مقاله پژوهشی

بررسی دانش پزشکان خانواده درمورد بیماری دیس‌لیپیدمی و عوامل مرتبط با آن در شیراز در سال ۱۴۰۰

حوروش حقیقی‌نژاد[۱]، سیداسماعیل مناقب[۲]، لیلا لیاقت[۳]، پریسا جویا[۴]

۱- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳- متخصص پزشکی خانواده، استادیار گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۴- متخصص کودکان، استادیار گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

***نویسنده مسئول:** حوروش حقیقی‌نژاد، استادیار، گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. ایمیل: hhaghighi@sums.ac.ir تلفن: ۳۶۴۷۴۹۶۷-۷۱-۹۸+

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹**

چکیده

زمینه و هدف: *دیس‌لیپیدمی یک عامل خطر عمده بیماری‌های قلبی عروقی است. این پژوهش با هدف تعیین دانش پزشکان خانواده عمومی شهری در زمینه دیس‌لیپیدمی در شیراز و عوامل موثر بر آن صورت گرفت.*

مواد و روش‌ها: *این مطالعه مقطعی، در پزشکان خانواده عمومی شهری در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از ۸ مرکز از کل ۳۲ مرکز جامع سلامت تحت پوشش ۲ مرکز بهداشت که کل شهر شیراز را پوشش می‌دهد (از هر مرکز بهداشت ۸۶ نفر) انجام گرفت. از پرسشنامه محقق‌ساخته شامل ۱۲ سوال در زمینه دیس‌لیپیدمی استفاده شد. پرسشنامه در محل کار تحویل پزشک شد و یک روز بعد پرسشنامه تکمیل شده اخذ شد. آنالیز آماری با نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد. تاثیر عوامل مختلف بر نمره پرسشنامه به‌وسیله تحلیل رگرسیون خطی بررسی شد.*

یافته‌ها: *۱۷۲ پرسشنامه به‌صورت کامل تکمیل شد. ۹۸ نفر (۵۷درصد) از پزشکان مرد و ۶۹ نفر (۴۰درصد) زن و میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۹,۷± ۴۴,۷ سال بود. در هرکدام از حیطه‌های پیشگیری و درمان، متوسط امتیاز کسب شده ۶۴درصد کل امتیاز بود (به ترتیب ۰,۹ ± ۳,۲ از ۵ امتیاز و ۱,۴ ± ۴,۵ از ۷ امتیاز). ۵۰,۶ درصد پزشکان از وجود گایدلاین کشوری هیپرلیپیدمی مطلع و ۳۲,۶ درصد آن را مطالعه کرده بودند. هیچ یک از عوامل مورد بررسی از جمله شرکت در بازآموزی و دسترسی یا مطالعه گایدلاین تاثیر معناداری در نمره کل نداشت.*

نتیجه‌گیری: *دانش پزشکان عمومی خانواده در درمان و پیشگیری دیس‌لیپیدمی و همچنین میزان اطلاع پزشکان از گایدلاین کشوری و مطالعه آن کمتر از حد انتظار بود. نیاز است در بازآموزی و تهیه و استفاده موثر از گایدلاین مختص پزشکان خانواده برنامه‌ریزی موثر و هدفمند صورت گیرد. به‌منظور بهبود کیفیت و کمیت بازآموزی‌ها، در آینده مطالعات مشابه برای پایش دانش پزشکان با فواصل منظم انجام شود.*

واژگان کلیدی: *پزشک خانواده، آگاهی، دیس‌لیپیدمی، آموزش مداوم پزشکی، دستورالعمل بالینی*

مقدمه

دیس‌لیپیدمی به اختلال افزایش کلسترول توتال، تری گلیسرید و لیپوپروتئین با چگالی کم[۱] (LDL-C) و کاهش لیپوپروتئین با چگالی بالا[۲] (HDL-C) اطلاق می‌شود [۱]. این اختلال خصوصا افزایش LDL-C یکی از عوامل خطر عمده حوادث قلبی عروقی است که با ایجاد و افزایش اندازه پلاک‌های آترواسکروز موجب گرفتگی عروق در ارگان‌های مختلف بدن

1. Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C)

2. High density lipoprotein-cholesterol (HDL-C)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

می‌شود. [۲,۳] سایر فرم‌های دیس‌لیپیدمی مانند افزایش تری گلیسیرید با ایجاد کبد چرب غیرالکلی و پانکراتیت حاد در ارتباط است [۱].

شیوع دیس‌لیپیدمی در ۳۰ سال اخیر در کل دنیا افزایش یافته است. به گونه‌ای که افزایش سطح کلسترول LDL [۳] پلاسما پانزدهمین عامل خطر اصلی مرگ در سال ۱۹۹۰ بود که در سال ۲۰۰۷ به رتبه یازدهم و در سال ۲۰۱۹ به رتبه هشتم رسید [۱]. شیوع هیپرکلسترولمی، هیپرتری گلیسیریدمی، سطوح بالای لیپوپروتئین با چگالی کم و سطوح پایین لیپوپروتئین با چگالی بالا، در افراد ایرانی ۴۱,۶ درصد، ۴۶,۰ درصد، ۳۵,۵ درصد و ۴۳,۹درصد گزارش شده است [۴]. بیماری عروق کرونر قلب که به میزان زیاد منتج از این اختلال است، سالانه موجب ۹ میلیون مرگ در سراسر جهان می‌شود و در سال ۲۰۱۹ به‌عنوان علت اصلی مرگ شناخته شده است [۵].

کاهش چربی خون باعث کاهش قابل توجهی در فراوانی حملات مغزی و نیز کاهش نیاز به اعمال بای پس و آنژیوپلاستی می‌شود. همچنین تعداد کلی پذیرش های بیمارستانی و متوسط مدت بستری در بیمارستان و نیز کل روزهای بستری را نیز کاهش می‌دهد [۶].

باوجود اهمیت کنترل این فاکتور خطر در کاهش حملات قلبی عروقی، مطالعات مختلف نشان داده که بسیاری از بیماران دچار دیس‌لیپیدمی تحت درمان نیستند و درصورت درمان نیز تعداد اندکی به سطح لیپید مورد نظر رسیده‌اند. یک مطالعه در چین نشان داد که تنها ۲۳درصد از بیماران دچار دیس‌لیپیدمی تحت درمان قرار گرفته‌اند و فقط ۱۷درصد به سطح خونی لیپید هدف رسیده‌اند. مطالعه مشابه در آمریکا نشان داد که ۲۹/۵درصد از بیماران دچار دیس‌لیپیدمی تحت درمان قرار گرفته‌اند [۳]. در یک مطالعه در کانادا مشخص شد که بسیاری از افراد دارای خطر حوادث قلبی عروقی بالا، هیچ نوع داروی استاتین دریافت نکرده‌اند [۷].

