیل از دست دادن کار شود (۳).

نشانه‌های بالینی بروسلوز غیر اختصاصی بوده و شامل تب، تعریق، کسالت، بی اشتهایی، سردرد، کمردرد و افسردگی می باشند (۷) و همین نشانه‌های غیر اختصاصی باعث تشخیص اشتباه و تعویق درمان شده و به تعویق افتادن درمان نیز می تواند باعث بروز عوارض جبران ناپذیری گردد (۳). در حال حاضر بروسلوز، شایعترین بیماری مشترک بین انسان و دام در دنیاست که بروز سالانه جهانی آن بیشتر از نیم میلیون است (۸) و مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران آندمیک می باشد (۹،۱۰).

بر اساس آمار اداره کل بیماریهای واگیر سالیانه حدود ۵۰ هزار مورد بروسلا گزارش می شود و در بیشتر استانهای کشور آلودگی وجود دارد (۱۱) از سوی دیگر عده‌ایی از مؤلفین حدس می‌زنند که در ازای هر مورد ثابت شده بروسلوز ۲۶ مورد تشخیص داده نشده وجود دارد (۱۲).

مطالعات قبلی نشان داده اند که یکی از علت‌های مهم شیوع بروسلوز و ناتوانی های متعاقب آن، فقدان آگاهی درباره راه‌های انتقال و پیشگیری از آن است (۱۳). مطالعه جان (۲۰۰۸) و همکاران نشان داد که آگاهی کم پزشکان عمومی از بیماری‌های مشترک انسان و دام، عامل مهمی در کمتر تشخیص دادن این بیماری‌ها در تانزانیا بوده است (۵).

از آنجا که، وظایف پزشکان در دنیای امروز این است که سلامت را ارتقا دهند، از بیماری ها پیشگیری کنند و مراقبت های اولیه را عرضه نمایند، بنابراین نیاز به پزشکانی که متناسب با نیازهای جامعه، توانایی ها و مهارت های لازم را کسب نموده باشند به شدت احساس می شود (۱۴).

از سوی دیگر باید به این نکته توجه داشت که مدیریت و درمان موفقیت‌آمیز هر بیماری عفونی، بر اساس تشخیص دقیق و زود هنگام بیماری است. فقدان علائم یا نشانه های خاص، تشخیص بالینی بروسلوز را مشکل می سازد (۴) بنابراین بهینه کردن تشخیص بیماری‌های واگیر از قبیل بیماری های مشترک انسان و حیوان که تأثیر اقتصادی- اجتماعی مهمی بر زندگی انسان دارند، بسیار اهمیت دارد (۵) از این رو، آموزش مناسب پزشکان و آماده نمودن آنها برای تشخیص و درمان به موقع و مناسب بیماری ها از اهداف اصلی آموزش پزشکی محسوب می گردد (۱۵).

تظاهرات بالینی بروسلوز انسانی متغیر بوده و می‌تواند در هر کدام از سیستم‌های بدن تظاهر یابد، بنابراین تشخیص زودرس بروسلوز برای به حداقل رساندن پیامدهای نامناسب اهمیت دارد (۱۶). از سوی دیگر به علت شیوع کم بیماری بروسلوز در کشورهای توسعه یافته، در کتب مرجع پزشکی به این بحث بسیار مختصر اشاره شده است. این امر باعث شده که در حال حاضر تشخیص، درمان و کنترل بیماری بروسلوز در

کشور ما به عنوان یک معضل مطرح شود و به علت ناکافی بودن محتویات آموزشی در کتب مرجع پزشکی در بسیاری از موارد در تشخیص و درمان برخوردهای سلیقه ای صورت می‌گیرد (۱۷).

آگاهی ناکافی در مورد هر یک جنبه های یک بیماری، می تواند منجر به تشخیص اشتباه شود. بعنوان نمونه اگر یک پزشک از چگونگی پیدایش بیماری بخوبی مطلع نباشد یا نداند که چگونه وجود بیماری را بررسی کند، بالاترین شانس تشخیص اشتباه وجود دارد، زیرا او در مورد نوع بیماری و چگونگی بررسی اطلاعاتی ندارد (۵).

