پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۵، صفحات ۲۳۵ تا ۲۳۹

مقاله اصلی
(Original Article)

ارزیابی آگاهی پزشکان عمومی درباره اتیت‌حاد گوش میانی

دکتر محمدرضا فتح‌العلومی، دکتر علی فتاحی بافقی، دکتر سید عباس صفوی نائینی،
دکتر مرجان میرزاطاهری، سیده مژده صفوی نائینی *

* گروه گوش، حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *عفونت حاد گوش میانی هنوز یکی از شایعترین بیماریهای دوران کودکی می‌باشد. به دلیل عوارض این بیماری لازم است تا یک پزشک از تشخیص، درمان و پیگیری این بیماری اطلاع کافی داشته باشد. در این تحقیق با ارزیابی میزان آگاهی پزشکان عمومی در مورد این بیماری نتایج آموزش پزشکی را در دانشکده‌های پزشکی کشور مورد بررسی قرار دادیم.*

روش بررسی: *مطالعه به روش توصیفی با همکاری ۱۰۰ پزشک عمومی از طریق پر کردن حضوری پرسشنامه انجام شد. پرسشنامه دارای ۹ سوال علمی کاربردی بود که پاسخهای درست بر اساس کتب مرجع همان سال و برنامه کشوری تعیین شده بود. پاسخها جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری با آزمون خی‌دو قرار گرفت.*

یافته‌ها: *۱۰۰ پزشک فارغ‌التحصیل از ۲۲ دانشکده پزشکی کشور با میانگین سنی ۲±۲۸/۶سال در این مطالعه شرکت کردند. میانگین پاسخهای صحیح به تمامی سوالات ۳۰/۵ درصد بود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به سطح پایین آگاهی پزشکان عمومی از این بیماری شایع، تجدید نظر در روند آموزش دانشجویان پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد.*

واژگان کلیدی: *ارزیابی، آگاهی، اتیت حاد گوش میانی، پزشکان عمومی.*

مقدمه

اهمیت موضوعی بنام کیفیت در نظامهای آموزش عالی کاملاً شناخته شده و مورد تایید می‌باشد. برای بررسی میزان کیفیت نیاز به ارزیابی (ارزشیابی) می‌باشد. ارزیابی به یک فرآیند نظام‌دار (سیستماتیک) برای جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می‌شود تا بدین ترتیب تعیین شود هدفهای مورد نظر به چه میزانی تحقق یافته‌اند یا درحال تحقق یافتن هستند (۱). در تفاوت بین ارزیابی با اندازه‌گیری باید اذعان نمود گرچه اندازه‌گیری پایه و اساس ارزیابی است اما در اندازه‌گیری هیچگونه داوری یا قضاوتی درباره نتایج به‌دست آمده انجام نمی‌شود و ارزیابی (ارزشیابی) است که با داوری و قضاوت نتایج، ما را نسبت به کارآیی یک سیستم یا نظام آگاه می‌کند (۲).

عفونت حاد گوش میانی (Acute otitis media=AOM) یکی از شایعترین بیماریهای دوران کودکی می‌باشد بطوری‌که ۵۰ درصد کودکان زیر یک سال و ۸۰-۷۰ درصد کودکان زیر ۷ سال حداقل یک‌بار به این بیماری مبتلا شده‌اند (۴،۳). این بیماری در صورت عدم تشخیص یا درمان مناسب دارای عوارضی از جمله ماستوئیدیت حاد یا مزمن، اتیت میانی مزمن، هیدروسفالوس، ترومبوفلبیت سینوس لترال، آبسه اکسترادورال، آبسه ساب‌دورال، آبسه مغزی، فلج عصب صورتی و مننژیت می‌باشد (۵). از عوارض دیگر این بیماری اتیت میانی ترشحی یا اتیت سروز است که از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چراکه مانند دیگر عوارض AOM تابلوی بالینی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه گوش، حلق و بینی،
دکتر محمدرضا فتح‌العلومی (**email:**dr_fath@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۱۲/٦
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/٦/۱

