

بررسی دانش پزشکان خانواده در مورد بیماری دیس لیپیدمی و عوامل مرتبط با آن در شیراز در سال ۱۴۰۰

حوروش حقیقی نژاد^۱، سیداسماعیل مناقب^۲، لیلا لیاقت^۳، پریسا جو یا^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 حقیقی نژاد، استادیار، گروه آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. ایمیل: hhaghghi@sums.ac.ir؛ تلفن: ۰۷۱-۹۸-۲۶۴۷۴۹۶۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: دیس لیپیدمی یک عامل خطر عمده بیماری‌های قلبی عروقی است. این پژوهش با هدف تعیین دانش پزشکان خانواده عمومی شهری در زمینه دیس لیپیدمی 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 محقق ساخته شامل ۱۲ سوال در زمینه دیس لیپیدمی 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 به وسیله تحلیل رگرسیون خطی بررسی شد.

یافته‌ها: ۱۷۲ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد. ۹۸ نفر (۵۷ درصد) از پزشکان مرد و ۶۹ نفر (۴۰ درصد) زن و میانگین سنی کل شرکت کنندگان 44.7 ± 9.7 سال بود. در هر کدام از حیطه‌های پیشگیری و درمان، متوسط امتیاز کسب شده ۶۴ درصد کل امتیاز بود (به ترتیب 0.9 ± 3.2 از ۵ امتیاز و 1.4 ± 4.5 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 دیس لیپیدمی 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. به منظور بهبود کیفیت و کمیت بازآموزی‌ها، در آینده مطالعات مشابه برای پایش دانش پزشکان با فواصل منظم انجام شود.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، آگاهی، دیس لیپیدمی، آموزش مداوم پزشکی، دستورالعمل بالینی

مقدمه

دیس لیپیدمی به اختلال افزایش کلسترول توتال، تری گلیسرید و لیپوپروتئین با چکالی کم^۱ (LDL-C) و کاهش

لیپوپروتئین با چگالی بالا^۲ (HDL-C) اطلاق می‌شود [۱]. این اختلال خصوصاً 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)

و عروق مغزی و افزایش ابتلا به فشارخون و دیس لیپیدی 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 لیپیدی و کاهش ریسک خطر قلبی عروقی در دسترس پزشکان قرار گرفته است [۸]. مطالعات مختلف سطح آگاهی و میزان تبعیت پزشکان مراقبت‌های اولیه از دستورالعمل‌های دیس لیپیدی را متفاوت نشان داده‌اند [۹،۳] در مطالعات انجام شده در آمریکا مشخص شد که آگاهی پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه در مورد مدیریت دیس لیپیدی در بیش از ۹۰ درصد موارد در سطح بالا بوده، اگرچه مطالعات دیگر نشان داده‌اند که تنها یک‌سوم پزشکان مراکز مراقبت‌های اولیه آمریکا از توصیه‌های راهنماهای بالینی در خصوص مدیریت دیس لیپیدی تبعیت می‌کنند [۳]. براساس مطالعه انجام شده در مالزی ۹۸ درصد پزشکان از راهنمای ملی مطلع بودن و ۹۵ درصد از آن در کارکرد بالینی استفاده می‌کردند [۳]. اما مطالعه‌ای در سنگاپور نشان داد که تنها ۳۵ درصد از پزشکان با راهنمای بالینی انجمن قلب و عروق آمریکا آشنایی داشتند و در مقابل آشنایی آنها با راهنمای کشوری حدود ۴۶ درصد 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، فشارخون و سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی و عوامل خطر آنها شامل دیس لیپیدی، دخانیات و الکل و کم‌تحرکی است. این دستورالعمل مجموعه‌ای نسبتاً قابل قبول برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر است که در چند استان سطح کشور به کار گرفته شد. در این گایدلاین در قسمت دیس لیپیدی، 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 مورد تخصصی پزشکی خانواده نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. گرچه کاستی‌هایی نیز در متن و همچنین در اجرای آن مشهود است. تا جایی که جستجوهای

