



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاونت امور بهداشتی

نگرش و باور عمومی در خصوص خود مراقبتی در زمینه دارویی



تهیه و تنظیم:

دکتر مریم نفیسی (مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

مریم عمرانی (کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

دکتر شریف ترکمن نژاد (معاون فنی معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

دکتر احمد رضا فرسار (معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

نگرش و باور عمومی در خصوص خود مراقبتی در زمینه دارویی

سابقه و هدف:

تصورات اشتباه در خصوص خود مراقبتی در میان اعضای جامعه منجر به استفاده نابجا از داروها بخصوص آنتی بیوتیک ها می شود که نه تنها موجب درمان بیماری نمی شود بلکه باعث ایجاد عوارض دارویی در طولانی مدت نیز می گردد. با توجه به ضروری بودن ارزیابی صحیح سلامت و الگوی صحیح مصرف دارو، مطالعه حاضر با هدف سنجش نوع نگرش و باورهای عمومی در خصوص خود مراقبتی و مصرف آنتی بیوتیک ها انجام گرفته است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی به روش بررسی دانش، نگرش و باور عمومی انجام شد. داده ها از طریق پرسشنامه جمع آوری و با استفاده از روشهای آماری توصیفی در نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه براساس فرمول کوکران (در طیف لیکرت) متناسب با جمعیت شهری بصورت رندوم از بین افرادی که به داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی شهری (شمال و شرق تهران) مراجعه می نمایند انتخاب شده اند.

یافته ها: در مجموع ۱۷۲ نفر در نظر سنجی شرکت نمودند و ۱۶۰ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند (نرخ پاسخ ۹۳٪). از ۱۶۳ نفر پاسخ دهنده، ۷۸ نفر (۴۸/۸٪) با مقوله خودمراقبتی آشنا هستند. ۱۷٪ از افراد همزمان با اقدام به خود مراقبتی در بیماری های جزئی به پزشک نیز مراجعه می کنند. ۵۲٪ جهت درمان بیماریهای جزئی اقدام به خود مراقبتی در منزل می نمایند. ۳۷٪ جهت بهبود بیماریهای مزمن اقدام به مراقبت های بهینه می نمایند. از ۷۸ پاسخ دهنده که با خودمراقبتی آشنا هستند، بیش از نیمی از آنها از آگاهی مناسب در مورد مقاومت در برابر آنتی بیوتیک (۷۴٪)، واکنش آلرژیک (۷۶٪) و کمتر از نیمی از این افراد از آگاهی مناسب در خصوص اثر بخشی آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های باکتریایی (۴۹٪) برخوردار هستند، بیش از نیمی از این پاسخ دهندگان می دانند که آنتی بیوتیک ها را نباید بلافاصله برای تب (۶۱٪) استفاده نمود. کمتر از نیمی از آگاهی نادرست در خصوص مصرف آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های ویروسی (۲۹٪) برخوردار هستند. بیش از نیمی بر این باورند که آنتی بیوتیک ها اثرات جانبی ندارند (۷۸٪). (۶۳٪) تصور می کنند که می توانند به تشخیص خود از داروخانه آنتی بیوتیک تهیه نمایند و (۵۶٪) بر این باورند که ریختن پودر آنتی بیوتیک بر روی پوست می تواند به سرعت جراحات و صدمات را درمان کند. کسانی که در این خصوص نا مطمئن هستند در محدوده از ۱۱٪ تا ۳۷٪ قرار می گیرند. به طور کلی، این دسته از پاسخ دهندگان، دارای آگاهی متوسط در این حوزه هستند، که در آن متوسط ۳ است (محدوده ۰ تا ۵). میانه نمرات باورها ۶ است (محدوده ۰ تا ۱۵). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می دهد که کسانی که اطلاعات مناسبی در مورد آنتی بیوتیک دارند، به احتمال زیاد باورهای مناسب تری نیز در مورد مصرف آنتی بیوتیک ها دارند. همبستگی برای آن دسته از شرکت کنندگان که با سطح تحصیلات بالاتر و جوان تر هستند بالاترین است.

نتیجه گیری: در این مطالعه وجود تصورات اشتباه در خصوص خودمراقبتی و مصرف آنتی بیوتیک در میان مردم مشاهده می شود. بهبود آگاهی و باور عمومی در خصوص انجام خودمراقبتی و مصرف صحیح آنتی بیوتیک ها لازم است.