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

پر سروصدایی ایجاد نمی‌کند ولی با ایجاد کاهش شنوایی بطور ثانویه سبب آسیب به رشد و تکامل تحصیلی و اجتماعی کودک می‌شود (۶). شیوع اتیت سروز در مهدکودکها و دبستانهای تهران بترتیب ۱۴/۶ و ۱۹/۶ درصد گزارش شده است (۷،۸). اتیت حاد گوش میانی در بخشهای اطفال، گوش و حلق و بینی، داخلی و عفونی به دانشجویان پزشکی تدریس می‌گردد. لذا دانشجوی پزشکی باید پس از فارغ‌التحصیلی اطلاعات کافی از این بیماری داشته باشد. در تحقیق حاضر میزان آگاهی پزشکان عمومی از روشهای تشخیصی، درمانی و پیگیری بیماری AOM مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روشها

این تحقیق بصورت توصیفی با نمونه‌گیری مستمر با همکاری ۱۰۰ پزشک عمومی مراجعه‌کننده به اداره تامین نیروی انسانی و پیام‌آوران بهداشت وزارتخانه متبوع در سالهای ۷۶-۱۳۷۵ انجام شد. ارزیابی۶ طبقه از اهداف آموزش در حیطه شناختی (دانش، فهمیدن، به‌کاربستن، تحلیل، ترکیب و ارزشیابی) در مورد بیماری اتیت حاد گوش میانی با طرح سئوالات مربوطه توسط پرسشنامه انجام شد. ۹ سئوال مطرح شد و پاسخهای درست بر اساس کتب مرجع گوش و حلق و بینی (۹)، اطفال (۱۰)، داخلی (۱۱)، عفونی (۱۲) و پروتکل کشوری (در همان سال) تعیین شد. سوالات و پاسخهای آنها به‌شرح ذیل می‌باشد:

سوال اول: شایعترین علت باکتریال در بیماری AOM اطفال کدام است؟ *جواب*: پنوموکوک.

سوال دوم: شایعترین علت باکتریال در بیماری AOM بالغین کدام است؟ *جواب*: پنوموکوک.

سوال سوم: از کدام دارو یا داروها در درمان AOM چرکی استفاده نمی‌کنید؟

الف: مسکن ب: آنتی هیستامین

ج: دکونژستانت د: آنتی‌بیوتیک

جواب: موارد ب و ج صحیح است. اگر آزمون‌شونده هر کدام را به‌تنهایی نیز انتخاب می‌کرد به‌عنوان جواب صحیح انتخاب می‌شد.

سوال چهارم: آیا در درمان سرماخوردگی اطفال یا بالغین از شربت یا قرص سرماخوردگی استفاده می‌کنید؟چرا؟

الف: بلی ب: خیر

جواب قسمت اول: خیر.

جواب قسمت دوم: زیرا اگر بیمار آلرژیک نباشد آنتی‌هیستامین سبب تغلیظ ترشحات و عفونت ثانویه می‌شود.

سوال پنجم: کدام آنتی‌بیوتیک را در درمان AOM چرکی مناسب می‌دانید (یک یا چند انتخاب)؟

الف: کوآموکسی‌کلاو ب: پنی‌سیلین G

ج: کوتریموکسازول د: آمپی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین

ه: جنتامایسین و: کوتریموکسازول+ آموکسی‌سیلین

ز: اریترومایسین+کوتریموکسازول

جواب: موارد الف، ج، د، و، ز می‌باشد که با انتخاب یکی از آنها نیز جواب صحیح درنظر گرفته می‌شود.

سوال ششم: طول درمان آنتی‌بیوتیکی AOM چرکی چند روز می‌باشد؟

جواب: ۱۴-۱۰ روز

سوال هفتم: وجود چه علامت مشخصه‌ای در معاینه بالینی نشانه حتمی بودن پنوموکوک بعنوان جرم میکروبی مسئول در AOM چرکی است؟

جواب: کراتینیزاسیون شدید پرده تمپان

سوال هشتم: جواب مناسب را در جای خالی قرار دهید:

بیمار مبتلا به AOM چرکی را ..... روز پس از بهبودی و پاسخ بالینی مجدداً ویزیت و از نظر وجود یا عدم وجود..... بررسی می‌کنیم.

جواب: ۱۴-۱۰، اتیت سروز

سوال نهم: در موقع مراجعه مجدد بیماران:

قسمت اول: درچه صورتی وی را تحت یک دوره دیگر درمان قرار می‌دهید؟

قسمت دوم: در چه صورتی وی را مجدداً معاینه می‌کنید؟

قسمت سوم: ویزیت نهایی AOM چرکی چه زمانی است؟

جواب: قسمت اول؛ در صورت وجود اتیت سروز علامت‌دار (بجز کاهش شنوایی) مثل احساس صدای مایع در گوش

قسمت دوم؛ در صورت وجود کاهش شنوایی

قسمت سوم؛ ۸ هفته پس از شروع درمان

برای پاسخ صحیح به هر سوال یک نمره (مجموعاً ۹ نمره) در نظر گرفته شد.