پزشکان خانواده به‌عنوان خط اول برخورد با بیماران وظیفه کنترل و درمان عوامل خطر بیماری‌های شایع از جمله بیماری‌های قلبی عروقی را برعهده دارند. با افزایش سن جمعیت جهان و بیماران بهبود یافته از حوادث قلبی عروقی و عروق مغزی و افزایش ابتلا به فشارخون و دیس لیپیدمی حوزه فعالیت پزشکان خانواده برای شناسایی و مدیریت کارآمد بیماری‌های قلبی و عروقی به میزان قابل توجهی گسترش یافته است. با بهتر شدن تشخیص و درمان کلسترول بالا، گایدلاین‌های متعدد برای ارزیابی و درمان دیس لیپیدمی و کاهش ریسک خطر قلبی عروقی دردسترس پزشکان قرار گرفته است [۸]. مطالعات مختلف سطح آگاهی و میزان تبعیت پزشکان مراقبت‌های اولیه از دستورالعمل‌های دیس‌لیپیدمی را متفاوت نشان داده‌اند [۹,۳] در مطالعات انجام شده در آمریکا مشخص شد که آگاهی پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه درمورد مدیریت دیس‌لیپیدمی در بیش از ۹۰درصد موارد در سطح بالا بوده، اگرچه مطالعات دیگر نشان داده‌اند که تنها یک‌سوم پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه آمریکا از توصیه‌های راهنماهای بالینی درخصوص مدیریت دیس‌لیپیدمی تبعیت می‌کنند [۳]. براساس مطالعه انجام شده در مالزی ۹۸درصد پزشکان از راهنمای ملی مطلع بودن و ۹۵درصد از آن در کارکرد بالینی استفاده می‌کردند [۳]. اما مطالعه‌ای در سنگاپور نشان داد که تنها ۳۵درصد از پزشکان با راهنمای بالینی انجمن قلب و عروق آمریکا آشنایی داشتند و در مقابل آشنایی آنها با راهنمای کشوری حدود ۴۶درصد بود [۹].

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶ برنامه‌ای با عنوان ایراپن برای مقابله با ۴ بیماری غیرواگیر و ۴ عامل خطر آن طراحی و دستورالعملی با همین عنوان تدوین کرد که شامل توصیه‌هایی برای پیشگیری و یا درمان بیماری‌های دیابت، فشار خون و سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی و عوامل خطر آنها شامل دیس‌لیپیدمی، دخانیات و الکل و کم‌تحرکی است. این دستورالعمل مجموعه‌ای نسبتا قابل قبول برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر است که در چند استان سطح کشور به کار گرفته شد. در این گایدلاین در قسمت دیس‌لیپیدمی، عناوین تشخیص، درمان و ارجاع به کارشناس تغذیه مورد بحث قرار گرفته است [۱۰]. دستورالعمل‌های پراکنده دیگری نیز در این زمینه طراحی شده اما ایراپن شناخته‌شده‌ترین آنها در سطح کشور است و به‌عنوان منبع آزمون بورد تخصصی پزشکی خانواده نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. گرچه کاستی‌هایی نیز در متن و همچنین در اجرای آن مشهود است. تا جایی که جستجوهای

3. Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

ما نشـان داد پایبندی به این دسـتورالعمل تا کنون در سطح کشور مورد سنجش قرار گرفته نشده است.

از آنجـا که بسـیاری از بیمـاران دیس‌لیپیدمی توسـط پزشـکان خانواده شناسـایی و تحـت درمان قـرار می‌گیرند، ارزیابـی دانش پزشـکان خانواده از اهمیت ویـژه‌ای برخوردار اسـت. در مطالعه‌ای در عربستان نشـان داده شده که اختلاف زیادی بین دانش پزشـکان خانواده و پزشکان مراقبت اولیه با متخصصان اطفال درباره هیپرکلسترولمی فامیلیال وجود دارد [۱۱]. در مطالعه‌ای در ریاض نشان داده شد که فقط ۳۵درصد رزیدنت‌های پزشـک خانواده دارای سـطح بالای اطلاعات در زمینه سندروم متابولیک بوده‌اند [۱۲]. مطالعه‌ای دیگر در این کشور سطح دانش، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده در زمینه هیپرلیپیدمی فامیلی را نامناسب توصیف کرده است [۱۳].

برنامه پزشک خانواده در ایران از سال ۱۳۹۱ در دو استان کشـور از جمله فارس در حال اجراست. در این برنامه پزشکان بعد از طی دروه ۷ سـاله پزشـکی عمومـی می‌توانند به‌عنوان پزشک خانواده مشغول به کار شوند. اطلاعات درخصوص بررسی سطح دانش پزشکان خانواده محدود است و درخصوص بیماری دیس‌لیپیدمی مطالعه‌ای یافت نشد. همچنین مطالعات مختلف در کشـورهای دیگر سـطح آگاهی و میزان تبعیت پزشکان از دستورالعمل‌های دیس‌لیپیدمی را متفاوت نشان داده‌اند. از این رو این پژوهش با هدف تعیین آگاهی پزشـکان خانواده در شهر شیراز و ارزیابی عوامل موثر بر آن با ساخت پرسشنامه روا برای بررسی دانش در این زمینه طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

در ایـن مطالعه که یـک مطالعه مقطعی تحلیلی اسـت جامعه آماری پژوهش را پزشکان خانواده عمومی شهری شیراز تشـکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای در سال ۱۴۰۰ و از هر ۲ مرکز بهداشت اصلی شیراز که کل شهر شیراز را پوشش می‌دهند یعنی مرکز بهداشت شهدای والفجر، مرکز بهداشت انقلاب انجام شد. ۱۶ مرکز جامع سلامت تحت پوشـش هر یک از این مراکز بهداشت است. در مطالعه حاضر از هر مرکز بهداشـت، ۴ مرکز جامع سـلامت (خوشـه) و در کل ۸ مرکـز جامع سـلامت به‌صـورت تصادفی انتخاب شـد. پزشـکان خانـواده تحت پوشـش هر یک از ایـن مراکز جامع سلامت متناسـب با تعداد پزشکان آن مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شـدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول براورد یک نسبت محاسبه شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مورگان:$n=z2\ p(1-p)/d2$ با احتسـاب $P=۰/۷$ (بر اساس مطالعه قبلی (۱۴))، $d=0.15\ p$ $P=۰/۱۵$ و درصد پاسخگویی ۷۰درصد برابـر با ۱۱۰ نفر برآورد شـد. با توجه بـه ماهیت نمونه‌گیری خوشـه‌ای، حجم نمونه به‌دست آمده از فرمول در ۱/۵ضرب و حجم نمونه نهایی ۱۷۲ نفر تعیین شد.