نیازسنجی آموزشی گامی اساسی در تدوین و توسعه برنامه های آموزشی ارتقا دهنده مهارت ها و دانش نیروی انسانی قلمداد می شود (۱۴)، زیرا آموزش هدفمند بخش جدایی ناپذیر در بهبود تشخیص بیماری ها است (۵). لذا با توجه به شیوع بالای بیماری بروسلوز در استان لرستان و اهمیت این بیماری در بهداشت جامعه، این مطالعه با هدف تعیین میزان نیازهای آموزشی پزشکان عمومی در پیشگیری، تشخیص و درمان بروسلوز در شهر خرم آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۲ در شهر خرم آباد انجام شد، ۱۴۰ پزشک شاغل در شهرستان خرم آباد با استفاده از روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته دو قسمتی استفاده شد. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، محل خدمت و نوع خدمت) و بخش دوم شامل سوالاتی در مورد نیاز سنجی آموزشی بیماری بروسلوز بود که پس از مرور متون و بر اساس پروتکل تشخیص و درمان بروسلوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۳)، تنظیم گردید.

پرسشنامه نیازسنجی مشتمل بر ۴۲ سوال و در چهار حیطه پیشگیری (۷سوال)، تشخیص (۱۴سوال)، درمان (۱۲ سوال) و پیگیری (۹سوال) بروسلوز بودند. امتیاز کسب شده از این پرسشنامه بین صفر تا ۴۲ بود. امتیازات حاصل در سه حیطه خوب (۴۲-۲۹ امتیاز)، متوسط (۲۸-۱۵ امتیاز) و ضعیف (۱۴-۰ امتیاز) دسته بندی شدند. همچنین امتیاز کمتر و یا مساوی پنجاه درصد (۲۱-۰ امتیاز) بعنوان معیار دارا بودن نیاز آموزشی و امتیاز بیشتر از پنجاه درصد (۴۲-۲۲ امتیاز) به عنوان معیار نداشتن نیاز آموزشی در تجزیه و تحلیل در نظر گرفته شد.

روایی پرسشنامه نیازسنجی با استفاده از روش اعتبار صوری و محتوی و پس از اعمال نظرات اصلاحی ۵ نفر از متخصصین بیماری های عفونی تأیید شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون- بازآزمون در مورد ۱۵ نفر پزشک عمومی و به فاصله ۱۰ روز انجام گردید. پایایی آن با آلفای کرانباخ، ۰/۸ تأیید گردید.

در مرحله جمع آوری اطلاعات پس از حصول اطمینان از کسب معیارهای ورود به مطالعه توسط پزشکان و بیان توضیحات لازم در خصوص اهداف و روش آنجام مطالعه، از آنها رضایت کتبی و آگاهانه اخذ شد. سپس از واحدهای پژوهش درخواست شد که به سوالات موجود در پرسشنامه به دقت پاسخ دهند.

پس از بررسی صحت ورود اطلاعات؛ تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای بررسی مشخصات فردی و نیازهای آموزشی بروسلوز از آزمون های آماری توزیع فراوانی و میانگین استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین مشخصات فردی با نمره بررسی نیازهای آموزشی نیز از آزمون های آماری پیرسون، اسپیرمن براون، من ویتنی و کای اسکوئر استفاده و سطح معنی داری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج بررسی مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان نشان داد که از ۱۴۰ شرکت کننده، ۱۳۱ نفر جنس خود را مشخص کردند که از این تعداد، میانگین و انحراف معیار سن ۸/۶۱ ± ۳۵/۴۹ سال و میانگین و انحراف معیار سابقه کار آنها ۷/۷۷ ± ۶/۸۱ سال بود. توزیع فراوانی مطلق و نسبی سایر مشخصات فردی مشارکت کنندگان از جمله جنسیت، محل خدمت و نوع خدمت در جدول ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی از مشخصات فردی مشارکت کنندگان