واژه های کلیدی: خود مراقبتی، آگاهی، نگرش، آنتی بیوتیک ها

مقدمه :

مطالعات صورت گرفته روی مبحث خود درمانی حاکی از آن است که این دسته از مطالعات به خصوص در جوامع محروم^۱ از نظر اقتصادی^۲ بسیار معمول است. در عصر حاضر، ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی هزینه بردار و گران است و در کشورهای در حال توسعه امکانات مراقبت های بهداشتی در دسترس نیست. از این رو، خود درمانی انتخاب قطعی و بدیهی در امر خدمات مراقبت های بهداشتی است. در سالهای گذشته، خود درمانی به شدت و به خصوص در اقتصادهای توسعه یافته رواج یافته بود. لیکن امروزه تمامی کشورهای غنی و فقیر، توسعه یافته یا در حال توسعه، در مرحله درک سهم خود مراقبتی و خود درمانی که می تواند در بهداشت فردی و عمومی ایجاد کند، هستند. (۲)

در بسیاری از کشورها آنتی بیوتیک ها در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد داروهای تجویزی در بین عوامل درمانی را شامل می شوند. علیرغم اینکه تجویز آنتی بیوتیک در بیشتر عفونت های باکتریایی ضروری است و عدم مصرف آن باعث تهدید زندگی می شود اما اغلب مطالعات نشان داده است ۳۰ تا ۶۰ درصد موارد تجویزی نادرست بوده است که معمولاً این اشتباهات توسط پزشک، توزیع کننده و یا خود درمانی صورت گرفته است. (۳ و ۴)

خود مراقبتی در کشورهای در حال توسعه در مراحل اولیه است. به جز چند مطالعه بر روی رفتار خود مراقبتی اشخاص، منابع در دسترس از کشورهای در حال توسعه در مورد خود مراقبتی بسیار کم هستند. در بررسی انجام شده درخصوص مصرف آنتی بیوتیک در کشورهای در حال توسعه توسط Haak و Radyowijati (۵) گزارش شده است که افراد آنتی بیوتیک را به عنوان "دارویی فوق العاده" یا "یک داروی قدرتمند" یا "یک داروی قوی" می

نویسندگان متعددی، از جمله سازمان بهداشت جهانی^۱، خودمراقبتی^۲ و خود درمانی^۳ را تعریف نموده اند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، خود مراقبتی اقداماتی است که مردم برای ایجاد و حفظ سلامت خود، پیشگیری و مقابله با بیماری هایشان انجام می دهند. این تعریف یک تصور وسیع، جامع و فراگیر از مفاهیم بهداشت، تغذیه، شیوه زندگی، فاکتورهای محیطی، عوامل اقتصادی-اجتماعی و خود درمانی است.

خود درمانی انتخاب و مصرف دارو توسط فرد بیمار و تحت شرایط استاندارد است که برای درمان بیماری های شناخته شده خود و یا علائم آنها استفاده می کند. خود درمانی یک عنصر از خود مراقبتی است. (۱)

در سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی "دستورالعمل ارزیابی نظارتی بر محصولات دارویی قابل استفاده در خود درمانی را منتشر نمود (۲). داروهای مورد استفاده در خود درمانی با نام داروهای بدون نسخه^۴ یا OTC^۵ شناخته می شوند. خود درمانی با داروهای OTC با عنوان خود درمانی معتبر^۶ نیز شناخته می شود. گاهی اوقات از مفهوم خود درمانی برداشت غلطی صورت می گیرد و با خود درمانی نامعتبر^۷ اشتباه گرفته می شود. خود درمانی نامعتبر به مفهوم اقدام به خرید و استفاده از داروهای نسخه دار بدون تجویز پزشک می باشد. این عمل خطرناک در خودمراقبتی و خود درمانی هیچ جایگاهی ندارد.

¹ WHO

² Self care

³ Self medication

⁴ Non-prescription

⁵ Over the counter

⁶ Responsible

⁷ Irresponsible

شناسند که قادر به پیشگیری و درمان هر بیماری یا نشانه ای می باشد.

تصورات غلط و عدم وجود آگاهی پایه در مورد مصرف آنتی بیوتیک نیز توسط مطالعات مختلفی در هر دو کشور توسعه یافته و در حال توسعه (۶ و ۷) گزارش شده است. تقاضای بیمار برای تجویز آنتی بیوتیک و اقدام به استفاده از آنتی بیوتیک ها بدون نسخه توسط اعضای جامعه متأثر از وجود چنین تصورات نادرست است (۸ و ۹ و ۱۰)

برخی افراد به ضرورت ارزیابی سلامت خود اعتقاد ندارند و تا زمانی که بیماری به سراغشان نیامده از انجام هرگونه بررسی وضعیت سلامت خود اجتناب می کنند و برخی حتی ترجیح می دهند از بیماری خود اطلاع نداشته باشند و زمانی به پزشک مراجعه می کنند که بسیار دیر است. خودمراقبتی باعث کاهش مراجعات پزشکی، و جلب مشارکت افراد در برنامه ریزی و تصمیم گیری برای اقدامات سلامتی خود، می شود. خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. (۱۱)