پرسشنامه در محل کار تحویل پزشک داده شد و یک روز بعد پرسشنامه تکمیل شده از آنها اخذ شد. همچنین اطلاعات دموگرافیـک و عوامل احتمالی مرتبط کـه به‌صورت یک فرم جمع‌آوری اطلاعات تهیه شده به همین روش تکمیل شد.

پرسشنامه

در این مطالعه از یک پرسشـنامه محقق‌سـاخته استفاده شـد. دو نفر از اعضـای هیئت علمی گروه تخصصی پزشـکی خانواده با بررسـی مطالعه دیگر در این زمینه [۳] پرسشـنامه را طراحی کردند. کل پرسشـنامه حاوی ۱۲ سوال است که ۵ سـوال در حیطه پیشگیری و ۷ سـوال در حیطه درمان است. اندکس و نسبت روایی محتوایی برای بررسی روایی پرسشنامه مورد اسـتفاده قرار گرفـت. ۵ نفر اعضای هیئـت علمی گروه پزشـک خانواده و داخلـی روایی محتوایی این پرسشـنامه را بررسی کردند.

برای سـنجش اندکس روایی متخصصان «مربوط بودن»، « واضح بودن» و «سـاده بودن» و «دارای ابهام بودن» هرگویه را بر اسـاس یک طیف لیکرتی ۴ قسـمتی مشـخص کرده‌اند. متخصصـان مربـوط بودن هر گویـه را از نظر خودشـان از ۱ «مربـوط نیسـت«، ۲» نیازمنـد برخی اصلاحات اسـت »، ۳ «مربوط اسـت اما نیاز به اصلاحات جزیی دارد »، تا ۴ » کاملاً مربوط است» مشخص کرده‌اند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ » سـاده نیسـت«، ۲ » نیازمند برخـی اصلاحات «، ۳ » ساده است اما نیاز به اصلاحات جزیی دارد»، تا ۴» کاملا ساده اسـت« و واضح بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ « واضح نیست«، ۲» نیازمند برخی اصلاحات اسـت«، ۳ «واضح است اما نیاز به اصلاحات جزیی دارد »، تا ۴ «کاملا واضح است» مشخص شده است. دارای ابهام بودن نیز به ترتیب از ۱» دارای ابهام است»،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

۲ «نیازمند برخی اصلاحات اســت»، ۳ «دارای ابهام نیست اما نیازمند تجدید نظر جزئی» تا ۴ » واضح» مشخص شده است. بعد از ۴ مرحله تصحیح، نسبت روایی محتوا ۹۵درصد و اندکس روایی محتوا برای تمام ســوالات برابر یا بیش از ۸۰درصد بود که نشــان‌دهنده قابل قبول بودن روایی محتوایی پرسشــنامه اســت. ســپس در یک مطالعه پایلوت پایایی پرسشنامه در ۳۰ نفر از پزشــکان سنجیده شد. پایایی پرسشنامه با الفای کرنباخ سنجیده شد که برابر ۰٫۷ بوده است.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نســخه ۲۰ وارد و آنالیز شــدند. بــرای تجزیــه و تحلیل آماری اطلاعات به دســت آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار اســتفاده شد. برای بررسی تاثیر عوامل مختلف بر نمره پرسشــنامه از تحلیل رگرسیون خطی با در نظر گرفتن شــرایط به کارگیری، استفاده شد. شرایط اســتفاده از تحلیل رگرســیون شامل بررسی نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها، وجود رابطه خطی بین داده‌های مســتقل و وابســته و مستقل بودن باقیمانده‌هاست.

جدول ۱- خصوصیات پزشکان شرکت کننده در مطالعه

خصوصیات	نوع	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۹۸ (۵۷٫۰)
	زن	۶۹ (۴۰٫۰)
دانشگاه محل تحصیلی	شیراز	۸۸ (۵۱٫۲)
	سایر	۸۴ (۴۸٫۸)
نوع استخدام	خصوصی	۹۱ (۵۲٫۹)
	دولتی	۶۰ (۳۴٫۹)
	هردو	۸ (۴٫۷)
آموزش دیس‌لیپیدمی پس از فارغ التحصیلی	بله	۸۹ (۵۱٫۷)
	خیر	۷۸ (۴۵٫۳)
آگاهی از دستورالعمل کشوری	بله	۸۷ (۵۰٫۶)
	خیر	۸۰ (۴۶٫۵)
مطالعه دستورالعمل کشوری	بله	۵۶ (۳۲٫۶)
	خیر	۱۱۲ (۶۵٫۱)
میانگین (انحراف معیار)		
سن (سال)		۴۴٫۷ (۹٫۷)
مدت زمان فراغت از تحصیل (سال)		۱۷٫۳ (۹٫۷)
مدت کار به عنوان پزشک خانواده (سال)		۶٫۲۳ (۸٫۴)
میانگین بیماران در روز		۳۲٫۵ (۱۸)

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۷۲ پرسشــنامه به‌صــورت کامل تکمیل شــد. از ایــن تعــداد، ۹۸ نفر (۵۷درصــد) از پزشــکان مرد و ۶۹ نفــر (۴۰درصــد) زن ثبت شــده بود. میانگین ســنی کل شرکت‌کنندگان ۹٫۷± ۴۴٫۷ ســال بود. اطلاعات دموگرافیک شرکتکنندگان این مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

۵۰٫۶ درصد پزشــکان از وجود گایدلاین کشوری در زمینه

جدول ۲- سوالات پرسشنامه دانش دیس‌لیپیدمی در پزشکان خانواده و نسبت پاسخگویی صحیح به آنها

