

## بررسی نگرش و عملکرد پزشکان خانواده درباره پیشگیری و درمان بیماری های قلبی-عروقی

علی سهراب نژاد<sup>۱</sup>، یوسف ویسانی<sup>۲</sup>، علی دل پیشه<sup>۳\*</sup>، عبدالرحیم افخم زاده<sup>۴</sup>، شهاب رضاییان<sup>۵</sup>

۱) گروه بهداشت عمومی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

۲) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

۳) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

۴) گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۵) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** بیماری های قلبی-عروقی (CVD) Cardiovascular disease مهم ترین دلیل مرگ و میر در میان زنان و مردان ایرانی است. شناخت دیدگاه و عملکرد پزشکان در قبال CVD می تواند در هماهنگ سازی عملکرد آنان و در نتیجه پیشگیری و درمان این بیماری بسیار موثر باشد لذا هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه و عملکرد پزشکان خانواده در ارتباط با پیشگیری و درمان بیماری های قلبی-عروقی است.

**مواد و روش ها:** نوع مطالعه توصیفی تحلیلی و جامعه پژوهش شامل ۶۷ پزشک خانواده، شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۱ بود. داده ها با استفاده از یک پرسش نامه معتبر در یک دوره سه ماهه و توسط پزشکان تکمیل گردید.

**یافته های پژوهش:** از ۶۷ پزشک خانواده ۵۵ نفر پرسش نامه را تکمیل کردند. (میزان پاسخ دهی ۸۳ درصد) بیش از دو سوم پزشکان مقادیر خونی LDL را برای ارزیابی اولیه لازم می دانستند. برای بیمارانی که سطح کلسترول رضایت بخش داشتند، ۲۶ نفر (۳۷/۳ درصد) از پزشکان تکرار آزمایش را سالانه، ۲ نفر (۳/۶ درصد) دو سال یک بار و ۲۷ نفر (۴۹/۱ درصد) به صورت ۳-۵ سال توصیه می کردند. برای افراد با کلسترول طبیعی ۵/۱ درصد تکرار آزمایش به صورت سالانه، ۴۸/۵ درصد دو سال یک بار و ۴۵/۵ درصد، ۳-۵ سال توصیه می کنند. پزشکان شاغل در شهر نسبت به پزشکان شاغل در روستا ارتباط منظم با بیماران را عاملی تاثیرگذارتر در کاربرد اقدامات پیشگیرانه توسط پزشکان دانسته اند. ( $P < 0.008$ )، (OR: ۳/۵۹، CI۹۵٪: ۱/۵۷-۱۰/۹۹)

**بحث و نتیجه گیری:** با وجود اشتراک دیدگاه پزشکان خانواده درباره عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی، دیدگاه های متفاوتی در مورد کارایی درمان هر یک از این وجود عوامل دارند. عملکرد پزشکان درباره اهداف درمانی پرفشاری خون LDL و TG متفاوت است. این تفاوت عملکرد می تواند بر استراتژی مبارزه و کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی موثر باشد.