آگاهی و باور عمومی، دو فاکتور شناختی اجتماعی در سطح فردی است که رفتار مرتبط با سلامت، از جمله رفتار در استفاده از آنتی بیوتیک ها را تحت تاثیر قرار می دهد. آگاهی به خودی خود به اندازه کافی برای تغییر رفتار موثر نیست، اما نقش مهمی در شکل دادن به باورها و نحوه نگرش در مورد یک رفتار خاص دارد (۱۲)

توجه به این که استفاده غلط از آنتی بیوتیک ها در جامعه همچنان به عنوان مشکلی قابل توجه در هر دو کشور توسعه یافته و در حال توسعه (۱۳ و ۱۰) می باشد. کاهش تصورات نادرست در

مورد مصرف آنتی بیوتیک در میان اعضای جامعه ضروری است. اطلاعات مربوط به آگاهی و باورها در زمینه استفاده از آنتی بیوتیک در کشورهای توسعه یافته و به طور خاص در میان عموم مردم به طور گسترده ای ارائه شده است (۵ و ۱۴ و ۱۵) اما، اطلاعات مشابه مربوط به وضع کشورهای در حال توسعه، از جمله در ایران، اندک است (۱۶ و ۵). بنابراین، مطالعه حاضر در راستای توصیف خود مراقبتی، آگاهی و باورهای عمومی در مورد مصرف آنتی بیوتیک ها انجام گرفته است.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی به روش بررسی دانش، نگرش و باور عمومی انجام شد. داده ها از طریق پرسشنامه جمع آوری و با استفاده از روشهای آماری توصیفی در نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه براساس فرمول کوکران (در طیف لیکرت $S = 0.66$) متناسب با جمعیت شهری بصورت تصادفی از بین افراد با بیش از ۱۸ سال سن که به داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی شهری (شمال و شرق تهران) مراجعه می نمایند انتخاب شده اند.

پرسشنامه شامل دو بخش دموگرافیک و اجتماعی- اقتصادی و سوالات خودمراقبتی، آگاهی، باور و نگرش عمومی است. مقیاس پنج نقطه لیکرت (همیشه - بیشتر وقتها - گاهی اوقات - به ندرت - هیچ وقت) برای سوالات خود مراقبتی و (به شدت مخالف - مخالف - نه مخالف و نه موافق - موافق - به شدت موافق) برای پاسخ به سوالات مربوط به آگاهی و باور عمومی در خصوص آنتی بیوتیک ها مورد استفاده قرار گرفت.

آیتم ها در پرسشنامه براساس مقالات منتشر شده که در آن آگاهی و باور عمومی مردم در مورد آنتی بیوتیک ها در کشورهای

مختلف (۱۷-۱۸) مورد بررسی قرار گرفته اند، ساختار بندی شده است. جزئیات سوالات مورد استفاده در این مطالعه در مورد خود مراقبتی (شش مورد)، آگاهی (پنج مورد) و باور و نگرش (سه مورد) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- سوالات پرسشنامه نگرش و باور عمومی در خصوص خودمراقبتی در زمینه دارویی (۱۹)

سوالات خود مراقبتی، آگاهی و نگرش عمومی

خود مراقبتی : (S)

- S1: آیا در خصوص بیماری خود با سایرین (فرد متخصص یا غیر متخصص) مشورت نموده و یا با اکتفا به اطلاعات خود در خصوص بیماریها اقدام به خوددرمانی می کنید؟
- S2: آیا همزمان با اقدام به خود مراقبتی بیماری های جزئی به پزشک نیز مراجعه می کنید؟
- S3: آیا جهت بهبود بیماریهای مزمن مانند دیابت، آسم، فشار خون بالا اقدام به مراقبت های بهینه (کنترل و بررسی بیماری توسط فرد بیمار) می کنید؟
- S4: آیا جهت درمان بیماریهای جزئی مانند سرماخوردگی، دل درد، اسهال و استفراغ اقدام به خود مراقبتی در منزل می کنید؟
- S5: آیا در صورت بروز عارضه، با علم کافی در خصوص بیماریها و شناخت صحیح علائم بیماریها، درصدد رفع علائم در منزل برمی آید؟
- S6: آیا در هنگام مصرف داروهای OTC (داروهای قابل تهیه از داروخانه بدون نیاز به داشتن نسخه) به بروشور نکات مربوط به آن دارو توجه می کنید؟

آگاهی : (K)