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

شیوع دیس لیپیدی 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 گلیسیریدی، 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،۹ درصد 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 پذیرش‌های 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 دیس لیپیدی تحت درمان نیستند و در صورت درمان نیز تعداد اندکی به سطح لیپید مورد نظر رسیده‌اند. یک مطالعه در چین نشان داد که تنها ۲۳ درصد از بیماران دچار دیس لیپیدی تحت درمان قرار گرفته‌اند و فقط ۱۷ درصد به سطح خونی لیپید هدف رسیده‌اند. مطالعه مشابه در آمریکا نشان داد که ۲۹/۵ درصد از بیماران دچار دیس لیپیدی 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

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

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

از آنجا که بسیاری از بیماران دیس لیپیدی توسط پزشکان خانواده شناسایی و تحت درمان قرار می‌گیرند، ارزیابی دانش پزشکان خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مطالعه‌ای در عربستان نشان داده شده که اختلاف زیادی بین دانش پزشکان خانواده و پزشکان مراقبت اولیه با متخصصان اطفال درباره هیپرکلسترولمی فامیلیال وجود دارد [۱۱]. در مطالعه‌ای در ریاض نشان داده شد که فقط ۳۵ درصد رزیدنت‌های پزشک خانواده دارای سطح بالای اطلاعات در زمینه سندروم متابولیک بوده‌اند [۱۲]. مطالعه‌ای دیگر در این کشور سطح دانش، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده در زمینه هیپرلیپیدی فامیلی را نامناسب توصیف کرده است [۱۳].

برنامه پزشک خانواده در ایران از سال ۱۳۹۱ در دو استان کشور از جمله فارس در حال اجراست. در این برنامه پزشکان بعد از طی دوره ۷ ساله پزشکی عمومی می‌توانند به‌عنوان پزشک خانواده مشغول به کار شوند. اطلاعات در خصوص بررسی سطح دانش پزشکان خانواده محدود است و در خصوص بیماری دیس لیپیدی مطالعه‌ای یافت نشد. همچنین مطالعات مختلف در کشورهای دیگر سطح آگاهی و میزان تبعیت پزشکان از دستورالعمل‌های دیس لیپیدی را متفاوت نشان داده‌اند. از این رو این پژوهش با هدف تعیین آگاهی پزشکان 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 این مطالعه که یک مطالعه مقطعی تحلیلی است جامعه آماری پژوهش را پزشکان خانواده عمومی شهری شیراز تشکیل 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 پوشش هر یک از این مراکز بهداشت است. در مطالعه حاضر از هر مرکز بهداشت، ۴ مرکز جامع سلامت (خوشه) و در کل ۸ مرکز جامع سلامت به‌صورت تصادفی انتخاب شد. پزشکان خانواده تحت پوشش هر یک از این مراکز جامع

سلامت متناسب با تعداد پزشکان آن مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت محاسبه شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مورگان: $n = z^2 p(1-p)/d^2$ با احتساب $P = 0.7$ (بر اساس مطالعه قبلی (۱۴))، $d = 0.15$ و $P = 0.15$ و درصد پاسخگویی ۷۰ درصد برابر با ۱۱۰ نفر برآورد شد. با توجه به ماهیت نمونه‌گیری خوشه‌ای، حجم نمونه به‌دست آمده از فرمول در ۱/۵ ضرب 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 دموگرافیک و عوامل احتمالی مرتبط که به‌صورت یک فرم جمع‌آوری اطلاعات تهیه شده به همین روش تکمیل شد.

پرسشنامه

در این مطالعه از یک پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. دو نفر از اعضای هیئت علمی گروه تخصصی پزشکی خانواده با بررسی مطالعه دیگر در این زمینه [۳] پرسشنامه را طراحی کردند. کل پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال است که ۵ سوال در حیطه پیشگیری و ۷ سوال در حیطه درمان است. اندکس و نسبت روایی محتوایی برای بررسی روایی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. ۵ نفر اعضای هیئت علمی گروه پزشک خانواده و داخلی روایی محتوایی این پرسشنامه را بررسی کردند.