هفت سوال اول مربوط به تشخیص و درمان و دو سوال بعدی مربوط به پیگیری بیماری بود.

پزشکانی که به تمام سوالات مطروح شده پاسخ درست دادند به‌عنوان پزشک آگاه و پزشکانی که به هیچکدام جواب ندادند به‌عنوان پزشک ناآگاه و پزشکانی که به سوالات ۸،۵،۳ (سوالات با ارزش برای ارزیابی شناختی از بیماری AOM) پاسخ درست بدهند بعنوان پزشک با آگاهی قابل قبول و در بقیه موارد پزشک با آگاهی غیرقابل‌قبول در برخورد با بیمار AOM شناخته شدند. سوالات بعدی در مورد گذراندن دوره

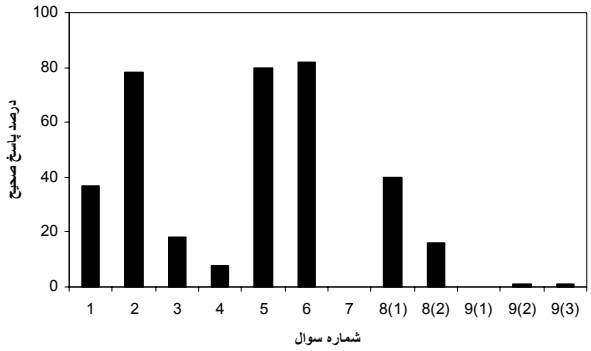
[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

کارورزی بخش ENT توسط پزشکان و در صورت گذراندن، کیفیت ارائه آموزش در این بخش (عالی، خوب، متوسط، ضعیف) بود. در ضمن از پزشکان خواسته شد تا مشخص کنند که آیا اطلاعاتشان در رابطه با AOM از بخش ENT یا اطفال و یا متفرقه بوده است.

نتایج به‌دست آمده جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (Version 10, SPSS Inc., USA) و آزمون آماری خی‌دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ پزشک عمومی فارغ‌التحصیل از ۲۲ دانشکده پزشکی کشور شامل ۸۷ نفر از دانشکده‌های دولتی (۴۰ مورد تهران و ۴۷ مورد شهرستانها) و ۱۳ نفر از دانشگاههای آزاد اسلامی همکاری داشتند. دامنه سنی پزشکان ۳۴-۲۳ سال با میانگین سنی ۲±۲۸/۶ سال و دامنه سال فارغ‌التحصیلی ۷۵-۱۳۶۸ شمسی با میانگین سال ۱/۵±۱۳۷۳بود. در مجموع میانگین پاسخهای صحیح به سوالات ۳۰/۵ درصد بود (نمودارشماره ۱).



نمودار ۱- فراوانی نسبی پاسخهای صحیح به سوالات مربوط به ارزیابی میزان آگاهی پزشکان عمومی درباره اتیت حاد گوش میانی

بر اساس معیارهای قراردادی، پزشکان "آگاه"، " با آگاهی قابل قبول"، "با آگاهی غیرقابل قبول" و "ناآگاه" نسبت به AOM به ترتیب صفر، یک، نود و نه و صفر درصد بودند.

در پاسخ به ۵ سوال اول میانگین نمرات ۰/۹۲±۲/۹۸ و در چهار سوال بعدی میانگین نمرات ۰/۶۴±۰/۷۲ بود. ۹۳ نفر از پزشکان دوره کارورزی بخش ENT را گذرانیده بودند و کیفیت بخش را چنین قضاوت کرده بودند: ۴/۳٪ عالی، ۳۸/۲٪ خوب، ۴۰/۸٪ متوسط و ۱۶/۳٪ ضعیف. به‌عنوان منبع اطلاعات در مورد AOM، بخش ENT ۷۸ بار، بخش اطفال ۳۲ بار و متفرقه ۴۳ بار ذکر شده بود. با استفاده از آزمون خی‌دو ارتباط معنی‌داری بین محل تحصیل (بین فارغ‌التحصیلان شهر تهران و شهرستان) و میزان آگاهی و بین گذراندن بخش ENT در دوره کارورزی و میزان آگاهی در مورد AOM دیده نشد.