- K1: آیا آنتی بیوتیک باید در اسرع وقت بعد از بروز تب و علائم سرماخوردگی خورده شود؟
- K2: آیا آنتی بیوتیک می تواند عفونت های ویروسی را درمان کند؟
- K3: آیا آنتی بیوتیک می تواند عفونت های باکتریایی را درمان کند؟
- K4: آیا مردم می توانند به آنتی بیوتیک حساسیت دهند؟
- K5: آیا هنگامی که از آنتی بیوتیک ها برای علامت اشتباه استفاده می شود این منجر به مقاومت به آنتی بیوتیک می گردد؟

باور عمومی : (B)

- B1: آیا من باور دارم که به تشخیص خود می توانم از داروخانه آنتی بیوتیک تهیه کنم؟
- B2: آیا من باور دارم که صدمه به پوست می تواند به سرعت با ریختن پودر آنتی بیوتیک بر روی محل جراحی درمان شود؟
- B3: آیا من باور دارم که آنتی بیوتیک ها هیچ عوارض جانبی ندارند؟

¹ Self care

² Knowledge

³ Belief

برای سوالات خود مراقبتی پاسخ مثبت به آیتم های S1 و S3 تا S6 و پاسخ منفی به آیتم S2 صحیح می باشد. مجموع پاسخ های درست برای نشان دادن امتیاز کلی خود مراقبتی محاسبه شد (محدوده از ۶ تا ۳۰). عملکرد کلی خودمراقبتی در گروه های ضعیف (کمتر از متوسط)، متوسط (درحد متوسط) و مناسب (بالتر از متوسط) دسته بندی شدند.

برای سوالات آگاهی، افراد در صورتی که پاسخ منفی برای آیتم K1 و K2 و پاسخ مثبت برای آیتم های K3 تا K5 داده باشند از آگاهی مناسبی در خصوص مصرف آنتی بیوتیک ها برخوردارند. در خصوص ارزیابی صحت پاسخها به سوالات باور و نگرش عمومی، پاسخ منفی به هر سه سوال ملاک سنجش بوده است.

پاسخ های صحیح داده شده به آیتم آگاهی برای نشان دادن امتیاز کلی آگاهی محاسبه شد (محدوده از ۰ تا ۲۵). عملکرد کلی خودمراقبتی در گروه های ضعیف (کمتر از متوسط)، متوسط (درحد متوسط)، و مناسب (بالتر از متوسط) دسته بندی شدند.

نمره بندی سوالات باور و نگرش با استفاده از نمره کلی مربوط به ۳ سوال آیتم مذکور محقق گردید (محدوده از ۰ تا ۱۵). همانطور که در طبقه بندی سطوح آگاهی، آگاهی های کافی از ناکافی براساس میزان نزدیکی به خط متوسط شناخته می شد، باور افراد در خصوص آنتی بیوتیک مناسب تلقی می شود اگر امتیازات بالاتر از حد متوسط باشد، متوسط می باشد در صورتی که روی خط متوسط باشد و به عنوان ناکافی دسته بندی می شود در صورتی که امتیازات زیر خط متوسط باشد.

اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی پاسخ دهندگان با درصد و متوسط گزارش شده است. ویژگی ها عبارتند از: جنس، سن، موفقیت در تحصیلات و استخدام.

جدول ۲- ویژگی های دموگرافیک و اجتماعی- اقتصادی شرکت کنندگان در نظر سنجی مصرف خود سرانه آنتی بیوتیک ها

ویژگی های دموگرافیک و اجتماعی- اقتصادی	مجموع پاسخ دهندگان N=۱۶۳		
	تعداد (درصد) از پاسخ دهندگان که با خود مراقبتی آشنا هستند	تعداد(درصد)از پاسخ دهندگان که آگاهی مناسب درخصوص آنتی بیوتیک دارند	تعداد(درصد)از پاسخ دهندگان که باور مناسب درخصوص آنتی بیوتیک دارند
جنسیت			
زن	۵۵(۷۰)	۶۶(۷۴)	۹(۸۲)
مرد	۲۳(۳۰)	۲۳(۲۶)	۲(۱۸)
سن			
کمتر از ۲۵ سال	۲۲(۳۳)	۱۹(۲۵)	۲(۲۰)
۲۶ تا ۳۴ سال	۲۸(۴۲)	۳۸(۵۱)	۲(۲۰)
۳۵ تا ۴۴ سال	۹(۱۴)	۱۰(۱۳)	۲(۲۰)
بیشتر از ۴۵ سال	۷(۱۱)	۸(۱۱)	۴(۴۰)
وضعیت تاهل			
متاهل	۵۰(۶۸)	۶۲(۷۴)	۷(۶۴)
مجرد	۲۳(۳۲)	۲۲(۲۶)	۴(۳۶)
مدرک تحصیلی			
دیپلم و زیر دیپلم	۴۷(۶۱)	۴۷(۵۳)	۶(۵۵)
فوق دیپلم و لیسانس	۲۷(۳۵)	۲۹(۳۳)	۴(۳۶)
بالتر از فوق لیسانس	۳(۴)	۱۲(۱۴)	۱(۹)
وضعیت اشتغال			
بیکار	۳۶(۵۰)	۳۹(۴۸)	۴(۴۴)
شاغل	۳۶(۵۰)	۴۳(۵۲)	۵(۵۶)
دارای بیمه درمانی			
بله	۱۴۶(۵۱)	۱۱۶(۴۲)	۹(۸۲)
خیر	۱۲۹(۴۶)	۱۴۹(۵۴)	۲(۱۸)