سوالات	تعداد (درصد)	
	پاسخ درست	پاسخ نادرست
۱-در یک فرد بالغ سالم، غربالگری چربی‌های خون هر ۵ سال یکبار باید انجام شود.	۹۸ (۵۷٫۰)	۶۸ (۳۹٫۵)
۲-در بیماربا تری‌گلیسرید ۴۰۰mg/dl، بهترین رژیم تغذی‌های کاهش مصرف کربوهیدرات است.	۹۳ (۴۵٫۱)	۷۶ (۴۴٫۲)
۳- خانم ۵۸ ساله با سابقه نارسایی قلبی درجه ۲ و خطر حوادث قلبی عروقی بر اساس نرم‌افزار فرامینگهام ۴/۵درصد و تری گلیسرید =۳۵۰ mg/dl و =LDL ۱۱۰ mg/dl، نیاز به مصرف استاتین ندارد.	۲۶ (۱۵٫۰)	۱۴۵ (۸۴٫۳)
آقای ۵۰ ساله با تری گلیسرید ۲۱۰ mg/dl، دچار هیپرتری‌گلیسریدمی است.	۱۲۳ (۷۱٫۴)	۴۷ (۲۷٫۳)
۵- در بیماری که استاتین مصرف می‌کند و همزمان دچار هیپرتری‌گلیسریدمی شدید است، داروی انتخابی کاهنده تری‌گلیسیرید خون جم فیبروزیل است.	۱۰۲ (۵۹٫۳)	۷۰ (۴۰٫۷)
۶- خانم ۴۴ ساله مبتلا به دیابت نوع۲ با ۱۰۰LDL mg/dl باید استاتین دریافت کند.	۱۴۴(۸۳٫۷)	۲۷ (۱۵٫۷) ۲۷ (۱۵٫۷)
۷- در همه بیمارانی که قرار است تحت درمان با استاتین‌ها قرار گیرند، باید قبل از شروع دارو BUN و Cr چک شود.	۹۶ (۵۵٫۸)	۷۰ (۴۰٫۷) ۷۰ (۴۰٫۷)
۸- سطح LDL هدف در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی، کمتر از ۷۰ mg/dl است.	۱۳۸ (۸۰٫۲)	۳۳ (۱۹٫۲)
۹- خانم ۵۰ ساله با ۲۱۰ LDL mg/dl باید داروی استاتین دریافت کند.	۱۶۱ (۹۳٫۶)	۱۰ (۵٫۸)
۱۰- خانم ۴۰ ساله با خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی ۲۱درصد بر اساس نرم‌افزار فرامینگهام، باید داروی استاتین دریافت کنند.	۱۳۷ (۷۹٫۷)	۳۱ (۱۸٫۱)
۱۱- سطح LDL هدف در بیماران دیابتی کمتر از mg/dl ۱۶۰ است	۱۳۷ (۷۹٫۷)	۳۳ (۱۹٫۲)
۱۲- سطح LDL هدف در بیماران دیابتی مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی کمتر از ۱۰۰ mg/dl است.	۵۸ (۳۳٫۷)	۱۱۲ (۶۵٫۱)

LDL: لیپوپروتئین با چگالی کم
BUN: نیتروژن اوره خون
Cr: کراتینین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

هیپرلیپیدمی مطلع بودند و فقط ۳۲,۶ درصد آنان این گایدلاین را مطالعــه کرده بودند. ۵۱,۲درصد بعد از فراغت از تحصیل در زمینه دیس‌لیپیدمی آموزش دیده بودند. (جدول ۱)

در حیطه پیشگیری (ســوالات:۱و ۳و۶ و۸ و۱۰) از کل ۵ امتیاز، متوسط امتیاز کسب شده ۳,۲±۰,۹ بوده است که برابر ۶۴درصد نمره در این حیطه است.

درمورد سوالات در حیطه درمان از ۷ سوال (بقیه سوالات) متوسط امتیاز کسب شده ۴,۵ ±۱,۴ از ۷ امتیاز بوده است که در این حیطه هم نمره متوســط برابر ۶۴درصد نمره کل حیطه بوده است.

در پرسشنامه ما به سوال شماره ۱ که مربوط به غربالگری بود ۵۷درصد پزشــکان پاســخ صحیح داده بودند (جدول ۲). تقریبا ۸۰درصد پزشــکان به ســوالات حیطه درمان (شــماره ۶،۸،۱۰) که در گایدلاین کشــوری واضحا به این مطالب اشاره شده بود پاســخ صحیح داده بودند. اما در یک مورد از سوالات حیطه پیشــگیری (شــماره۳) که در گایدلاین کشوری به طور واضح اشــاره نشده بود ۸۴,۳درصد پزشکان پاسخ نادرست داد. (جدول ۲).

درمورد ســوالات حیطه درمان (ســوال شماره ۴،۹،۱۱) که گایدلاین کشوری واضح به آنها پرداخته بوده نمره پزشکان قابل قبول بود. اما ســوالات ۲،۷،۱۲ که گایدلاین کشــوری به صورت مبهم و پراکنده به آن پرداخته بود نمره پزشــکان قابل قبول نبود.(جدول ۲)

اثر عوامل مختلف بر نمره کل پرسشــنامه شــامل ســن، جنــس، بازآمــوزی دیس‌لیپیدمی پــس از فــارغ التحصیلی، دسترســی به اینترنت در محــل کار، آگاهی از وجود گایدلاین کشــوری دیس‌لیپیدمی، مطالعه گایدلاین، مدت زمان پس از فارغ التحصیلی، مدت ســوابق فعالیت به عنوان پزشک خانواده و میانگین تعداد بیماران و تحصیل در دانشــگاه علوم پزشــکی شیراز مورد بررسی قرار گرفت که هیچ‌کدام ارتباط معناداری با نمره کل پرسشنامه نشان ندادند. (جدول ۳)

جدول ۳- ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی و نمره کل پرسشنامه دانش پزشکان خانواده درباره دیس‌لیپیدمی (رگرسیون خطی)

متغیر	ضریبB	خطای استاندارد (SE)	P-value.
سن (سال)	۰,۰۰۲	۰,۰۰۴	۰,۵۷۴
جنسیت	۰,۰۳۱	۰,۰۳۱	۰,۳۱۲
مدت زمان فراغت از تحصیل (سال)	۰,۰۰۲	۰,۰۰۴	۰,۷۰۰
مدت کار به عنوان پزشک خانواده (سال)	۰,۰۰۲	۰,۰۰۳	۰,۵۹۱
میانگین بیماران در روز	۰,۰۰۰	۰,۰۰۱	۰,۶۲۶
آموزش دیس‌لیپیدمی پس از فارغ التحصیلی	-۰,۰۲۸	۰,۰۳۱	۰,۳۶۸
دسترسی به اینترنت در محل کار	-۰,۰۰۵	۰,۰۳۷	۰,۹۰۰
آگاهی از دستورالعمل کشوری	-۰,۰۰۹	۰,۰۳۷	۰,۸۱۴
مطالعه دستورالعمل کشوری	-۰,۰۱۳	۰,۰۳۸	۰,۷۲۱
تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز	-۰,۰۳۰	۰,۰۳۰	۰,۳۲۴