**واژه های کلیدی:** بیماری های قلبی-عروقی، پزشکان خانواده، پیشگیری

\* نویسنده مسئول: گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

## مقدمه

سالانه ۱۶/۷ میلیون مرگ در اثر بیماری های قلبی-عروقی (CVD) cardiovascular disease سرتاسر جهان رخ می دهد، (۱). بیش از ۸۰ درصد این مرگ ها مربوط به کشورهای فقیر و با درآمد متوسط است که ۳۴ درصد از کل مرگ و میر در این کشورهاست. پیش بینی شده است اگر وضع به همین منوال پیش برود تا سال ۲۰۱۵ سالانه حدود ۴۱ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماری ها از دست می دهند که از این تعداد ۵۰ درصد مرگ ها در کشورهای فقیر و با درآمد متوسط و ۲۸ درصد مرگ ها در کشورهای غنی و افراد ۷۰ ساله و کمتر خواهد بود، (۲). در چند دهه اخیر شاهد کاهش میزان مرگ و میر تطبیق شده سنی در کشورهای توسعه یافته بوده ایم این در حالی است در کشورهای در حال توسعه این روند رو به افزایش است، (۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) world health organization هم اکنون شیوع CVD در کشورهای آمریکا، ژاپن، استرالیا و کشورهای اروپای غربی کمترین مقدار را در سطح جهان را دارند و در کشورهای چین، هند، پاکستان و خاورمیانه از جمله ایران در حال افزایش است. (۴)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، ۲۶ عامل خطر برای CVD برحسب اهمیت معرفی کرد که مهم ترین آن ها فشارخون بالا، افزایش شاخص توده بدنی، استفاده از الکل و سیگار بوده است، (۵). ارتباط بین عوامل خطر با CVD مانند فشارخون بالا، شاخص توده بدنی به اثبات رسیده است به طوری که سالانه ۷/۶ میلیون مرگ ناگهانی در اثر فشارخون بالا رخ می دهد. روی هم رفته ۵۴ درصد سکنه های مغزی و ۴۷ درصد سکنه های قلبی ناشی از فشارخون بالا هستند، (۶،۷). در مطالعات کارآزمایی بالینی نیز نقش اضافه وزن و چاقی در بروز CVD نشان داده شده است. تغییرات سبک زندگی نظیر افزایش فعالیت بدنی، کاهش مصرف چربی ها و قندهای مضر، کاهش قطع مصرف دخانیات و کم کردن استرس های روزانه به عنوان مهم ترین راه حل برای کاهش بار CVD در سراسر دنیا به کار گرفته می شوند. (۸-۱۰)

فراگیر شدن نظام پزشک خانواده در سیستم بهداشتی و درمانی ایران از سال ۱۳۸۴ لزوم استفاده از ظرفیت های ایجاد شده ضروری می نماید. پزشکان در سطح نخست پیشگیری و درمان CVD، نقش بسیار مهمی در راهبرد جهانی کاهش بار CVD دارند. شناخت دیدگاه و

عملکرد پزشکان در قبال CVD می تواند در هماهنگ سازی عملکرد آنان و در نتیجه پیشگیری و درمان این بیماری بسیار موثر باشد لذا هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه و عملکرد پزشکان خانواده در ارتباط با پیشگیری و درمان بیماری های قلبی-عروقی است.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می باشد که در بین ۶۷ نفر از پزشکان خانواده شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۱ انجام شد. روش نمونه گیری به صورت سرشماری و کلیه پزشکان خانواده شاغل در ایلام و ده شهرستان تابعه وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه شاغل بودن به عنوان پزشک خانواده در یکی از مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام بود و معیار خروج از مطالعه عدم همکاری در تکمیل پرسش نامه و یا عدم حضور در محل کار در فاصله اجرای طرح بود. جمع آوری اطلاعات توسط پرسش نامه و چک لیستی که صرفاً برای این مطالعه تنظیم شده بود صورت گرفت. روایی پرسش نامه و چک لیست توسط یک کمیته شامل پزشک، اپیدمیولوژیست و کارشناس بهداشت مورد تایید قرار گرفت و جهت پایایی پرسش نامه از آزمون آلفا کرونباخ استفاده گردید. (نمره ۷۹۰ درصد) داده ها با استفاده از پرسش نامه ای شامل ۵۷ سوال که به منظور بررسی و ارزشیابی دیدگاه و عملکرد پزشکان درباره پیشگیری و درمان CVD طراحی شده بود جمع آوری گردید. به منظور بررسی دیدگاه پزشکان ۲۴ سوال و چک لیست مربوط به عملکرد پزشکان ۳۳ سوال در نظر گرفته شده بود. پرسش نامه شامل سوالات دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه کار (پزشک خانواده)، محل کار (شهر یا روستا) (۴ سوال)، اهمیت و اثربخشی درمان و مدیریت عوامل خطر فردی (۱۴ سوال)، عوامل آموزشی اثرگذار در اقدامات پیشگیرانه، عوامل خطر (۱۷ سوال)، عملکرد مطابق دستورالعمل وزارت (۲۳ سوال) بود. پرسش نامه در یک دوره سه ماهه و توسط پزشکان و با کمک کاردان های بهداشتی مراکز تکمیل و جمع آوری شد. توزیع فراوانی داده ها با استفاده از آمار توصیفی، اهمیت و کارایی درمان عوامل خطر ساز بین دو جنس، بین محل کار (شهر و روستا) توسط آزمون کای دو با SPSS vol.16 تجزیه و تحلیل گردید. هم چنین میانگین نمره نگرش و عملکرد در پزشکان توسط آزمون تی مستقل محاسبه شد. در کلیه موارد P مساوی یا کمتر از (P<0.05) معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته های پژوهش