همانطور که در نمودار ۱ نمایش داده شده است، بسیاری از افراد در این مطالعه درخصوص بیماری خود با سایرین (فرد متخصص یا غیر متخصص) مشورت نموده و اقدام به درمان بیماری خود می نمایند (۵۷٪). اکثر این افراد جهت درمان بیماریهای جزئی خویش اقدام به خودمراقبتی می نمایند (۵۳٪) و ۶۶ درصد از این افراد با علم کافی درخصوص بیماریها و شناخت علائم بیماری درصدی در رفع علائم در منزل بر می آیند حال آنکه ۱۷ درصد از افراد همزمان با اقدام به خودمراقبتی بیماریهای جزئی به پزشک نیز مراجعه می نمایند.

در آزمون آنالیز همبستگی، بررسی رابطه بین خود مراقبتی و آگاهی و باور عمومی درخصوص آنتی بیوتیک انجام شد.

قدرت ضریب همبستگی برای دو گروه مختلف (به عنوان مثال جنس ("زن" و "مرد") از نظر سن ("جوان": زیر خط متوسط با یک انحراف استاندارد و "مسن": بالای خط متوسط با یک انحراف استاندارد)، تحصیلات ("پایین" دیپلم یا کمتر و یا "بالا": فوق دیپلم یا مدرک دانشگاهی)) نیز مقایسه شد.

قدرت همبستگی ضعیف می باشد اگر ρ ، ۰٫۱ تا ۰٫۲۹ باشد، متوسط است اگر ρ ، ۰٫۳ تا ۰٫۴۹ است و به ازای ρ ، ۰٫۵ تا ۱ قوی است (با سطح اطمینان ۹۵٪) ($p < 0.05$) (۲۰)

جهت بررسی گرایش افراد به موضوع مطالعه امتیاز کلی هر فرد با میانگین پرسشنامه مقایسه گردید و میزان گرایش محاسبه گردید.

نتایج:

مجموع ۱۷۲ نفر در نظر سنجی شرکت نمودند و ۱۶۰ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند (نرخ پاسخ ۹۳٪). از ۱۶۰ نفر پاسخ دهنده، ۷۸ نفر (۴۸/۸٪) با مقوله خودمراقبتی آشنا هستند. اطلاعات این افراد مورد بررسی قرار گرفت.

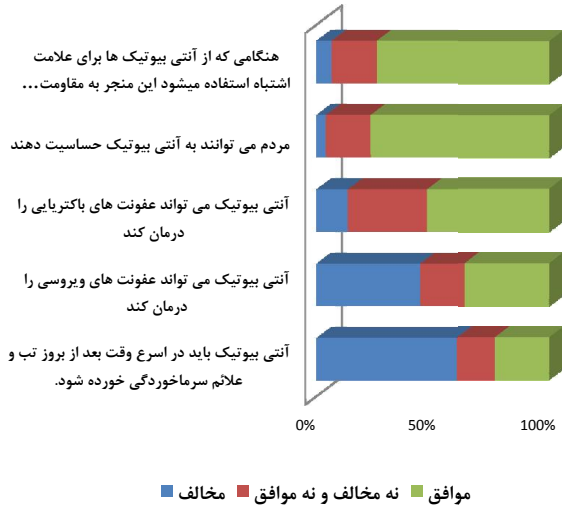
ویژگی های اجتماعی و اقتصادی و جمعیتی مربوط به پاسخ دهندگان در جدول ۲ ارائه شده است. اکثر شرکت کنندگان زن (۷۱٪) هستند. متوسط سن ۳۰ سال می باشد (محدوده ۱۸ تا ۵۷). اکثریت پاسخ دهندگان شاغل (۴۷٪) و دارای بیمه درمانی (۷۲٪) و فاقد تحصیلات دانشگاهی هستند (۵۲٪).