بحث

دیس‌لیپیدمی یکی از اختلالات شــایع در بیماران مراجعه کننده به پزشــکان ســطح اول سیستم ســلامت است و نقش این پزشکان در تشــخیص به موقع بیماران و درمان و مراقبت این بیماران حائز اهمیت اســت. در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان دانش پزشــکان خانواده در حیطه پیشــگیری و درمان دیس‌لیپیدمیــا و به کارگیــری گایدلاین‌هــای دیس‌لیپیدمیا توسط پزشکان خانواده عمومی را مورد ارزیابی قرار دهیم.

در این مطالعه ۱۷۰نفر از پزشــکان خانواده عمومی شــهر شــیراز مورد برســی قرار گرفتند. نتایج نشــان داد که متوسط نمرات کســب شــده درمورد دانش پزشــکان در حیطه درمان و پیشــگیری ۶۴ درصد کل نمره بوده کــه کمتر از حد انتظار بود. عواملی مثل ســن، جنس، سال فراغت از تحصیل، دانشگاه محل تحصیل، همکاری با طرح پزشــک خانــواده، فعالیت در بخش خصوصی و دولتی، دسترســی به اینترنت، دسترســی به گایدلاین‌ها، آموزش در زمینــه دیس‌لیپیدمیا بعد از فراغت از تحصیل که در پرسشنامه از پزشکان سوال شده بود، هیچ‌کدام تاثیر معناداری در نمره کل پرسشــنامه نداشــت. در کل اغلب پزشکان به سوالات پرسشنامه که در گایدلاین کشوری ایراپن واضحا به آن مطالب اشــاره شده بود پاسخ صحیح داده بودند، اما در ســوالاتی که در گایدلاین کشــوری به طور واضح به آن اشاره نشده بود، میزان پاسخ‌دهی صحیح پایین بوده است.

طبق بررســی‌ای که در ســال ۲۰۱۶ در آمریکا انجام شد، یک ســوم بیمارانی که توســط پزشــکان مراقبت اولیه ویزیت می‌شــوند مبتلا به دیس‌لیپیدمیا هســتند که اغلب توسط این پزشــکان تحت تشــخیص و درمان قــرار می‌گیرنــد. بنابراین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

غربالگری مناسب به تشخیص زودهنگام این بیماری کمک می‌کند. با پیشرفت مطالعات مربوط به درمان هایپرکلسترومی گایدلاین‌هایی هم که به پزشکان در تشخیص و درمان این بیماری کمک می‌کند بیشتر می‌شود. در این مطالعه به نقش پزشکان مراقبت اولیه در غربالگری، تشخیص و درمان دیس‌لیپیدمی تاکید شده است [۸].

در مطالعه حاضر نشان داده شد دانش پزشکان در زمینه پیشگیری و درمان اختلال دیس‌لیپیدمی ۶۴درصد نمره کل بوده که کمتر از حد قابل قبول است. در مطالعه‌ای که در عربستان در سال ۲۰۱۹ انجام شد، مشخص شد که آگاهی پزشکان سعودی در زمینه هایپر کلسترولمی فامیلی کم است و نیاز است برنامه‌های آموزشی در زمینه این اختلال برای پزشکانی که در درمان این بیماری نقش دارند در نظر گرفته شود [۱۳]. در مطالعه‌ای دیگر در این کشور درمورد دانش پزشکان خانواده در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی نشان داده شد که کمتر از ۵۰درصد پزشکان به نیمی از سوالات پاسخ صحیح داده‌اند و نیمی از سوالات پاسخ‌های صحیح بیش از ۸۰درصد بوده که تقریبا با مطالعه ما مشابه بوده است [۱۵]. در مطالعات انجام شده در آمریکا مشخص شد که طبق نظر خود پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه، آگاهی آنان درمورد مدیریت دیس‌لیپیدمی در بیش از ۹۰درصد موارد در سطح بالا قرار دارد [۱۶]. اگرچه مطالعه دیگر که ارزیابی دانش پزشکان را به روش عینی انجام داده بود، نشان داد که تنها یک سوم پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه آمریکا از توصیه‌های راهنماهای بالینی درخصوص مدیریت دیس‌لیپیدمی تبعیت می‌کنند [۱۷]. یکی از علل این تناقض در نتایج مطالعات مختلف، رویکرد سیستم سلامت در جمعیت‌ها و کشورهای مختلف در قبال عملکرد پزشکان می‌تواند باشد. در جوامعی که گایدلاین مشخص و به روز تدوین و به‌صورت گسترده در اختیار پزشکان قرار می‌گیرد، احتمالا نتایج بهتری در افزایش دانش پزشکان به همراه خواهد داشت. در کشور ما گایدلاین دیس‌لیپیدمی کشوری (ایراپن) تدوین شده اما بسیاری از پزشکان از وجود آن مطلع نیستند در ضمن به روزرسانی در فواصل مشخص صورت نگرفته است.