برای سنجش اندکس روایی متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» و «دارای ابهام بودن» هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کرده‌اند. متخصصان مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳ «مربوط است اما نیاز به اصلاحات جزئی دارد»، تا ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص کرده‌اند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ «ساده نیست»، ۲ «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳ «واضح است اما نیاز به اصلاحات جزئی دارد»، تا ۴ «کاملاً ساده است» و واضح بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳ «واضح است اما نیاز به اصلاحات جزئی دارد»، تا ۴ «کاملاً واضح است» مشخص شده است. دارای ابهام بودن نیز به ترتیب از ۱ «دارای ابهام است»،

رگرسیون شامل بررسی نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها، وجود رابطه خطی بین داده‌های مستقل و وابسته و مستقل بودن باقیمانده‌هاست.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۷۲ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد. از این تعداد، ۹۸ نفر (۵۷ درصد) از پزشکان مرد و ۶۹ نفر (۴۰ درصد) زن ثبت شده بود. میانگین سنی کل شرکت کنندگان 44.7 ± 9.7 سال بود. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان این مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. ۵۰٫۶ درصد پزشکان از وجود گایدلاین کشوری در زمینه

جدول ۲- سوالات پرسشنامه دانش دیس لیپیدی 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 بیمار با تری گلیسرید 400 mg/dl ، بهترین رژیم تغذیه‌ای کاهش مصرف کربوهیدرات است.	۹۲ (۴۵٫۱)	۷۶ (۴۴٫۲)	
۳- خانم ۵۸ ساله با سابقه نارسایی قلبی درجه ۲ و خطر حوادث قلبی عروقی بر اساس نرم افزار فرامینگهام $4/5$ درصد و تری گلیسرید 350 mg/dl و $LDL = 110 \text{ mg/dl}$ نیاز به مصرف استاتین ندارد.	۲۶ (۱۵٫۰)	۱۴۵ (۸۴٫۳)	
آقای ۵۰ ساله با تری گلیسرید 210 mg/dl دچار هیپرتری گلیسریدمی است.	۱۲۳ (۷۱٫۴)	۴۷ (۲۷٫۳)	
۵- در بیماری که استاتین مصرف می‌کند و همزمان دچار هیپرتری گلیسریدمی شدید است، داروی انتخابی کاهنده تری گلیسرید خون جم فیروزیل است.	۱۰۲ (۵۹٫۳)	۷۰ (۴۰٫۷)	
۶- خانم ۴۴ ساله مبتلا به دیابت نوع ۲ با $LDL \text{ mg/dl} = 100$ باید استاتین دریافت کند.	۱۴۴ (۸۳٫۷)	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)	
۸- سطح LDL هدف در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی، کمتر از 70 mg/dl است.	۱۳۸ (۸۰٫۲)	۳۳ (۱۹٫۲)	
۹- خانم ۵۰ ساله با $LDL \text{ mg/dl} = 210$ باید داروی استاتین دریافت کند.	۱۶۱ (۹۳٫۶)	۱۰ (۵٫۸)	
۱۰- خانم ۴۰ ساله با خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی ۲۱ درصد بر اساس نرم افزار فرامینگهام، باید داروی استاتین دریافت کند.	۱۳۷ (۷۹٫۷)	۳۱ (۱۸٫۱)	
۱۱- سطح LDL هدف در بیماران دیابتی کمتر از 70 mg/dl است.	۱۳۷ (۷۹٫۷)	۳۳ (۱۹٫۲)	
۱۲- سطح LDL هدف در بیماران دیابتی مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی کمتر از 100 mg/dl است.	۵۸ (۳۳٫۷)	۱۱۲ (۶۵٫۱)	