متغیر		تعداد(درصد)
جنسیت	زن	۴۳/۵ (۵۷)
	مرد	۵۶/۵ (۷۴)
محل خدمت	مرکز بهداشتی روستایی	۷/۹ (۱۱)
	مرکز بهداشتی شهری	۱۲/۲ (۱۷)
	بیمارستان	۵۴ (۷۵)
	مطب خصوصی	۲۵/۹ (۳۶)
نوع خدمت	پزشک خانواده	۲۷/۱ (۳۸)
	پزشک عمومی	۷۲/۹ (۱۰۲)

نیازسنجی آموزشی مشارکت کنندگان نشان داد که سطح آگاهی ۴/۳ درصد از آنها (۶ نفر) خوب، سطح آگاهی ۷۶/۴ درصد (۱۰۷نفر) متوسط و سطح آگاهی۱۹/۳ درصد از مشارکت کنندگان (۲۷ نفر) ضعیف بوده است.

نیازسنجی آموزشی کلی در رابطه با بیماری بروسلوز نشان داد که ۲۸/۶ درصد مشارکت کنندگان در مورد بیماری بروسلوز نیاز آموزشی دارند. نیازسنجی آموزشی به تفکیک حیطه‌های نیازهای آموزشی نشان داد که، بیشترین نیاز آموزشی در حیطه تشخیص در ۷۸/۶ درصد مشارکت کنندگان و کمترین نیاز آموزشی در حیطه پیشگیری در ۱۷/۱ درصد مشارکت‌کنندگان بود. نیازسنجی آموزشی به تفکیک حیطه‌های چهارگانه در جدول ۲ مشاهده می شود.

جدول ۲. توزیع فراوانی مشارکت کنندگان بر اساس نیاز آموزشی در حیطه های چهارگانه مرتبط با بیماری بروسلوز

حیطه‌های نیازهای آموزشی	نیاز آموزشی		میانگین ± انحراف معیار (دامنه امتیازات)
	دارد درصد (تعداد)	ندارد درصد (تعداد)	
انتقال	۱۷/۱ (۲۴)	۸۲/۹ (۱۱۶)	۵/۵۰ ±۱/۱۵ (۰ -۷)
تشخیص	۷۸/۶ (۱۱۰)	۲۱/۴ (۳۰)	۵/۸۰ ± ۲/۰۸ (۰-۱۴)
درمان	۳۹/۳ (۵۵)	۶۰/۷ (۸۵)	۶/۸۰ ± ۲/۵۱ (۰ -۱۲)
پیگیری	۳۶/۴ (۵۱)	۳۶/۶ (۸۹)	۵/۷۸ ± ۱/۷۹ (۰ -۹)
کل	۲۸/۶ (۴۰)	۷۱/۴ (۱۰۰)	۲۳/۸۸ ± ۵/۰۴ (۰-۴۲)

آزمون همبستگی پیرسون ارتباط مستقیم و معنی داری را بین نمره نیازسنجی و سن مشارکت کنندگان نشان داد (P=۰/۰۱۸ ، r =۰/۲۳۱). به عبارت دیگر با افزایش سن نمرات آگاهی مشارکت کنندگان افزایش یافته و نیازهای آموزشی آنها کمتر می شد. بین نمرات نیازسنجی با سابقه کار مشارکت کنندگان نیز اگرچه رابطه مستقیمی وجود داشت، اما آزمون همبستگی اسپیرمن براون رابطه معنی داری را در این مورد نشان نداد (P=۰/۰۶۸ ، r =۰/۱۵۵).

بررسی ارتباط بین نمره نیازسنجی با جنسیت مشارکت کنندگان نشان داد که نمره نیازسنجی بین مشارکت کنندگان زن و مرد اختلاف آماری معنی دار نداشته است. همچنین نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین نمره کل نیازسنجی در دو دسته پزشکان خانواده و پزشکان عمومی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشته است. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود بین جنسیت و نوع خدمت پزشکان با نمرات کسب شده در هیچ یک از حیطه های چهارگانه نیازسنجی نیز اختلاف آماری معنی داری بین پزشکان زن و مرد وجود نداشته است.