نشان می دهد. از نظر پزشکان کنترل و کاهش فشارخون ۴۴ (۸۰ درصد) و کاهش کلسترول خون ۳۷ (۶۷/۳ درصد) بیشترین کارایی را در درمان بیماری های قلبی-عروقی دارند. هم چنین پزشکان خانواده شاغل در روستا به کارایی بهبود عادات تغذیه و بهبود سبک زندگی اعتقاد بیشتری داشته اند. ( $P < 0.01$ ) (OR: ۱/۵۸ CI۹۵٪: ۱/۰۵-۲/۳۶) و ارتباطی بین جنسیت و کارایی درمان عوامل خطر مشاهده نشد.

از ۶۷ پزشک خانواده شاغل در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام ۵۵ نفر پرسش نامه را تکمیل کردند (میزان پاسخ ۸۳ درصد). میانگین سنی و سابقه کار پزشکان شرکت کننده به ترتیب  $32/89 \pm 7/55$  و  $5/13 \pm 4/55$  سال، ۴۳/۶ درصد آن ها مرد و ۶۷/۳ درصد از آن ها در روستا شاغل بودند. جدول شماره ۱ ارزیابی پزشکان را از کارایی درمان عوامل خطر CVD

جدول شماره ۱. ارزیابی پزشکان از کارایی درمان هر یک از عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی

عامل خطر، تعداد(درصد)	خیلی موثر	موثر	غیر موثر	نمی دانم	جمع
کنترل و کاهش فشار خون	۴۴(۸۰/۰)	۱۱(۲۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
کنترل و کاهش کلسترول خون	۳۷(۶۷/۳)	۱۸(۳۲/۷)	۰۰(۰۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
کاهش وزن	۲۸(۵۰/۹)	۲۶(۴۷/۳)	۱(۱/۸)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
قطع یا کاهش سیگار کشیدن	۲۷(۴۹/۱)	۲۶(۴۷/۳)	۲(۳/۶)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
افزایش فعالیت فیزیکی	۲۶(۴۷/۳)	۲۶(۴۷/۳)	۲(۳/۶)	۱(۱/۸)	۵۵(۱۰۰)
کاهش استرس	۱۱(۲۰/۰)	۳۹(۷۰/۹)	۵(۹/۱)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
بهبود عادات غذایی	۲۸(۵۰/۹)	۲۶(۴۷/۳)	۱(۱/۸)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)

بخش دارند ۲۶(۴۷/۳ درصد) پزشکان تکرار آزمایش را سالانه، ۲ (۳/۶ درصد) دو سال یک بار و ۲۷ (۴۹/۱ درصد) به صورت ۳-۵ سال توصیه می کردند. (جدول شماره ۲)

بیشتر پزشکان ۴۲(۷۶/۴ درصد) آزمایش LDL را بخش اصلی ارزیابی اولیه عوامل خطر در بزرگسالان می دانند در حالی که ۱۱(۲۰/۰ درصد) آزمایش TG را برای ارزیابی اولیه لازم می دانند. در کسانی که کلسترول رضایت

جدول شماره ۲. میزان اهمیت آزمایش های چربی خون تجویزی توسط پزشکان به منظور شناسایی موارد پرخطر

بیماری های قلبی-عروقی

نوع آزمایش	خیلی موثر	موثر	غیر موثر	نمی دانم	جمع
Total Col	۱۸(۳۲/۷)	۳۵(۶۳/۶)	۱(۱/۸)	۱(۱/۸)	۵۵(۱۰۰)
HDL	۳۰(۵۴/۵)	۲۵(۴۵/۵)	۰۰(۰۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
LDL	۴۲(۷۶/۴)	۱۰(۱۸/۲)	۳(۵/۵)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)
TG	۱۱(۲۰/۰)	۳۹(۷۰/۹)	۵(۹/۱)	۰۰(۰۰/۰)	۵۵(۱۰۰)

عوامل خطر را نشان می دهد. میزان توافق نظر در ارتباط با درمان پرفشاری خون نسبت به درمان افزایش چربی خون در بین پزشکان خانواده بیشتر بود. (جدول شماره ۴)