۲ «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳ «دارای ابهام نیست اما نیازمند تجدید نظر جزئی» تا ۴ «واضح» مشخص شده است. بعد از ۴ مرحله تصحیح، نسبت روایی محتوا ۹۵ درصد و اندکس روایی محتوا برای تمام سوالات برابر یا بیش از ۸۰ درصد بود که نشان دهنده قابل قبول بودن روایی محتوایی پرسشنامه است. سپس در یک مطالعه پایلوت پایایی پرسشنامه در ۳۰ نفر از پزشکان سنجیده شد. پایایی پرسشنامه با الفای کرنباخ سنجیده شد که برابر ۰٫۷ بوده است. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد و آنالیز شدند. برای تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات به دست آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی تاثیر عوامل مختلف بر نمره پرسشنامه از تحلیل رگرسیون خطی با در نظر گرفتن شرایط به کارگیری، استفاده شد. شرایط استفاده از تحلیل

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)
	خصوصی	۹۱ (۵۲٫۹)
نوع استخدام	دولتی	۶۰ (۳۴٫۹)
	هر دو	۸ (۴٫۷)
آموزش دیس لیپیدی 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)

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

در حیطه پیشگیری (سوالات: ۱ و ۳ و ۶ و ۸ و ۱۰) از کل ۵ امتیاز، متوسط امتیاز کسب شده $3,2 \pm 0,9$ بوده است که برابر ۶۴ درصد نمره در این حیطه است.

در مورد سوالات در حیطه درمان از ۷ سوال (بقیه سوالات) متوسط امتیاز کسب شده $4,5 \pm 1,4$ از ۷ امتیاز بوده است که در این حیطه هم نمره متوسط برابر ۶۴ درصد نمره کل حیطه بوده است.

در پرسشنامه ما به سوال شماره ۱ که مربوط به غربالگری بود ۵۷ درصد پزشکان پاسخ صحیح داده بودند (جدول ۲). تقریباً ۸۰ درصد پزشکان به سوالات حیطه درمان (شماره ۱۰، ۸، ۶) که در گایدلاین کشوری واضحاً به این مطالب اشاره شده بود پاسخ صحیح داده بودند. اما در یک مورد از سوالات حیطه پیشگیری (شماره ۳) که در گایدلاین کشوری به طور واضح اشاره نشده بود ۸۴,۳ درصد پزشکان پاسخ نادرست داد. (جدول ۲).

در مورد سوالات حیطه درمان (سوال شماره ۱۱، ۹، ۴) که گایدلاین کشوری واضحاً به آنها پرداخته بوده نمره پزشکان قابل قبول بود. اما سوالات ۱۲، ۷، ۲ که گایدلاین کشوری به صورت مبهم و پراکنده به آن پرداخته بود نمره پزشکان قابل

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

متغیر	ضریب B	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 دیس لیپیدمی 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	۰,۲۲۴

قبول نبود. (جدول ۲)

اثر عوامل مختلف بر نمره کل پرسشنامه شامل سن، جنس، بازآموزی دیس لیپیدمی پس از فارغ التحصیلی، دسترسی به اینترنت در محل کار، آگاهی از وجود گایدلاین کشوری دیس لیپیدمی، مطالعه گایدلاین، مدت زمان پس از فارغ التحصیلی، مدت سوابق فعالیت به عنوان پزشک خانواده و میانگین تعداد بیماران و تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد بررسی قرار گرفت که هیچ کدام ارتباط معناداری با نمره کل پرسشنامه نشان ندادند. (جدول ۳)

بحث

دیس لیپیدمی یکی از اختلالات شایع در بیماران مراجعه کننده به پزشکان سطح اول سیستم سلامت است و نقش این پزشکان در تشخیص به موقع بیماران و درمان و مراقبت این بیماران حائز اهمیت است. در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان دانش پزشکان خانواده در حیطه پیشگیری و درمان دیس لیپیدمی و به کارگیری گایدلاین های دیس لیپیدمی توسط پزشکان خانواده عمومی را مورد ارزیابی قرار دهیم.