جدول ۳. ارتباط جنسیت و نوع خدمت پزشکان با نمرات نیازسنجی در حیطه های چهارگانه مربوط به بیماری بروسلوز

حیطه‌های نیازسنجی	جنسیت		P-value*	نوع خدمت		P-value*
	مرد	زن		پزشک عمومی	پزشک خانواده	
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
انتقال	۵/۴۴ ± ۱/۲۰	۵/۵۹ ± ۱/۱۳	۰/۴۸۷	۵/۴۷ ± ۰/۹۷	۵/۵۰ ± ۱/۲۱	۰/۸۵۷
تشخیص	۵/۶۸ ± ۲/۱۱	۵/۸۴ ± ۱/۷۹	۰/۹۲۳	۵/۸۴ ± ۲/۱۳	۵/۷۸ ± ۲/۰۷	۰/۸۸۶
درمان	۶/۸۷ ± ۲/۶۱	۶/۷۰ ± ۲/۲۱	۰/۵۷۶	۶/۶۸ ± ۲/۵۲	۶/۸۴ ± ۲/۵۳	۰/۷۴۲
پیگیری	۵/۵۶ ± ۱/۹۳	۶/۱۰ ± ۱/۳۸	۰/۱۷۳	۵/۹۷ ± ۱/۶۰	۵/۷۱ ± ۱/۸۵	۰/۴۲۰
کل	۲۳/۵۸ ± ۵/۲۳	۲۴/۲۴ ±۴/۰۲	۰/۷۵۴	۲۳/۹۷ ± ۴/۷۱	۲۳/۸۵ ± ۵/۱۸	۰/۸۹۰

*آزمون من ویتنی

همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که میزان نیاز آموزشی مشارکت کنندگان بر حسب محل خدمت اختلاف آماری معنی داری دارد (P=۰/۰۲۵). بیشترین نیاز آموزشی در پزشکانی مشاهده شد که در مراکز روستایی کار می کردند و کمترین نیاز آموزشی مربوط به پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی شهری بود (جدول ۴).

جدول ۴. توزیع فراوانی نیازهای آموزشی در مورد بیماری بروسلوز بر حسب محل خدمت مشارکت کنندگان

محل خدمت	نیاز آموزشی		نتایج آزمون کای اسکوئر
	دارد	ندارد	
	درصد(تعداد)	درصد(تعداد)	
مرکز روستایی	۶۳/۶(۸)	۳۶/۴ (۵)	p =۰/۰۲۵
مرکز شهری	۱۷/۶ (۳)	۸۲/۴(۱۴)	
بیمارستان	۳۰/۷ (۲۳)	۶۹/۳ (۵۲)	
مطب خصوصی	۱۹/۴ (۷)	۸۰/۶ (۲۹)	

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر نیازسنجی آموزشی مشارکت کنندگان نشان داد که سطح آگاهی اکثر پزشکان عمومی (۷۶/۴ درصد) درباره بروسلوز متوسط بوده است. شن در سال ۲۰۰۸ به نقل از مطالعه داهوک و همکاران بیان می کند که آگاهی پزشکان از عفونت بروسلوز در بسیاری از کشورها خیلی ضعیف بوده و اکثر موارد وقتی بیماری بطور صحیح تشخیص داده شده بود، که از نظر بالینی پیشرفته بود. بدلیل تظاهرات بالینی متغیر، بروسلوز انسانی می تواند براحتی با دیگر بیماریهای عفونی و غیر عفونی اشتباه گرفته شده که منتهی به تأخیر در تشخیص و تأخیر در شروع درمان می شود (۱۲).

در مطالعه حاضر بیشترین نیاز آموزشی در پزشکانی مشاهده شد که در مراکز روستایی کار می کردند و کمترین نیاز آموزشی مربوط به پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی شهری بود. یافته های مطالعه جان و همکاران در سال ۲۰۰۸ نیز مؤید این مطلب است که اختلاف معنی داری بین آگاهی پزشکان در بیمارستانهای شهر و روستا در خصوص جنبه های بالینی بیماری های مشترک بین انسان و دام وجود داشته است. بیشتر پزشکان در بیمارستانهای روستایی آگاهی درستی از ویژگی های بالینی آنتراکس و هاری در مقایسه با پزشکان در بیمارستانهای روستایی نداشتند. این محققین معتقدند که محل خدمت پزشکان در نواحی روستایی محروم و دور از مرکز، می تواند تفاوت ها در میزان نیاز آموزشی را توضیح دهد (۵).