جدول شماره ۳ عملکرد پزشکان را درباره آستانه مداخله در سطوح مختلف کلسترول به منظور دارو درمانی یا رژیم درمانی در افراد بالای ۳۰ سال بدون توجه به سایر

**جدول شماره ۳.** میزان LDL هدف درمان در سطوح مختلف خطر بیماری های قلبی-عروقی توسط پزشکان

سطح خطر بیماری (درصد) تعداد		سطح LDL کلسترول mg/dL
بیماران با دو عامل خطر + دیابت	بیماران با دو عامل خطر	
۱۰(۱۸/۲)	۴(۷/۳)	کمتر از ۷۰
۲۲(۴۰/۰)	۱۸(۳۲/۷)	۷۰-۹۹
۱۰(۱۸/۲)	۱۲(۲۱/۸)	۱۰۰-۱۲۹
۴(۷/۳)	۹(۱۶/۴)	۱۳۰-۱۵۹
۴(۷/۳)	۵(۹/۱)	۱۶۰-۱۸۹
۱(۱/۸)	۳(۵/۵)	بالاتر از ۹۰
۴(۷/۳)	۴(۷/۳)	نمی دانم
۵۵(۱۰۰)	۵۵(۱۰۰)	جمع

**جدول شماره ۴.** میزان TG و LDL برای شروع دارو درمانی و رژیم درمانی توسط پزشکان بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی

دارو درمانی	رژیم درمانی	آزمایشات چربی خون
۱(۱/۸)	۴(۷/۳)	کمتر ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر
۱۰(۱۸/۲)	۲۴(۴۳/۶)	بین ۲۰۰ تا ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر
۳۰(۵۴/۵)	۱۳(۲۳/۶)	بیشتر از ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر
۱۴(۲۵/۵)	۱۴(۲۵/۵)	معیار مناسبی برای ارزیابی نمی دانم.
۰۰(۰۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	نمی دانم
۵۵(۱۰۰)	۵۵(۱۰۰)	جمع
۱(۱/۸)	۴(۷/۳)	کمتر ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر
۶(۱۰/۹)	۱۲(۲۱/۸)	بین ۱۳۰ تا ۱۵۹ میلی گرم در دسی لیتر
۲۱(۳۸/۲)	۱۷(۳۰/۹)	بین ۱۶۰ تا ۱۸۹ میلی گرم در دسی لیتر
۲۱(۳۸/۲)	۱۶(۲۹/۱)	بالاتر از ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر
۶(۱۰/۹)	۶(۱۰/۹)	معیار مناسبی برای ارزیابی نمی دانم
۰۰(۰۰/۰)	۰۰(۰۰/۰)	نمی دانم
۵۵(۱۰۰)	۵۵(۱۰۰)	جمع

مناسب به میزان ۲۸ (۵۰/۹ درصد) بود. (جدول شماره ۵) مهم ترین منابع اطلاعاتی پزشکان در ارتباط با عوامل خطر

بیماری های قلبی-عروقی دوره های ضمن خدمت ۳۶ (۵۵/۵ درصد) و دستورالعمل های کاری به میزان

از نظر عوامل تاثیرگذار در اقدامات پیشگیرانه بیشترین عوامل تاثیرگذار در مدیریت عوامل خطر از نظر پزشکان ارتباط منظم با بیماران ۳۲ (۵۸/۲ درصد)، پیروی بیماران از دستورات پزشک ۳۲ (۶۵/۵ درصد) و سیستم ارجاع

نسبت به روستا ارتباط منظم با بیماران را عاملی تاثیرگذارتر (۲۴/۶ درصد) در بین موارد بود. پزشکان شاغل در شهر دانسته اند. ( $P < 0.008$ ,  $OR = 1.57$ ,  $95\% CI = 1.09 - 2.35$ ).