بحث

عفونتهای گوش میانی مهمترین علت کاهش شنوایی در کودکان به‌شمار می‌روند. ۵۰ درصد کودکان زیر یک‌سال و ۷۰ تا ۸۰ درصد کودکان قبل از سنین مدرسه حداقل یک‌بار دچار AOM می‌گردند. اهمیت اطلاع پزشکان عمومی از این بیماری کاملاً روشن می‌باشد. از آنجائی‌که تحقیق مشابهی را نیافتیم امکان مقایسه با نتایج دیگران وجود نداشت.

با توجه به توزیع فراوانی دانشکده‌های محل تحصیل می‌توان نتایج تحقیق را به کل دانشکده‌های پزشکی کشور تعمیم داد. درحالی‌که ۴۳ درصد از شرکت‌کنندگان در این تحقیق ارائه آموزش در بخش ENT را به‌صورت خوب و عالی ارزیابی کرده‌اند و پزشکان ۷۸ بار بخش ENT را به‌عنوان منبع اطلاعات خود ذکر نموده‌اند، تجدید نظر در مورد کیفیت تدریس در این بخش الزامی است. در آزمونها نیز مشخص شد که بین میزان آگاهی و گذراندن بخش ENT در دوره کارورزی ارتباطی وجود نداشت. با اینکه امروزه تمامی منابع پنوموکوک را بعنوان علت شایع در اطفال می‌شناسند، اما هنوز پزشکان جوان ما هموفیلوس‌آنفلوانزا را شایعتر می‌دانند. احتمالاً علت این مسئله عدم مطالعه کافی کتب توسط دانشجویان پزشکی است. این امر می‌تواند نشان‌دهنده نقش مهم استاد محوری در سیستم آموزش پزشکی کشور ما باشد. از طرف دیگر در سوال دوم ۷ نفر جوابهایی مانند استافیلوکوک اورئوس، کلامیدیا، ژرم‌های گرم‌منفی و کلبسیلا را عنوان کرده‌اند و تنها ۷۸ درصد جواب صحیح به این سوال داده‌اند. استفاده از آنتی‌هیستامین‌ها بجز در موارد اثبات شده آلرژی جایی در درمان عفونتهای راههای تنفسی فوقانی ندارد، این در حالیست‌که تنها ۱۹ نفر به این مسئله اشاره کرده‌اند. با توجه به اینکه این سوال با شکل منفی مطرح شده و ممکن است اشتباه درک خواننده از سوال پیش آید لکن تمام ۱۰۰ پزشک درک کرده بودند که نباید گزینه مربوط به آنتی‌بیوتیک را انتخاب کنند. امروزه داروهای حاوی آنتی‌هیستامین جایی در درمان سرماخوردگی ندارند. با این حال فقط ۶ نفر به این نکته

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

اشاره کرده‌اند و از این شش نفر فقط یک نفر دلیل درست آن‌را عنوان کرده است. شاید ضعف دانشجویان در شناخت ترکیبات و خواص دارویی علت این مهم باشد با این حال عدم انتخاب جنتامایسین در درمان مایه امیدواری و خوشحالی است. گزینه مربوط به کوآموکسی‌کلاو و کوتریموکسازول+ آموکسی‌سیلین به ترتیب تنها ۱۶ و۴۱ بار انتخاب شده‌اند که کمتر از سطح انتظار محققین بود. جواب سوال ۶ با اکتساب ۸۶ درصد پاسخ صحیح آگاهی خوب در مورد طول درمان را می‌رساند. در مورد سوال ۷ عدم پاسخ درست می‌تواند نشان‌دهنده کاستی اطلاعات بالینی در سیستم آموزش پزشکی باشد. در سوال ۸ درحالی‌که نزدیک به نصف پاسخگویان (۴۳ درصد) زمان صحیح مراجعه دوم بیمار مبتلا به AOM را می‌دانستند تنها ۸ نفر از ۴۳ نفر به بررسی از نظر اوتیت سروز اشاره کرده بودند و نگرانی اکثر پاسخ‌گویان پارگی پرده گوش بوده است. مطلب فوق با عنایت به صفر تا یک درصد پاسخ درست به سوال نهم نشان‌دهنده موارد زیر است:

- عدم اطلاع پزشکان از اوتیت سروز گوش میانی به‌عنوان یکی از علل مهم افت‌تحصیلی و کم‌شنوایی با شیوع ۲۰-۱۰ درصد درکودکان.
- عدم آگاهی و اطلاع کافی از نحوه پیگیری بیمار علیرغم اطلاع از درمان مرحله حاد.