در این مطالعه ۱۷۰ نفر از پزشکان خانواده عمومی شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که متوسط نمرات کسب شده در مورد دانش پزشکان در حیطه درمان و پیشگیری ۶۴ درصد کل نمره بوده که کمتر از حد انتظار بود. عواملی مثل سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، دانشگاه محل تحصیل، همکاری با طرح پزشک خانواده، فعالیت در بخش خصوصی و دولتی، دسترسی به اینترنت، دسترسی به گایدلاین ها، آموزش در زمینه دیس لیپیدمی بعد از فراغت از تحصیل که در پرسشنامه از پزشکان سوال شده بود، هیچ کدام تاثیر معناداری در نمره کل پرسشنامه نداشت. در کل اغلب پزشکان به سوالات پرسشنامه که در گایدلاین کشوری ایران واضحاً به آن مطالب اشاره شده بود پاسخ صحیح داده بودند، اما در سوالاتی که در گایدلاین کشوری به طور واضح به آن اشاره نشده بود، میزان پاسخ دهی صحیح پایین بوده است.

طبق بررسی ای که در سال ۲۰۱۶ در آمریکا انجام شد، یک سوم بیمارانی که توسط پزشکان مراقبت اولیه ویزیت می شوند مبتلا به دیس لیپیدمی هستند که اغلب توسط این پزشکان تحت تشخیص و درمان قرار می گیرند. بنابراین

بودند. در مطالعه‌ای در مالزی به ۷۵۹ نفر از پزشکان فارغ التحصیل مراقبت اولیه ایمیل زده شد که ۴۶۶ نفر پاسخ دادند که ۹۸ درصد پزشکان از راهنمای ملی لیپید مطلع بودند و ۹۵ درصد از آنها عنوان کردند در کارکرد بالینی از گایدلاین‌های کشوری استفاده می‌کنند [۳]. مطالعه سنگاپور نشان داد که تنها ۳۵ درصد از پزشکان با راهنمای بالینی انجمن قلب و عروق آمریکا آشنایی داشتند و در مقابل آشنایی آنها با راهنمای کشوری حدود ۴۶ درصد بود [۹]. در کشور ما اطلاع پزشکان از گایدلاین کشوری تقریباً برابر با کشور سنگاپور بود و تقریباً نیمی از پزشکان از وجود گایدلاین کاملاً بی‌اطلاع بودند. این میزان بسیار با کشور مالزی متفاوت بود که احتمالاً 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 ۶۰ درصد بوده است. از طرفی دیگر ایجاد 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 سال ۲۰۱۹ 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 دیس‌لیپیدی استفاده می‌کنند که شاید به خاطر بار کمتر بیمارانشان و محدودیت کمتر زمانی باشد. در این مطالعه حدود ۹۵ درصد پزشکان خانواده اذعان کرده بودند که در ۵۰ درصد موارد یا بیشتر از گایدلاین استفاده می‌کنند اما بیش از ۹۵ درصد آنان به نیمی یا کمتر از نیمی از سوالات پاسخ مطابق گایدلاین داده بودند [۱۸] در مطالعه حاضر علی

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 دیس‌لیپیدی تاکید شده است [۸].

در مطالعه حاضر نشان داده شد دانش پزشکان در زمینه پیشگیری و درمان اختلال دیس‌لیپیدی ۶۴ درصد 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 کلسترومی 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 در مورد دانش پزشکان خانواده در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی نشان داده شد که کمتر از ۵۰ درصد پزشکان به نیمی از سوالات پاسخ صحیح داده‌اند و نیمی از سوالات پاسخ‌های صحیح بیش از ۸۰ درصد بوده که تقریباً 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 در مورد مدیریت دیس‌لیپیدی در بیش از ۹۰ درصد 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 راهنمای بالینی در خصوص مدیریت دیس‌لیپیدی 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 به صورت گسترده در اختیار پزشکان قرار می‌گیرد، احتمالاً نتایج بهتری در افزایش دانش پزشکان به همراه خواهد داشت. در کشور ما گایدلاین دیس‌لیپیدی 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 ۵۰٫۶ درصد از پزشکان از وجود گایدلاین کشوری مطلع بودند و فقط ۳۲٫۶ درصد آن را مطالعه کرده