**جدول شماره ۵.** مهم ترین عوامل تاثیرگذار در اقدامات پیشگیرانه از بیماری های قلبی-عروقی توسط پزشک

عوامل تاثیرگذار در پیشگیری از عوامل خطر	تعداد (درصد)
ارتباط منظم با بیماران	۳۲ (۵۸/۲)
دانش شخصی	۲۴ (۴۳/۶)
پیروی بیماران از دستورات پزشک	۳۶ (۶۵/۵)
تعهد شخصی	۱۳ (۲۳/۶)
اثربخشی مداخلات در دسترس	۲۲ (۴۰/۰)
دسترسی به زمان	۱۳ (۲۳/۶)
سیستم ارجاع مناسب	۲۸ (۵۰/۹)
سایر	۴ (۷/۳)

در جدول شماره ۶ ارزیابی پزشکان در ارتباط با میزان مهارت خود در زمینه هر کدام از مدیریت عوامل خطر، شامل غربالگری، پیگیری افراد در معرض خطر، دارو درمانی و تغییرات سبک زندگی نشان داده شده است.

نوع مهارت	مهارت زیاد	مهارت متوسط	بدون مهارت	نمی دانم	جمع
غربالگری	۲۸ (۵۰/۹)	۲۶ (۴۷/۳)	۱ (۱/۸)	۰ (۰/۰)	۵۵ (۱۰۰)
پیگیری افراد در معرض خطر	۴۱ (۷۴/۵)	۹ (۱۶/۳)	۳ (۵/۵)	۲ (۳/۶)	۵۵ (۱۰۰)
دارو درمانی	۲۴ (۴۳/۶)	۲۹ (۵۲/۷)	۲ (۳/۶)	۰ (۰/۰)	۵۵ (۱۰۰)
تغییرات سبک زندگی	۲۶ (۴۷/۳)	۲۶ (۴۷/۳)	۱ (۱/۸)	۲ (۳/۶)	۵۵ (۱۰۰)

**جدول شماره ۶.** ارزیابی پزشکان از میزان مهارت خود را زمینه مدیریت عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی

با فراگیر شدن CVD در ایران و دو دهه اخیر نیز هم زمان شدن آن با اجرای طرح پزشک خانواده لزوم استفاده از حداکثر ظرفیت این طرح به نظر می رسد. بررسی هایی در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد (knowledge, attitude and practice) (KAP) در جمعیت پایه و در ارتباط با CVD منجمله طرح های قلب سالم تهران و اصفهان انجام شده است، (۴،۱۱). ولی تاکنون دیدگاه و عملکرد پزشکان خانواده در این زمینه مورد سنجش قرار نگرفته است لذا هدف از این مطالعه بررسی دیدگاه و عملکرد پزشکان خانواده در ارتباط با بیماری های قلبی و عروقی بود.

با توجه به نتایج جدول بالا بیشترین میزان مهارت در بین پزشکان مربوط به پیگیری افراد در معرض خطر به میزان ۴۱ (۷۴/۵ درصد) و کمترین مهارت مربوط به دارو درمانی به میزان ۲۴ (۴۳/۶ درصد) بوده است.

**بحث و نتیجه گیری**

سالانه یک چهارم از مرگ و میرها در جهان ناشی از بیماری های CVD است، (۱۱). ۴۶ درصد مرگ و میرها در ایران به علت بیماری های گردش خون است بر اساس مطالعه شهر اصفهان شیوع بیماری های عروق کرونر ۱۹/۴ درصد گزارش شد، (۱۲). بر طبق همین مطالعه ۳/۴ جمعیت شهر اصفهان حداقل یک عامل خطر ساز و ۱/۴ آن ها دو عامل خطر ساز عمده این بیماری ها را دارا می باشند، (۱۲).

سطح LDL کمتر از ۱۰۰mg/dL و ۷/۳ درصد آنان کمتر از ۷۰mg/dL قرار داده بودند در حالی که این اهداف در مطالعه

موسکا و همکاران به ترتیب ۵۳ درصد و ۱۱/۷ درصد بود. در مطالعه حاضر ۸۰ درصد پزشکان به صورت هماهنگ سطح TG بالاتر از ۲۴۰ mg/dL را برای شروع رژیم درمانی و دارو درمانی مناسب می دانستند،(۱۴)، اما در مطالعه گرنه ۹۶ درصد پزشکان رژیم درمانی را در سطح کمتر از ۲۴۰mg/dL و ۶۲/۶ درصد آنان دارو درمانی را برای کلسترول تام بالاتر از ۲۴۰ mg/dL آغاز کرده بودند،(۱۳). مقایسه نتایج دو مطالعه نشان می دهد که شروع رژیم درمانی در مطالعه حاضر بسیار دیرتر بوده است و با شروع دارو درمانی هماهنگ بوده است. در بررسی LDL نیز حدود ۴۹ درصد از پزشکان برای سطح بالاتر از ۱۹۰ mg/dL هنوز رژیم درمانی را آغاز نمی کنند.