نمودار شماره ۱- توزیع پاسخ ها به سوالات خودمراقبتی



خصوص مصرف آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های ویروسی (۳۶٪) برخوردار هستند.

نمودار شماره ۲- توزیع پاسخ ها به سوالات آگاهی



همانطور که در نمودار ۳ مشخص است، بیش از نیمی بر این باورند که آنتی بیوتیک ها اثرات جانبی ندارند (۷۸٪). (۶۳٪) از افراد تصور می کنند که می توانند به تشخیص خود از داروخانه آنتی بیوتیک تهیه نمایند و (۵۶٪) بر این باورند که ریختن پودر آنتی بیوتیک بر روی پوست می تواند به سرعت جراحات و صدمات را درمان کند. در حالیکه کسانی که در خصوص آگاهی و باور عمومی در زمینه آنتی بیوتیک ها دارای پاسخ نامطمئن بوده اند (نه موافق و نه مخالف) در محدوده ۱۱٪ تا ۳۷٪ قرار می گیرند. متوسط نمرات کلی آگاهی ۱۵ است، محدوده از ۰ تا ۲۵ می باشد. با توجه به سطوح آگاهی پاسخ دهندگان، ۲۵ درصد از پاسخ دهندگان در سطح ضعیف، ۴۱ درصد در سطح متوسط از آگاهی و ۳۴ درصد دارای آگاهی مناسب می باشند. متوسط نمرات باورها ۶ است (محدوده ۰ تا ۱۵). میزان شرکت کنندگان با باور مناسب ۱۹ درصد، میزان باور متوسط ۵۱ درصد و میزان باورهای ناکافی ۳۰ درصد است.

۳۷ درصد جهت درمان بیماریهای مزمن اقدام به مراقبتهای بهینه (کنترل و بررسی بیماری توسط بیمار) می نمایند. ۲۹ درصد از پاسخ دهندگان در هنگام مصرف داروهای OTC بروشور دارو را مطالعه می کنند. متوسط نمرات کلی خودمراقبتی ۱۵ است (محدوده از ۶ تا ۳۰ می باشد). با توجه به امتیازات بدست آمده سطوح اطلاعات افراد در خصوص خودمراقبتی به ترتیب، ۳۵ درصد از پاسخ دهندگان در سطح ضعیف، ۴۴ درصد در سطح متوسط و ۲۱ درصد در سطح بالا می باشند.

نتایج حاکی از آن است (نمودار ۲) که بسیاری از افراد در این مطالعه (۷۴٪) از این آگاهی برخوردار می باشند که مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها منجر به مقاومت دارویی به آنتی بیوتیک ها می شود. علاوه بر این، نیمی از شرکت کنندگان به این سوال که عفونت های باکتریایی را می توان با آنتی بیوتیک درمان نمود به درستی پاسخ داده اند (۵۲ درصد)، بسیاری از آنان می دانند که افراد می توانند نسبت به آنتی بیوتیک حساسیت نشان دهند (۷۷٪)، و آنتی بیوتیک ها نباید بلافاصله بعد از تب (۶۱٪) استفاده شوند. از سوی دیگر، کمتر از نیمی از آگاهی نادرست در

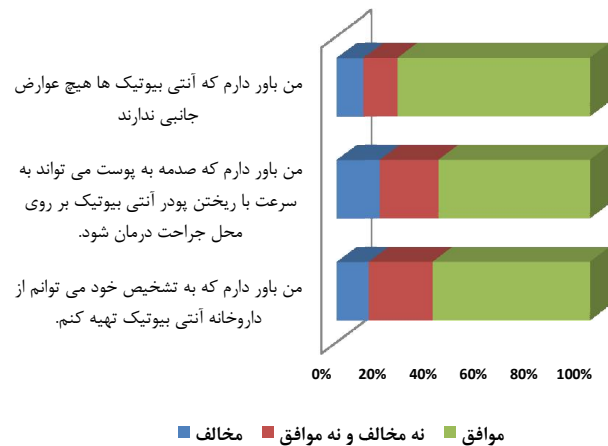
جدول ۳- مقایسه ضرایب همبستگی خودمراقبتی، آگاهی و باورها در

مورد استفاده از آنتی بیوتیک بر حسب سن و مدرک تحصیلی

متغیرهای اجتماعی و جمعیتی	ضرایب همبستگی
سن	
آگاهی	*۰,۱۹۴
باور	**۰,۲۵۰
مدرک تحصیلی	
خودمراقبتی	** -۰,۲۲۸