رغم مطالعه کمتر از گایدلاین کشوری، متوسط نمره کسب شده در کل ۶۴ درصد بود که نسبت به نتایج به دست آمده در پزشکان خانواده مطالعه مذکور بهتر بوده است. علت این امر آن است که در کشور ما گایدلاین کشوری کمتر در بین پزشکان شناخته شده است و بیشترین 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 مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۳ در ایران در بین بیماران مبتلا به دیس‌لیپیدمی صورت گرفت حاکی از آن است که درمان ۵۸٫۹ درصد بیماران که با کلسترول و تری‌گلیسیرید بالای ۲۰۰ برای اولین بار جهت درمان به پزشک مراجعه می‌کردند، مطابق با روش‌های مد نظر (برنامه آموزش کلسترول-پنل درمانی بزرگسالان) بوده است و در کمتر از نیمی از موارد درمان‌های پیرلیپیدمی با اهداف و پروتکل‌های (برنامه آموزش کلسترول-پنل درمانی بزرگسالان ۱) مطابقت نداشت. در این مطالعه پیشنهاد شد برنامه‌های بازآموزی درمان‌های پیرلیپیدمی متناسب با آخرین دستورالعمل‌های موجود برگزار شود. (۶) در مطالعه ما نشان داده شد استفاده از دستورالعمل کشوری و یا بازآموزی نقشی در میزان دانش پزشکان نداشته است. علت این امر همانطور که بیان شد آن است که بیشتر پزشکان اطلاعات خود را از منابع دیگر غیر از دستورالعمل کشوری و یا بازآموزی‌ها به دست می‌آورند. این می‌تواند از یکسو نشان دهنده عملکرد نامناسب در زمینه تدوین و انتشار دستورالعمل باشند چرا که بیش از ۷۰ درصد پزشکان اصلاً این منبع را مطالعه نکرده بودند و از سوی دیگر به نظر می‌رسد برگزاری بازآموزی‌ها نیز نیاز به تجدید نظر داشته و افزایش کیفیت و کمیت آن برای به روزرسانی اطلاعات پزشکان مورد نیاز است. لازم است در این خصوص اقدامات موثر و جدی صورت گیرد تا برنامه‌های بازآموزی بعد از فراغت از تحصیل اثربخشی بیشتری داشته باشد. همچنین برگزاری بازآموزی‌های هدفمند که برای پزشکان خانواده طراحی شده باشد و تا حد امکان توسط متخصصان این رشته انجام شود و

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

بر اهداف پزشک خانواده متمرکز باشد می‌تواند موثرتر باشد. یکی دیگر از علل موثر در دانش پزشکان احتمالاً دیدگاه جمعیت تحت پوشش در قبال درمان یا پیشگیری از یک بیماری است. مطالعه‌ای در آمریکا در بین جمعیت لاتین زبان نشان داد که فقط ۲۹/۵ درصد از بیماران مبتلا دیس‌لیپیدمی تحت درمان قرار گرفته‌اند. (۱۹) این مطالعه علت را کمبود آگاهی بیماران در باره اهمیت درمان این اختلال ذکر کرده است. از آنجا که درمان یک مقوله دو سویه است و درخواست و نیاز بیمار، احتمالاً بر دانش و عملکرد پزشک 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 سال ۲۰۰۸ توسط محققان آلمانی انجام شد رسیدن به اهداف پیشگیری و درمانی در دیس‌لیپیدمی فرایندی بسیار سخت و چندین مرحله‌ای عنوان شد که هم پزشکان باید در درمان بیمارانشان سخت‌گیرانه تر عمل کنند و هم بیماران باید در روند درمانشان همکاری بیشتری داشته باشند و همچنین گایدلاین‌های دیس‌لیپیدمی باید بیشتر مناسب نیاز پزشکان مراقبت اولیه باشد. (۲۰)

با توجه به تمام این موارد عوامل موثر بر دانش پزشکان بسیار گسترده است 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 به عنوان اختلال شایع در کشورمان و یک عامل خطر مهم بیماری‌های قلبی و عروقی و همچنین سنجش میزان آگاهی پزشکان شاغل در سطح 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 کارآمد و به روز در اختیار پزشکان خانواده عمومی تاکید شود.