در مطالعه حاضر ۵۰٫۶درصد از پزشکان از وجود گایدلاین کشوری مطلع بودند و فقط ۳۲٫۶درصد آن را مطالعه کرده بودند. در مطالعه‌ای در مالزی به ۷۵۹نفر از پزشکان فارغ التحصیل مراقبت اولیه ایمیل زده شد که ۴۶۶نفر پاسخ دادند که ۹۸درصد پزشکان از راهنمای ملی لیپید مطلع بودند و ۹۵درصد از آنها عنوان کردند در کارکرد بالینی از گایدلاین‌های کشوری استفاده می‌کنند [۳]. مطالعه سنگاپور نشان داد که تنها ۳۵درصد از پزشکان با راهنمای بالینی انجمن قلب وعروق آمریکا آشنایی داشتند و در مقابل آشنایی آنها با راهنمای کشوری حدود ۴۶درصد بود [۹]. در کشور ما اطلاع پزشکان از گایدلاین کشوری تقریبا برابر با کشور سنگاپور بود و تقریبا نیمی از پزشکان از وجود گایدلاین کاملا بی‌اطلاع بودند. این میزان بسیار با کشور مالزی متفاوت بود که احتمالا ناشی از اطلاع‌رسانی و تاکید سیستم‌های سلامت کشورهای مختلف بر مطالعه گایدلاین‌های معتبر کشوری است. البته نحوه نمونه‌گیری نیز می‌تواند علت دیگر این امر باشد چرا که در مطالعه مالزی میزان پاسخ‌دهی حدود ۶۰درصد بوده است. از طرفی دیگر ایحاد انگیزه در پزشکان برای اجرای دستورالعمل‌های بالینی در این زمینه مهم است. یکی از راه‌های مهم ایجاد انگیزه افزایش پرداخت به پزشک است که باید براساس نتایج منجر به سلامتی جمعیت تحت پوشش انجام شود. بنابراین پایش سلامت جمعیت تحت پوشش پزشکان می‌تواند باعث ایجاد انگیزه برای افزایش دانش پزشکان و بهبود عملکرد بر اساس گایدلاین‌های صحیح و به روز شود. در حال حاضر پرداخت به پزشک خانواده در کشور ما بر اساس تعداد مراقبت‌های انجام شده صورت می‌گیرد که ارتباطی با دانش پزشک یا حتی سلامتی جمعیت تحت پوشش ندارد.

در مقاله‌ای که توسط الحاجی و همکاران در سال۲۰۱۹ منتشر شد عنوان شد پزشکان کویتی که در بیمارستان‌های تخصصی و یا در کلینیک‌های مراقبت اولیه کار می‌کردند، نسبت به پزشکانی که در بیمارستان‌های عمومی کار می‌کردند، بیشتر از گایدلاین‌های دیس‌لیپیدمی استفاده می‌کنند که شاید به خاطر بار کمتر بیمارانشان و محدودیت کمتر زمانی باشد. در این مطالعه حدود ۹۵درصد پزشکان خانواده اذعان کرده بودند که در ۵۰درصد موارد یا بیشتر از گایدلاین استفاده می‌کنند اما بیش از ۹۵درصد آنان به نیم یا کمتر از نیمی از سوالات پاسخ مطابق گایدلاین داده بودند [۱۸] در مطالعه حاضر علی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

رغم مطالعه کمتر از گایدلاین کشـوری، متوسـط نمره کسب شـده در کل ۶۴درصد بود که نسبت به نتایج به‌دست آمده در پزشکان خانواده مطالعه مذکور بهتر بوده است. علت این امر آن اسـت که در کشور ما گایدلاین کشوری کمتر در بین پزشکان شـناخته شده اسـت و بیشـترین منبع اطلاعات آنان از سایر منابع است. به هر حال در مطالعه الحاجی بازآموزی پزشکان با گایدلاین‌های بالینی و طب مبتنی بر شواهد، دسترسی راحت تر به گایدلاین‌ها و بهتر کردن گایدلاین‌های منطقه‌ای (بومی) پیشنهاد شد. (۱۸)

در مطالعـه‌ای کـه در سـال ۱۳۸۳ در ایـران در بیـن بیمـاران مبتلا بـه دیس‌لیپیدمی صورت گرفـت حاکی از آن اسـت که درمان ۵۸,۹درصد بیمارانی که با کلسـترول و تری گلیسـیرید بالای ۲۰۰ برای اولین بار جهت درمان به پزشـک مراجعـه می‌کردند، مطابق با روش‌های مد نظر(برنامه آموزش کلسـترول-پنل درمانی بزرگسالان[۴])بوده اسـت و در کمتر از نیمـی از موارد درمان هایپرلیپیدمی بـا اهداف و پروتکل‌های (برنامه آموزش کلسترول -پنل درمانی بزرگسالان ۱) مطابقت نداشت. در این مطالعه پیشنهاد شد برنامه‌های بازآموزی درمان هایپرلپیدمیا متناسب با آخرین دستورالعمل‌های موجود برگزار شـود.(۶) در مطالعه ما نشان داده شد استفاده از دستورالعمل کشـوری و یا باز آموزی نقشی در میزان دانش پزشکان نداشته اسـت. علت این امر همانطور که بیان شـد آن است که بیشتر پزشـکان اطلاعات خود را از منابع دیگر غیر از دسـتورالعمل کشـوری و یا باز آموزی‌ها به‌دسـت می‌آورنـد. این می‌تواند از یکسو نشان دهنده عملکرد نا مناسب در زمینه تدوین و انتشار دستورالعمل باشند چرا که بیش از ۷۰ درصد پزشکان اصلا این منبع را مطالعه نکرده بودند و از سـوی دیگر به نظر می‌رسـد برگـزاری باز آموزی‌ها نیز نیاز به تجدید نظر داشـته و افزایش کیفیـت و کمیـت آن برای به روزرسـانی اطلاعات پزشـکان مورد نیاز اسـت. لازم اسـت در این خصـوص اقدامات موثر و جـدی صورت گیرد تـا برنامه‌های بازآموزی بعـد از فراغت از تحصیل اثربخشـی بیشتری داشته باشد. همچنین برگزاری باز آموزی‌های هدفمند که برای پزشـکان خانواده طراحی شـده باشـد و تا حد امکان توسط متخصصان این رشته انجام شود و بر اهداف پزشک خانواده متمرکز باشد می‌تواند موثرتر باشد.

یکی دیگر از علل موثر در دانش پزشـکان احتمالا دیدگاه جمعیت تحت پوشـش در قبـال درمان یا پیشـگیری از یک بیماری است. مطالعه‌ای در آمریکا در بین جمیعت لاتین زبان نشان داد که فقط ۲۹/۵ درصد از بیماران مبتلا دیس‌لیپیدمی تحت درمان قـرار گرفته‌اند.(۱۹) این مطالعـه علت را کمبود آگاهـی بیماران در باره اهمیت درمـان این اختلال ذکر کرده اسـت. از آنجا که درمان یک مقوله دو سویه است و درخواست و نیاز بیمار، احتمالا بر دانش و عملکرد پزشـک نیز تاثیر گذار است، درخواست کمتر بیمار، انگیزه کمتر پزشک برای افزایش دانش خود را در پی خواهد داشت. شاید یکی از علل قابل قبول نبودن دانش پزشکان در مطالعه حاضر نیز همین باشد.