گرچه مطالعه ای که نیازهای آموزشی پزشکان عمومی به تفکیک حیطه های انتقال، تشخیص و درمان را بررسی کرده باشد و کاملاً مرتبط با مطالعه حاضر باشد، یافت نشد، ولی سعی شد تمام مطالعات مرتبط با موضوع آگاهی پزشکان در زمینه بیماریهای عفونی علی الخصوص بروسلوز آورده شوند در مطالعه حاضر، اکثر افراد در حیطه انتقال (پیشگیری) نیاز آموزشی نداشتند. بطوری که در حیطه انتقال درصد قابل توجهی از پزشکان بیش از ۶۰ درصد سئوالات را پاسخ صحیح دادند. در حیطه تشخیص و درمان نیز نیاز آموزشی پزشکان در حد متوسط بود. میزان نیاز آموزشی پزشکان در حیطه

انتقال (پیشگیری) کمتر از حیطه تشخیص و درمان بود. اما یافته‌های مطالعه کسرائیان و حسن آبادی درباره بیماریهای سل، تب مالت، حصبه و اسهال خونی نشان داد که آگاهی پزشکان در زمینه درمان بهتر از پیشگیری و تشخیص بوده است. این محققان بر اساس نتایج مطالعه خود اظهار داشته اند که آگاهی پزشکان در زمینه بیماریهای عفونی (سل، تب مالت، حصبه و اسهال خونی) در سطح قابل قبولی نمی باشد و احتیاج به تجدید نظر کلی در زمینه آموزش بیماریهای عفونی و جلسات بازآموزی منظم وجود دارد (۱۵).

مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معنی داری در میزان نیازهای آموزشی در گروههای سنی مختلف وجود ندارد. یافته های مطالعه کسرائیان و حسن آبادی نیز مؤید این مطلب هست که میزان آگاهی پزشکان عمومی در زمینه بیماریهای عفونی ارتباط معنی‌داری با جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار و دانشگاه محل تحصیل آنان نداشت (۱۵).

مطالعاتی که در سایر کشورها انجام شده همگی مؤید ضعف آگاهی پزشکان در زمینه بیماریهای شایع عفونی بوده است. مطالعه‌ای که در کلمبیا انجام شد، نشان داد که مشکل در زمینه آموزش بیماری سل وجود دارد (۱۷). بطوری که در پژوهشی در مورد میزان آگاهی دانشجویان پزشکی در زمینه بیماری سل انجام شده، نشان داده است که تنها ۳۰ درصد از دانشجویان پزشکی قادر به تشخیص و درمان بیمار مبتلا به سل بودند. این امر به تجدید نظر در امر آموزش بیماری سل انجامید بطوری که بعد از آن۹۰ درصد پزشکان در زمینه سل آگاهی کافی داشتند (۱۸). نتایج مشابهی در بولیوی مبنی بر پایین بودن آگاهی پزشکان در زمینه درمان بیماری سل پائین گزارش شده است (۵).

مطالعه ای که در بنگلادش در مورد میزان آگاهی پزشکان در زمینه درمان اسهال خونی انجام شد نشان داد که تنها ۴۳/۵ درصد از پزشکان در زمینه درمان اسهال خونی آگاهی داشتند (۱۹). در مطالعه ای دیگر آگاهی دانشجویان بالینی در زمینه بیماری تب مالت بسیار کم گزارش شده است (۷). در پژوهشی که در مورد آگاهی پزشکان عمومی در زمینه بیماری اسهال خونی در شیراز انجام شد، نتایج نشان داد تنها کمتر از نیمی از پزشکان در زمینه اسهال خونی آگاهی داشتند (۲۰).

بطور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که میزان نیازهای آموزشی اکثر پزشکان عمومی در شهر خرم آباد درباره بیماری بروسلوز در حد متوسط است. با توجه به اهمیت تشخیص و درمان صحیح این بیماری پیشنهاد می‌شود که در برنامه آموزش مدون پزشکان توجه ویژه ای به برنامه های آموزشی مرتبط با بروسلوز معطوف شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان بخاطر حمایت مالی از این مطالعه اعلام نمایند.