**همبستگی rho اسپیرمن، همبستگی در سطح ۰,۰۵ معنی دار است. * همبستگی در سطح ۰,۰۱ معنی دار است.

نمودار شماره ۳- توزیع پاسخ ها به سوالات باور عمومی



بحث و نتیجه گیری:

خودمراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی ها و وضعیت های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند. (۱) نتایج کلی این مطالعه نشان می دهد که بطور متوسط اکثر شرکت کنندگان دانش نسبی در خصوص خودمراقبتی در زمینه دارویی و استفاده از آنتی بیوتیک دارند. اکثر آنها با علم به بیماریها و شناخت صحیح علائم بیماری بدون مراجعه به پزشک درصدد رفع علائم بیماری (بالاخص بیماریهای جزئی) در منزل می پردازند. آنها به خطرات استفاده از آنتی بیوتیک ها همچون ایجاد مقاومت میکروبی آنتی بیوتیک ها، و امکان بروز حساسیت به آنها آگاهی داشتند. درمطالعه انجام شده در سال ۲۰۱۲ در اندونزی نتایج مشابه بدست آمده است (۱۹). حدوداً نیمی از افراد مطالعه می دانستند که آنتی بیوتیکها برای عفونتهای باکتریایی موثر هستند، اما آگاهی ها در مورد اثر آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های ویروسی ناکافی بود. به طور کلی، در هر دو کشورهای توسعه یافته و در حال

رابطه بین آگاهی و باورها $\rho = 0,325$ و در حد متوسط است، $n = 160$ ، $p < 0,05$ می باشد؛ به این معنی که افراد با وجود داشتن آگاهی بالا دارای باورهای عملکردی غلط درخصوص مصرف آنتی بیوتیک ها می باشند. از مقایسه مقدار امتیازات کلی افراد با میانگین امتیاز پرسشنامه میزان گرایش مثبت پاسخ دهندگان بررسی گردید. مقادیر بالاتر از ۲۸ به منزله گرایش مثبت تلقی می شود. نتایج حاکی از آن است که ۸۴,۴ درصد از افراد نسبت به موضوع مطالعه گرایش مثبت داشته اند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می دهد که کسانی که دارای اطلاعات مناسب در مورد آنتی بیوتیک هستند، به احتمال زیاد باورهای مناسب تری نیز در مورد مصرف آنتی بیوتیک ها دارند.

همانطور که در جدول ۳ دیده می شود، ارتباط بین اطلاعات مناسب درخصوص خودمراقبتی در افراد با تحصیلات بالا بیشتر از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی است. همچنین آگاهی و باور مناسب در افراد جوانتر بالاتر از مسن ترها است.

توسعه مردم آگاه هستند که آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های باکتریایی موثر می باشند. (۲۲ و ۲۱ و ۱۹ و ۸). جالب توجه است، که در متون مربوط به آگاهی مناسب در میان اعضای جامعه در مورد اثربخشی آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های ویروسی تناقض وجود دارد.

در این مطالعه و مطالعات مشابه، نتایج متناقضی در خصوص آگاهی مردم در مورد دیگر اثرات درمانی آنتی بیوتیک ها مشاهده شد، به عنوان مثال وجود باورهای غلط مبنی بر استفاده فوری از آنتی بیوتیک ها برای درمان تب و یا درمان آسیب های پوستی با ریختن پودر آنتی بیوتیک ها بر روی آنها (۲۲ و ۲۱ و ۱۹ و ۸). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می دهد که کسانی که اطلاعات مناسبی در مورد آنتی بیوتیک دارند، به احتمال زیاد باورهای مناسب تری نیز در مورد مصرف آنتی بیوتیک ها دارند. ارتباط بین اطلاعات مناسب در خصوص خودمراقبتی در افراد با تحصیلات بالا بیشتر از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی است. همچنین آگاهی و باور مناسب در افراد جوانتر بالاتر از مسن تر ها است. این یافته نشان می دهد که افراد مسن و افراد با تحصیلات پایین تر را می توان در هر گونه تلاش برای اصلاح باورهای غلط در مورد استفاده از آنتی بیوتیک اولویت بندی نمود. (۱۹) بر پایه یافته های این مطالعه، مطالعات بیشتری در این زمینه پیشنهاد می شود.

بر پایه شواهد ذکر شده وجود تصورات اشتباه در برخی از مفاهیم کلی خودمراقبتی و نحوه مصرف آنتی بیوتیک در میان افراد مورد مطالعه مشاهده شد. بنابراین، افزایش سطح آگاهی و باور عمومی در این زمینه لازم است. یافته ها ممکن است برای کمک به انجام مداخله بمنظور اصلاح باورهای غلط در خصوص مصرف آنتی بیوتیک و افزایش آگاهی مردم در مورد خطرات استفاده غلط از آنتی بیوتیک ها در جامعه، مفید باشد.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از کلیه همکاران واحدهای امور دارویی و کادر داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مراکز بهداشت شمال و شرق تهران تشکر و قدردانی می گردد.