در مطالعه‌ای در سـال ۲۰۰۸ توسط محققان آلمانی انجام شد رسـیدن به اهداف پیشـگیری ودرمانی در دیس لپیدمی فرایندی بسـیار سـخت و چندین مرحله‌ای عنوان شد که هم پزشکان باید در درمان بیمارانشان سخت گیرانه تر عمل کنند و هم بیماران باید در روند درمانشـان همکاری بیشتری داشته باشـند و همچنیـن گایدلاین‌های دیس‌لیپیدمیا باید بیشـتر مناسب نیاز پزشکان مراقبت اولیه باشد.(۲۰)

بـا توجه به تمام این موارد عوامل موثر بر دانش پزشـکان بسـیار گسترده اسـت و افزایش دانش و بهبود عملکرد علمی پزشک نیاز به رویکرد همه جانبه چه در سیستم سلامت و چه در بطن جامعه دارد.

از نقاط قوت مطالعه ما پرداختن به دیس‌لیپیدمی به‌عنوان اختلال شـایع در کشورمان و یک عامل خطر مهم بیماری‌های قلبی و عروقی و همچنین سنجش میزان آگاهی پزشکان شاغل در سـطح اول ارائه خدمات بود. پرسشنامه‌ای طراحی شده در حیطه‌های مختلف پیشگیری و درمان با درجه سختی متفاوت بود تا هم به نقش و اهمیت تبعیت از گایدلاین کشوری تاکید شود و هم به ضرورت قرارگیری گایدلاین‌های مناسب و کارامد و به روز در اختیار پزشکان خانواده عمومی تاکید شود.

از نقاط ضعف این مطالعه انجام آن در محدوده شهر شیراز بوده اسـت. درصورت انجام این مطالعه در کل اسـتان و یا کل کشـور بهتر می‌توان درمورد عوامل موثر آن را مورد سـنجش دقیقتر قرار داد. همچنین عدم همکاری پزشکان یکی از موانع انجام این طرح بود زیرا متاسـفانه بعلت مشـغله زیاد بعضی از

4. NCEP ATP: National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

پزشکان در تکمیل پرسشنامه همکاری نکردند.

نتیجه‌گیری

براساس مطالعه ما دانش پزشکان عمومی خانواده در حیطه دیس‌لیپیدمـی چه در حیطه درمان و چه درمورد پیشـگیری کمتـر از حد انتظار بوده اسـت. همچنین اطلاع پزشـکان در زمینه وجود و همچنین مطالعه گایدلاین کشوری بسیار پایین بوده اسـت. از طرفی برای سـوالاتی که در گایدلاین کشوری به آنها اشـاره واضح شـده بود بیشتر از سـایر سوالات جواب صحیح ثبت شده بود. در دسترس بودن گایدلاین‌های کشوری مناسـب کامل و کارامد دیس‌لیپیدمی جهت پزشکان خانواده که اولین سـطح ارایـه خدمات تشـخیصی و درمانی را بعهده دارنـد و تبعیت آنها از ایـن گایدلاین‌ها با توجه به حجم بالای بیمارانی که این پزشـکان تحت پوشـش دارند می‌تواند نقش مهمی در پیشـگیری و درمان هایپرلیپیدمی در کشـور داشته باشـد. لازمه این مهم آن اسـت که از خود پزشـکان خانواده بخصوص متخصصان این رشـته به‌عنوان یکی از ذی نفعان در تدوین دستورالعمل کشوری استفاده شود تا با توجه به شرایط کاری و جمعیـت تحت پوشـش آنها دسـتورالعملی در خور و قابل اجرا مطابق با شـواهد روز دنیا طراحی شـود. از آنجا که نتایـج حاکی از عدم تاثیر بازآموزی بعـد از فراغت از تحصیل در افزایش سـطح آگاهی پزشکان بوده است پیشنهاد می‌شود برای انجام بازآموزی هدفمند در جهت بهبود آگاهی پزشـکان خانواده در آینده برنامه‌ریزی صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشـابه برای پایش دانش پزشکان با فواصل منظم و توسـط مسـئولان مربوطه انجام شـود تا نتایج آن در بهبود کیفیت و کمیت بازآموزی‌های به کار گرفته شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاستگذاری در نظام سلامت

بیماران مبتلا به دیس‌لیپیدمی نسـبت زیادی از مراجعین پزشـک خانواده را تشکیل می‌دهند. تا کنون اطلاعی از دانش پزشکان عمومی خانواده در زمینه این بیماری در بین پزشکان خانواده در ایران در دسترس نیست. در این مطالعه نشان داده شـد که میزان دانش پزشـکان عمومی خانواده در این زمینه کافی نیسـت و نه دسترسـی یا مطالعه گایدلاین کشوری و نه شرکت در بازآموزی‌ها یا دسترسی به اینترنت در محل طبابت، هیچیک در میزان دانش این پزشـکان موثر نبوده اسـت. لازم اسـت وزارت بهداشـت، درمان، آموزش پزشـکی در تدوین و توزیع گایدلاین کشـوری و برگـزاری بازآموزی‌ها تجدید نظر کند و با هدفمند سـازی آنان جهت پزشک خانواده ازهمکاری متخصصان پزشـک خانواده اسـتفاده نماید. همچنین معاونت بهداشتی عملکرد مبتنی بر سلامت جمعیت را مبنای پرداخت قسمتی از سرانه پزشکان قرار دهد.

تشکر و قدردانی

این طرح قسـمتی از مطالعه‌ای است که توسط مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با شماره گرنت: ۹۷۲۳۰۵ تامین مالی شـده اسـت. این مطالعه به تاییـد کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز رسیده است. کد اخلاق IR.SUMS. REC.1398.1006.