از نقاط ضعف این مطالعه انجام آن در محدوده شهر شیراز بوده است. در صورت انجام این مطالعه در کل استان و یا کل کشور بهتر می‌توان در مورد عوامل موثر آن را مورد سنجش دقیقتر قرار داد. همچنین عدم همکاری پزشکان یکی از موانع انجام این طرح بود زیرا متأسفانه بعلت مشغله زیاد بعضی از

هیچیک در میزان دانش این پزشکان موثر نبوده است. لازم است وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی در تدوین و توزیع گایدلاین کشوری و برگزاری بازآموزی‌ها تجدید نظر کند و با هدفمند سازی آنان جهت پزشک خانواده از همکاری متخصصان پزشک خانواده استفاده نماید. همچنین معاونت بهداشتی عملکرد مبتنی بر سلامت جمعیت را مبنای پرداخت قسمتی از سرانه پزشکان قرار دهد.

تشکر و قدردانی

این طرح قسمتی از مطالعه‌ای است که توسط مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با شماره گرت: ۹۷۲۳۰۵ تامین مالی شده است. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز رسیده است. کد اخلاق IR.SUMS.REC.1398.1006.

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی 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&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQw7AJahcKEwjYu9To58KBaxUAAA AAHQAAAAQAw&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)

پزشکان در تکمیل پرسشنامه همکاری نکردند.

نتیجه گیری

براساس مطالعه ما دانش پزشکان عمومی خانواده در حیطه دیس لیپیدمی چه در حیطه درمان و چه در مورد پیشگیری کمتر از حد انتظار بوده است. همچنین اطلاع پزشکان در زمینه وجود و همچنین مطالعه گایدلاین کشوری پایین بوده است. از طرفی برای سوالاتی که در گایدلاین کشوری به آنها اشاره واضح شده بود بیشتر از سایر سوالات جواب صحیح ثبت شده بود. در دسترس بودن گایدلاین‌های کشوری مناسب کامل و کارآمد دیس لیپیدمی جهت پزشکان خانواده که اولین سطح ارایه خدمات تشخیصی و درمانی را بعهدہ دارند و تبعیت آنها از این گایدلاین‌ها با توجه به حجم بالای بیمارانی که این پزشکان تحت پوشش دارند می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان هایپرلیپیدمی در کشور داشته باشد. لازمه این مهم آن است که از خود پزشکان خانواده بخصوص متخصصان این رشته به‌عنوان یکی از ذی نفعان در تدوین دستورالعمل کشوری استفاده شود تا با توجه به شرایط کاری و جمعیت تحت پوشش آنها دستورالعملی در خور و قابل اجرا مطابق با شواهد روز دنیا طراحی شود. از آنجا که نتایج حاکی از عدم تاثیر بازآموزی بعد از فراغت از تحصیل در افزایش سطح آگاهی پزشکان بوده است پیشنهاد می‌شود برای انجام بازآموزی هدفمند در جهت بهبود آگاهی پزشکان خانواده در آینده برنامه‌ریزی صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه برای پایش دانش پزشکان با فواصل منظم و توسط مسئولان مربوطه انجام شود 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 دیس لیپیدمی نسبت زیادی از مراجعین پزشک 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 شد که میزان دانش پزشکان عمومی خانواده در این زمینه کافی نیست و نه دسترسی یا مطالعه گایدلاین کشوری و نه شرکت در بازآموزی‌ها یا دسترسی به اینترنت در محل طبابت،

- 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, Löscher 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.

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

Hourvash Haghighejad ^{1*}, Seyed Esmail Managheb², 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:

Haghighejad 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: hhaghghi@sums.ac.ir* \h hhaghghi@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.