1. World Health Organization(1998) The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication, Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist.
2. Responsible Self-Care and Self-Medication A Worldwide Review of Consumer Survey
3. Raveh D, Levy Y, Rudensky B, Yinnon, AM, Longitudinal surveillance of antibiotic use in hospital, QJ Med 2001, 94 : 141-51
4. Beringer PM, Wong-Beringer A, Rho JP. Economic aspects of antibacterial adverse effects. Pharmacoeconomics 1998 j/3, 35-49
5. Radyowijati A, Haak H: Determinants of Antimicrobial Use in the Developing World. Child Health Research Project Special Report, 2001, 4(1):37. Available from: http://www.childhealthresearch.org/doc/AMR_vol4.pdf.
6. Larson E, Ferng YH, Wong J, Alvarez-Cid M, Barrett A, Gonzalez MJ, Wang S, Morse SS: Knowledge and misconceptions regarding upper respiratory infections and influenza among urban Hispanic households : need for targeted messaging. J Immigr Minor Health 2009, 11(2):71-82.
7. Abellanos I, Nichter M: Antibiotic prophylaxis among commercial sex workers in Cebu City, Philippines. Patterns of use and perceptions of efficacy. Sex Transm Dis 1996, 23(5):407-412.
8. Andre M, Vernby A, Berg J, Lundborg CS: A survey of public knowledge and awareness related to antibiotic use and resistance in Sweden. J Antimicrob Chemother 2010, 65(6):1292-1296
9. Pechere JC: Patients' interviews and misuse of antibiotics. Clin Infect Dis 2001, 33(Suppl 3):S170-S173.
10. Stivers T, Mangione-Smith R, Elliott MN, McDonald L, Heritage J: Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. J Fam Pract 2003, 52(2):140-148.
- ۱۱- شهرام رفیعی فر و همکاران، نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود ، ۱۳۸۴
12. Conner M, Norman P (Eds): Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. 2nd edition. England: Open University Press; 2005.
13. Grigoryan L, Burgerhof JG, Degener JE, Deschepper R, Lundborg CS, Monnet DL, Scicluna EA, Birkin J, Haaier-Ruskamp FM: Attitudes, beliefs and knowledge concerning antibiotic use and self-medication: a comparative European study. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007, 16(11):1234-1243.
14. Azevedo MM, Pinheiro C, Yaphe J, Baltazar F: Portuguese students' knowledge of antibiotics: a cross-sectional study of secondary school and university students in Braga. BMC Publ Health 2009, 9:359.
15. Buke AC, Ermertcan S, Hosgor-Limoncu M, Ciceklioglu M, Eren S: Rational antibiotic use and academic staff. Int J Antimicrob Agents 2003, 21:63-66.
۱۶. گیتی حاجبی و همکاران، بررسی الگوی مصرف آنتی بیوتیکها در بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۰، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، ۲، ۱۶۴-۱۵۷
17. Chetley A, Hardon A, Hodgkin C, Haaland A, Fresle D: How to investigate the use of medicines by consumers. Switzerland: World Health Organisation; 2007.
18. Hadi U, Duerink DO, Lestari ES, Nagelkerke NJ, Werter S, Keuter M, Suwandojo E, Rahardjo E, Broek P, Gyssens IC: Survey of antibiotic use of individuals visiting public healthcare facilities in Indonesia. Int J Infect Dis 2008, 12:622-629.
- Widayati et al. Antimicrobial Resistance and Infection Control 2012, 1:38 Page 6 of 7
<http://www.aricjournal.com/content/1/1/38>
19. Widayati A , Suryawati S ,Charlotte de Crespigny ,E Hiller J : Knowledge and beliefs about antibiotics among people in Yogyakarta City Indonesia: a cross sectional population-based survey. Antimicrobial Resistance and Infection Control 2012,1:38
20. Pallant J: SPSS Survival Manual A Step by step guide to data analysis using SPSS. 4th edition. NSW: Allen & Unwin; 2011.
21. You JH, Yau B, Choi KC, Chau CT, Huang QR, Lee SS: Public knowledge, attitudes and behavior on antibiotic use: a telephone survey in Hong Kong. Infection 2008, 36(2):153-157.
22. Togoobaatar G, Ikeda N, Ali M, Sonomjamts M, Dashdemberel S, Mori R, Shibuya K: Survey of non-prescribed use of antibiotics for children in an urban community in Mongolia. Bull World Health Organ 2010, 88(12):930-936.