References

1. Mangolian Shahrbabaki P, Asadi A, Imani I, Khanjani N. The effect of training on students regarding the prevention of Brucellosis. Report of Health Care. 2014;1(1):7-11.
2. Salarvand S, Nazer M, Shokri S, Bazhvan S, Pournia Y. Brucellosis-Induced Avascular Necrosis of the Hip in a Middle-Aged Person. Iranian journal of public health. 2012;41(12):86.
3. Golsha R, Hezareh A, Golshah E, Golshahi G. Presentation of Brucellosis in Northeast of Iran: A 5-year study. Electronic Physician. 2011: 407.
4. Solera J. Update on brucellosis: therapeutic challenges. International journal of antimicrobial agents. 2010;36:S18-S20.
5. John K, Kazwala R, Mfinanga GS. Knowledge of causes, clinical features and diagnosis of common zoonoses among medical practitioners in Tanzania. BMC Infectious Diseases. 2008;8(1):162.
6. Kazemi S, Borzoueisileh S, Ebrahimpour S. Evaluation of Brucellosis in Patients and Diagnostic Tests. Online J Anim Feed Res. 2015;4(3):60-6.
7. Mahmoodabad SM, Barkhordari A, Nabizadeh M, Ayatollahi J. The Effect of Health Education on Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of High School Students' Towards Brucellosis in Yazd. World Applied Sciences Journal. 2008;5(4):522-4.
8. Franco MP, Mulder M, Gilman RH, Smits HL. Human brucellosis. The Lancet infectious diseases. 2007;7(12):775-86.
9. Dasari S, Naha K, Prabhu M. Brucellosis and tuberculosis: clinical overlap and pitfalls. Asian Pacific journal of tropical medicine. 2013;6(10):823-5.
10. Esmaeili H. Brucellosis in Islamic republic of Iran. Journal of Medical Bacteriology. 2014;3(3, 4):47-57.
11. Haddadi A, Rasoulinejad M, Afhami SH, Mohraz M. Epidemiological, Clinical, Para clinical Aspects of Brucellosis in Imam Khomeini and Sina Hospital of Tehran (1998-2005) J Kermanshah Univ Med Sci 2006; 10(3): 242-251. (In persian)
12. Shen MW. Diagnostic and therapeutic challenges of childhood brucellosis in a nonendemic country. Pediatrics. 2008;121(5):e1178-e83.
13. Nader F, Askarian M. How do Iranian physicians report notifiable diseases? The first report from Iran. American journal of infection control. 2009;37(6):500-4.
14. Shiri M, Asgari H, Talebi M, karamalian H, Rohani M, Narimani S. Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains. Iranian Journal of Medical Education. 2011;10(5):726-34.
15. Kassraian L, Sadeghi Hassan Abadi A. A survey on information of physicians in health center in Shiraz about infectious diseases (Tuberculosis, brucella, typhoid fever, dysentery) (1999). Iranian Journal of Medical Education. 2000;1(2):38-42. (In persian)
16. Jahanbakhsh M, Setayesh H. Educational Needs of Medical Records Practitioners in

Isfahan Teaching Hospitals. Iranian Journal of Medical Education. 2011;10(5):962-71. (In persian)

17. Howyida S. Abd El Hameed, Lamiaa T. Abd El Hameed and Kamel A. Zayan. Awareness of Personnel in Direct Contact with Animals Regarding Brucellosis. J Am Sci 2012;8(6):790-796].
18. Sofian M. Determination of Brucellosis Model In Arak in 2005. J. Arak university of medical sciences.2005; 8(4): 8. (In persian)
19. Corbel KJ. Microbiological aspect in: madkour MM. Madkour Brucellosis. 1 st Edi.New York: Springer-Verlage. 2001; 51-64.
20. Momen Heravi M, Afzali H. Clinical manifestations of brucellosis in hospitalized patients in Beheshti Hospital of Kashan 1996-2003. KAUMS Journal (FEYZ). 2007;11(1):67-72.(In persian)