با وجود اشتراک دیدگاه پزشکان خانواده درباره عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی، آن ها دیدگاه های متفاوتی در مورد کارایی درمان هر یک از این عوامل دارند. عملکرد پزشکان درباره اهداف درمانی پرفشاری خون LDL و TG متفاوت است. این تفاوت عملکرد می تواند بر استراتژی مبارزه و کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی موثر باشد. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به تعداد کم نمونه اشاره نمود که از روش نمونه گیری سرشماری برای برآورد تعداد نمونه استفاده شد. نتایج مطالعه حاضر می تواند در سطح گسترده تر و با استفاده از نمونه تصادفی از پزشکان انجام شود و در پرسش نامه جزئیات بیشتری از درمان عوامل خطر از جمله تجویز دارو های مناسب برای درمان اختلالات چربی خون و پرفشاری خون گنجانده شود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام به خاطر تامین اعتبار مالی پروژه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر مهم ترین عوامل خطرساز از دیدگاه پزشکان پرفشاری خون و اختلالات چربی خون بود. در مطالعه گرنه و همکاران که با شرکت ۲۰۰ نفر از پزشکان انجام گردید مهم ترین عوامل خطر CVD از دیدگاه پزشکان سیگار، فشارخون بالا و چربی خون بالا بود

که نتایج با هم هماهنگی دارد،(۱۳). بر اساس همین مطالعه تغییرات مربوط به سبک زندگی کمترین اهمیت را در کارایی درمان عوامل خطر داشته است در مطالعه حاضر تجزیه و تحلیل دیدگاه در ارتباط با کارایی درمان عوامل خطر نشان می دهد که بیشترین کارایی از نظر پزشکان مربوط به کنترل و درمان فشارخون و کمترین مربوط به کنترل استرس بود. در مورد اهمیت تست های خونی بیشترین اهمیت به آزمایش LDL و کمترین به TG داده شد. اما در برخی مطالعات HDL مهم ترین و کمترین را به TG داده بودند،(۱۳). حدود ۹۵ درصد از پزشکان خانواده اندازه گیری LDL را شرط لازم برای ارزیابی بیمار می دانستند. که با نتایج سایر مطالعات هماهنگی دارد،(۱۳). پزشکان مهم ترین عامل تاثیرگذار اقدامات پیشگیرانه در این مطالعه را ارتباط منظم پزشک با بیمار و پیروی بیمار از دستورات پزشک می دانستند که با اهداف طرح پزشک خانواده هماهنگی دارد. در مطالعه والتر و همکاران نیز که به منظور شناسایی موانع ترویج اقدامات پیشگیرانه CVD بین پزشکان عمومی در شهر هانوفر آلمان انجام شده است مهم ترین موانع بر سر راه پیشگیری متوجه بیماران بود. تمایل نداشتن برای تغییرات سبک زندگی، نبودن انگیزه در بیماران و آگاهی کم پزشکان نسبت به تاثیر پذیر بودن اقدامات پیشگیرانه از جمله این موانع بوده است.(۸)

در این مطالعه عملکرد پزشکان در رابطه با تجویز رژیم درمانی یا دارو درمانی در بیماران با دو عامل خطر CVD، بیماران با پرفشاری خون و اختلالات چربی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج در بیماران با دو عامل خطر از CVD ۴۰ درصد از پزشکان هدف درمان را