در این بررسی تنها یک پزشک آگاهی قابل‌قبول در درمان و پیگیری بیماران داشت. همچنین در این تحقیق بین میزان آگاهی قابل‌قبول در درمان یا پیگیری بیماران و مواردی نظیر سن، دانشکده محل تحصیل (به تفکیک دانشکده‌های تهران، شهرستانها و آزاد) و گذراندن بخش ENT در دوره کارورزی هیچ ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. هر چند بعلت عدم استقلال مشاهدات از هم امکان آزمون ارتباط بین میزان آگاهی و منبع اطلاعات وجود نداشت ولی باید توجه داشت از ۸ نفری که در امر پیگیری آگاهی قابل قبول داشتند تنها یک نفر به قسمت متفرقه به‌عنوان منبع اطلاعات اشاره داشت در حالی‌که از ۱۴ نفری که در امر درمان آگاهی داشته‌اند، ۶ نفر به قسمت متفرقه به عنوان منبع اطلاعات اشاره کرده بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان بخش ENT را به‌عنوان منبع اطلاعات خود ذکر کرده بودند (۷۸ نفر).

سطح پایین آگاهی پزشکان عمومی در خصوص AOM هشداری به مسئولان آموزش پزشکی کشور می‌باشد تا در جهت رفع نواقص اقدامات مقتضی را انجام دهند.

REFERENCES

۱. سیف ع‌ا (مولف). روشهاي اندازه‌گيري و ارزشيابي آموزشي. چاپ اول، تهران، نشر دوران، سال ۱۳۷۵.

۲. بازرگان ع (مولف). ارزشيابي آموزشي. چاپ اول، تهران، انتشارات سمت، سال۱۳۸۰.

3. Teele DW, Klein JO, Chase C, Menyuk P, Rosner BA. Otitis media in infancy and intellectual ability, school achievement, speech, and language at age 7 years. Greater Boston Otitis Media Study Group. J Infect Dis 1990;162(3):685-94.

4. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Kurs-Lasky M, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. Pediatrics 1997;99(3):318-33.

5. Roberts JE, Burchinal MR, Koch MA, Footo MM, Henderson FW. Otitis media in early childhood and its relationship to later phonological development. J Speech Hear Disord 1988;53(4):424-32.

٦. صفوي‌نائيني ع، شريفيان ح. بررسي شيوع اتيت سروز گوش مياني در مهدكودكهاي شهرتهران. مجله گوش، گلو و بيني و حنجره ايران، ۱۳۷۳؛ سال ششم، شماره ۱ و ۲، بهار و تابستان، صفحات ٤٢ تا ٤٥.

۷. صفوي‌نائيني ع، ندافي س. بررسي عوامل مستعدكننده ابتلا به اتيت سروز گوش مياني در مدارس تهران. مجله دانشكده پزشكي، ويژه‌نامه تحقيقات مصوب دانشگاه، ۱۳۷۳؛ سال ۱۸، شماره ۱، فروردين– خرداد.

۸. محمدي آ، مجتهدزاده ر (مولفين). سطح‌بندي خدمات آموزشي و آئين‌نامه تقسيم وظايف آموزشي در نظام آموزش علوم پزشكي كشور. چاپ اول، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، معاونت آموزشي و امور دانشجويي، سال ۱۳۸٤.

9. Cummings C, Fredrickson J, Horker L, Krause C, Richardson M, Shuller D, editors. Otolaryngology, head and neck surgery. 2nd edition. Mosby, 1993;p:2880.

10. Richard E, Behrman L, Robert M, Klieyman H, Jenson HB, editors. Nelson textbook of pediatrics. USA: 4th edition. Saunders Co, 1996.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

11. Dennis L, Kasper L, Braunwald F, Hauser M, Longo K, Jameson F, et al. Harrison's principal of internal medicine. 21st edition. New York: McGraw Hill Co, 1994.

12. Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. USA: Churchill Livingstone, 1995.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]