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند

References

1. Pirillo A, Casula M, Olmastroni E, Norata GD, Catapano AL. Global epidemiology of dyslipidaemias. Nature Reviews Cardiology. 2021;18(10):689-700.
2. Robert E.Rakel. Text book of family medicine. 9th ed. New York: Elsevier; 2016:504.
3. Said AH, Chia YC. Awareness, knowledge and practice of dyslipidaemia management among postgraduate primary care trainees in Malaysia: a cross-sectional study. BMJ open. 2017;7[3]:e013573.
4. Tabatabaei-Malazy O, Qorbani M, Samavat T, Sharifi F, Larijani B, Fakhrzadeh H. Prevalence of dyslipidemia in iran: a systematic review and meta-analysis study. Int J Prev Med. 2014;5(4):373-93.
5. British Heart Foundation. Global Heart & Circulatory Diseases Factsheet 2023. (accessed Sep 26, 2023) Available from: https://www.google.com/url? sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved= 0CDcQw7AJahcKEwjYu9To58KBAxUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.bhf.org.uk%2Fwhat-we-do%2Four-research%2Fheart-statistics
6. Emami Maybodi M, Beiki Bondar Abadi O, Andishmand A, Haji Esmaili M, Motafakker M. A Comparison of Hyperlipidemia Management by Physicians of Yazd and the National Cholesterol Education Program (NCEP)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

guidelines. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2004;6(4):301-7. (In Persian)
7. Verhave JC, Troyanov S, Mongeau F, Fradette L, Bouchard J, Awadalla P, et al. Prevalence, awareness, and management of CKD and cardiovascular risk factors in publicly funded health care. Clinical journal of the American Society of Nephrology. 2014;9(4):713-9.
8. Honaganahalli D. Dyslipidemia Screening and Management in Primary Care Practice: A Look Beyond the Numbers. Consultant. 2016;56(9):792-4.
9. Setia S, Fung SS-W, Waters DD. Doctors' knowledge, attitudes, and compliance with 2013 ACC/AHA guidelines for prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in Singapore. Vascular health and risk management. 2015;11:303-10.
10. Iran Ministry of Health and Medical Education. The collection of basic interventions of non-communicable diseases in Iran's primary health care system "Irapen" 2014. (accessed Sep 27, 2023) Available from: https://phc.umsu.ac.ir/uploads/fixpezeshk.pdf. (In Persian)
11. Alaqeel A, Alrashidi A. Gaps in knowledge and practice for familial hypercholesterolemia among physicians caring for children in Saudi Arabia. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022;26(8):2727-39.
12. Alshuniefi AS, Aljuhani NK, Allafi AH, Alruwayshid MS, Alaraik EF, Alreshidi F, et al. Metabolic syndrome awareness and attitudes among family medicine residents in Riyadh 2019–2020. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;10(7):2630-5.
13. Arnous MM, Alghamdi AM, Ghoraba MA. Assessment of family physicians' awareness and knowledge of familial hypercholesterolemia in governmental hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;8(6):1981.
14. Tracey J, Arroll B, Barham P, Richmond D. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. Bmj. 1997;315(7120):1426-8.
15. Alenezi SD, Almansouri OS, Kofi M. Knowledge, attitude and practice of family physician regarding global cardiovascular risk assessment in PSMMC primary health care centers in Riyadh. Saudi Arabia. International Journal of Advanced Community Medicine. 2021; 4(1): 11-18
16. Goldberg RJ, Rosen J, Roselli A, Lewis B. Survey of physician's attitudes and practices toward lipid-lowering management strategies. Cardiology. 2007;107(4):302-6.
17. Eaton CB, Galliher JM, McBride PE, Bonham AJ, Kappus JA, Hickner J. Family physician's knowledge, beliefs, and self-reported practice patterns regarding hyperlipidemia: a National Research Network (NRN) survey. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2006;19(1):46-53.
18. Alhajji S, Mojiminiyi S. Adherence to Current Lipid Guidelines by Physicians in Kuwait. Medical Principles and Practice. 2020;29(5):436-43.
19. Rodriguez CJ, Cai J, Swett K, González HM, Talavera GA, Wruck LM, et al. High cholesterol awareness, treatment, and control among Hispanic/Latinos: results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. Journal of the American Heart Association. 2015;4(7):e001867.
20. Steinhagen-Thiessen E, Bramlage P, Lösch C, Hauner H, Schunkert H, Vogt A, et al. Dyslipidemia in primary care–prevalence, recognition, treatment and control: data from the German Metabolic and Cardiovascular Risk Project (GEMCAS). Cardiovascular diabetology. 2008;7(1):1-11.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]

Evaluating family physicians' knowledge about dyslipidemia and its related factors in Shiraz in 2021

Hourvash Haghighinejad [1*], Seyed Esmaeil Managheb[2], Leila Liaghat [3], Parisa Jooya [4]

1- Community medicine specialist, Assistant Professor, Department of Family Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
2- Community medicine specialist, Assistant Professor, Department of Family Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3- Family medicine specialist, Assistant Professor, Department of Family Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
4- Pediatric specialist, Assistant Professor, Department of Family Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract

Introduction: Dyslipidemia is a major risk factors for cardiovascular disease. This research aimed to determine the knowledge of the doctors in this field in Shiraz and its related factors.

Methods: This analytical cross-sectional study was performed among urban general family physicians in 1400. Cluster random sampling was done from 8 centers out of 32 comprehensive health centers covered by 2 main health centers that cover the whole city of Shiraz (86 people from each main health center). A researcher-made questionnaire was used which included 12 questions about dyslipidemia. The questionnaire was delivered to the physicians in the workplace, and the completed questionnaire was taken one day later. Statistical analysis was done with SPSS-20 software. The effect of factors on the score of the questionnaire was investigated by linear regression analysis.

Results: 172 questionnaires were completed of which 98 (57%) were male and 69 (40%) were female and the average age of the participants was 44.7 ± 9.7 years. The average score was 64% of the total score in prevention and treatment. (3.2 ± 0.9 of 5 points and 4.5 ± 1.4 of 7 points, respectively). 50.6% of doctors were aware of national guideline, and only 32.6% had read that. None of the investigated factors significantly affected the total score, including participating in Continuing Medical Education and studying the guidelines.

Conclusion: General family physicians' knowledge about dyslipidemia was less than expected. Physicians' awareness and studying of the national guideline was unsatisfactory. It is required to design effective and targeted Continuing Medical Education and to prepare and effective use of clinical guidelines targeted to family physicians. In the future, similar studies should be conducted to monitor the knowledge of doctors at regular intervals to improve the quality and quantity of education after graduating.

Keywords: Family Physician, Knowledge, Dyslipidemia, Continuing Medical Education, Clinical Guideline

Please cite this article as follows:
Haghighinejad H, Managheb SE, Liaghat L, Jooya P. Evaluating family physicians' knowledge about dyslipidemia and its related factors in Shiraz in 2021. Hakim Health Sys Res. 2022; 25(2): 144-153

***Corresponding Author:** Department of Family medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Tel: +989177158731, Fax: +987136474967
Email: hhaghighi@sums.ac.ir" \h hhaghighi@sums.ac.ir

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-07]