### References

- 1-Ujeic-Voortman JK, Baan CA, Seidell JC, Verhoeff AP. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obes Rev* 2012;13:2-16.
- 2-Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4759.
- 3-Rubinstein AL, Irazola VE, Bazzano LA, Sobrino E, Calandrelli M, Lanan F, et al. Detection and follow-up of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and risk factors in the Southern Cone of Latin America: the pulmonary risk in South America (PRISA) study. *BMC Pulm Med* 2011; 11:34-8.
- 4-Hosseini-Esfahani F, Mousavi N, Khomeini A, Mirmiran P, Ghanbarian A, Azizi F. Trends in risk factors for cardiovascular disease among Iranian adolescents: the Tehran Lipid and Glucose Study, 1999-2008. *J Epidemiol* 2011;21:319-28.
- 5-Mikrova NA, Casciari JJ, Hunninghake RE, Beezley MM. Effect of weight reduction on cardiovascular risk factors and CD34-positive cells in circulation. *Int J Med Sci* 2011;8:445-52.
- 6-Mohkam M, Karimi A, Eslami N, Khatami A, Fallah F, Maham S, et al. Blood pressure screening in school-aged children in Tehran. *Iran J Kidney Dis* 2011;5:229-33.
- 7-Ghayour-Mobarhan M, Saber H, Ferns GA. The potential role of heat shock protein 27 in cardiovascular disease. *Clin Chim Acta* 2011;413:15-24.
- 8-Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein R, Schwartz F. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract* 2010;11: 2-11.
- 9-van Dieren S, Beulens JW, Kengne AP, Peelen LM, Rutten GE, Woodward M, et al. Prediction models for the risk of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Heart* 2012;98: 360-9.
- 10-Anchala R, Pinto MP, Shroufi A, Chowdhury R, Sanderson J, Johnson L, et al. The role of Decision Support System (DSS) in prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e47064.
- 11-Hajsheikholeslami F, Hatami M, Hadaegh F, Ghanbarian A, Azizi F. Association of educational status with cardiovascular disease: Tehran Lipid and Glucose Study. *Int J Public Health* 2011;56:281-7.
- 12-Sarrf-Zadegan N, Amini-Nik S. Blood pressure pattern in urban and rural areas in Isfahan, Iran. *J Human Hyperten* 1997;425-8.
- 13-Grant AM, Niyonsenga T, Dion I, Delisle E, Xhignesse M, Bernier R. Cardiovascular disease. Physician attitudes toward prevention and treatment. *Can Fam Physician* 1998;44:780-7.
- 14-Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005;111:499-510.

## Family Physicians' Attitudes and Practice Toward Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease

Sohrabnejad A<sup>1</sup>, Veisani Y<sup>2</sup>, Delpisheh A<sup>3\*</sup>, Afkhamzadeh A<sup>4</sup>, Rezaeian S<sup>5</sup>

(Received: 17 Jul. 2013

Accepted: 5 Oct. 2013)

### Abstract

**Introduction:** Cardiovascular diseases (CVD) are the main cause of mortality in both men and women in Iran. Attitude and practice of physician toward CVD may be useful in the prevention and treatment of the disease. The present study aimed to determine family physicians' attitude and practice toward prevention and treatment of CVD.

**Materials & Methods:** In this descriptive-analytical study, 67 family physicians working in urban and rural health centers of Ilam University of Medical Sciences participated. A validated questionnaire completed by the general physicians in a three-month interval and the data were collected for analysis.

**Findings:** From 67 physicians contributing to the project, 55 completed questionnaires (response rate 78%). More than two thirds of the physicians considered blood low density lipoprotein (LDL) level as a mandatory parameter for initial examinations. For patients with an initial satisfactory ch-

olesterol level, 26 physicians (47.3%) necessitated re-measurement of LDL as annually, 2 physicians (3.6%) as once after every 2 years and 27 physicians (49.1%) as once after every 5 years. Urban physicians compared to rural physicians, were believed to the effectiveness of regular relationship with patients as preventive practices (OR = 3.59, CI 95%: 1.57-10.99, P= 0.008).

**Discussion & Conclusions:** Despite of common attitudes about risk factors of CVDs, family physicians had different views on effectiveness of the risk factors. Family physicians' practice was different about the treatment goals of hypertension, LDL and triglyceride (TG). Variations that were observed in family physicians' attitudes and practice could influence intervention strategies.

**Keywords:** cardiovascular diseases (CVD), family physician, prevention

1. Dept of Public Health, Faculty of Dentistry, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2. Research Centre for Prevention of Psychosocial and Social Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Dept of Clinical Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Iran

4. Dept of Social Medicine, Faculty of Medicine, Kourdestan University of Medical Sciences, Sanadij, Iran

5. Dept of Epidemiology, School of Health & Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

\*(corresponding author)