



بررسی نگرش و باور عمومی در خصوص خود مراقبتی در زمینه دارویی

در مراجعان به داروخانه‌های تحت پوشش معاونت بهداشتی شهید بهشتی
تابستان سال ۱۳۹۳

دکتر مریم نفیسی^۱، مریم عمرانی^۲، دکتر شریف ترکمن نژاد^۳، دکتر احمد رضا فرسار^۴

۱. مسؤل امور دارویی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. معاون فنی معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

■ مقدمه

و حفظ سلامت خود، پیشگیری و مقابله با بیماری‌هایشان انجام می‌دهند. این تعریف یک تصور وسیع، جامع و فراگیر از مفاهیم بهداشت، تغذیه، شیوه زندگی، فاکتورهای محیطی، عوامل اقتصادی _ اجتماعی و خوددرمانی است.

نویسندگان متعددی، از جمله سازمان بهداشت جهانی، خودمراقبتی و خوددرمانی را تعریف کرده‌اند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی خودمراقبتی اقداماتی است که مردم برای ایجاد

خوددرمانی انتخاب و مصرف دارو توسط فرد بیمار و تحت شرایط استاندارد است که برای درمان بیماری‌های شناخته شده خود و یا علائم آن‌ها استفاده می‌کند. خوددرمانی یک عنصر از خود مراقبتی است (۱).

در سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی «دستورالعمل ارزیابی نظارتی بر محصولات دارویی قابل استفاده در خوددرمانی» را انتشار داد (۲). داروهای مورد استفاده در خوددرمانی با نام داروهای بدون نسخه یا OTC شناخته می‌شوند. خوددرمانی با داروهای OTC با عنوان خوددرمانی معتبر نیز شناخته می‌شود. گاهی اوقات از مفهوم خوددرمانی برداشت غلطی صورت می‌گیرد و با خوددرمانی نامعتبر اشتباه گرفته می‌شود. خوددرمانی نامعتبر به مفهوم اقدام به خرید و استفاده از داروهای نسخه‌دار بدون تجویز پزشک می‌باشد. این عمل خطرناک در خودمراقبتی و خوددرمانی هیچ جایگاهی ندارد. مطالعات صورت گرفته روی مبحث خوددرمانی حاکی از آن است که این دسته از مطالعات به‌خصوص در جوامع محروم «از نظر اقتصادی» بسیار معمول است. در عصر حاضر، ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی هزینه‌بردار و گران است و در کشورهای در حال توسعه امکانات مراقبت‌های بهداشتی در دسترس نیست. از این‌رو، خوددرمانی انتخاب قطعی و بدیهی در امر خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. در سال‌های گذشته، خوددرمانی به‌شدت و به‌خصوص در اقتصادهای توسعه یافته رواج یافته بود. لیکن امروزه تمامی کشورهای غنی و فقیر، توسعه یافته یا در حال توسعه، در مرحله درک سهمی که خود مراقبتی و خوددرمانی

می‌تواند در بهداشت فردی و عمومی ایجاد کند، هستند (۲).

در بسیاری از کشورها آنتی‌بیوتیک‌ها در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد داروهای تجویزی در بین عوامل درمانی را شامل می‌شوند. علی‌رغم این که تجویز آنتی‌بیوتیک در بیشتر عفونت‌های باکتریایی ضروری است و عدم مصرف آن باعث تهدید زندگی می‌شود اما اغلب مطالعات نشان داده ۳۰ تا ۶۰ درصد موارد تجویزی نادرست بوده که معمولاً این اشتباه‌ها توسط پزشک، توزیع‌کننده و یا خوددرمانی صورت گرفته است (۳، ۴).

خود مراقبتی در کشورهای در حال توسعه در مراحل اولیه است. به جز چند مطالعه بر رفتار خود مراقبتی اشخاص، منابع در دسترس از کشورهای در حال توسعه در مورد خود مراقبتی بسیار کم هستند. در بررسی انجام گرفته در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک در کشورهای در حال توسعه توسط Radjowijati و Haak (۵) گزارش شده است که افراد، آنتی‌بیوتیک را به‌عنوان «دارویی فوق‌العاده» یا «یک داروی قدرتمند» یا «یک داروی قوی» می‌شناسند که قادر به پیشگیری و درمان هر بیماری یا نشانه‌ای می‌باشد.

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

حاضر در راستای توصیف خودمراقبتی، آگاهی و باورهای عمومی در مورد مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها انجام گرفته است.

■ مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی به روش بررسی دانش، نگرش و باور عمومی در مراجعان به داروخانه‌های تحت پوشش معاونت بهداشتی شهید بهشتی در فصل تابستان سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی در نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه براساس فرمول کوکران (در طیف لیکرت $s = 0.66$) متناسب با جمعیت شهری به صورت تصادفی از بین افراد با بیش از ۱۸ سال سن که به داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری (شمال و شرق تهران) مراجعه می‌نمایند، انتخاب شده‌اند.

پرسش‌نامه، شامل دو بخش دموگرافیک و اجتماعی - اقتصادی و سؤالات خودمراقبتی آگاهی، باور و نگرش عمومی است. مقیاس پنج نقطه لیکرت (همیشه - بیشتر وقت‌ها - گاهی اوقات - به ندرت - هیچ‌وقت) برای سؤالات خودمراقبتی و (به شدت مخالف - مخالف - نه مخالف و نه موافق - موافق - به شدت موافق) برای پاسخ به سؤالات مربوط به آگاهی و باور عمومی در خصوص آنتی‌بیوتیک‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

اقلام پرسش‌نامه براساس مقالات منتشر شده که در آن آگاهی و باور عمومی مردم در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها در کشورهای مختلف (۱۷، ۱۸) مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ساختار بندی شده است.

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 می‌کنند و برخی حتی ترجیح می‌دهند از بیماری خود اطلاع نداشته باشند و زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که بسیار دیر است. خودمراقبتی باعث کاهش مراجعه‌های پزشکی، و جلب مشارکت افراد در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای اقدامات سلامتی خود، می‌شود. خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان چگونگی استفاده از آن است (۱۱).

آگاهی و باور عمومی، دو عامل شناختی اجتماعی در سطح فردی است که رفتار مرتبط با سلامت، از جمله رفتار در استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آگاهی به خودی خود به اندازه کافی برای تغییر رفتار مؤثر 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 آنتی‌بیوتیک‌ها در جامعه هم‌چنان به عنوان مشکلی قابل توجه در هر دو کشور توسعه یافته و در حال توسعه (۱۳، ۱۰) می‌باشد، کاهش تصورهای نادرست در مورد مصرف آنتی‌بیوتیک در میان اعضای جامعه ضروری است. اطلاعات مربوط به آگاهی و باورها در زمینه استفاده از آنتی‌بیوتیک در کشورهای توسعه یافته و به طور خاص در میان عموم مردم به طور گسترده‌ای ارایه شده است (۵، ۸، ۱۴، ۱۵) اما، اطلاعات مشابه مربوط به وضع کشورهای در حال توسعه، از جمله در ایران، اندک است (۵، ۱۶). بنابراین، مطالعه

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

سؤالات خودمراقبتی، آگاهی و نگرش عمومی	
خود مراقبتی: (S)	<p>S1: آیا در خصوص بیماری خود با سایرین (فرد متخصص یا غیرمتخصص) مشورت نموده و یا با اکتفا به اطلاعات خود در خصوص بیماری‌ها اقدام به خوددرمانی می‌کنید؟</p> <p>S2: آیا هم‌زمان با اقدام به خود مراقبتی بیماری‌های جزئی به پزشک نیز مراجعه می‌کنید؟</p> <p>S3: آیا جهت بهبود بیماری‌های مزمن مانند دیابت، آسم، فشارخون بالا، اقدام به مراقبت‌های بهینه (کنترل و بررسی بیماری توسط فرد بیمار) می‌کنید؟</p> <p>S4: آیا جهت درمان بیماری‌های جزئی مانند سرماخوردگی، دل‌درد، اسهال و استفراغ اقدام به خود مراقبتی در منزل می‌کنید؟</p> <p>S5: آیا در صورت بروز عارضه، با علم کافی در خصوص بیماری‌ها و شناخت صحیح علائم بیماری‌ها، درصد دفع علائم در منزل برمی‌آید؟</p> <p>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 می‌کنید؟</p>
آگاهی: (K)	<p>K1: آیا آنتی‌بیوتیک باید در اسرع وقت بعد از بروز تب و علائم سرماخوردگی مصرف شود؟</p> <p>K2: آیا آنتی‌بیوتیک می‌تواند عفونت‌های ویروسی را درمان کند؟</p> <p>K3: آیا آنتی‌بیوتیک می‌تواند عفونت‌های باکتریایی را درمان کند؟</p> <p>K4: آیا مردم می‌توانند به آنتی‌بیوتیک حساسیت دهند؟</p> <p>K5: آیا هنگامی که از آنتی‌بیوتیک‌ها برای علامت اشتباه استفاده می‌شود، منجر به مقاومت به آنتی‌بیوتیک می‌گردد؟</p>
باور عمومی: (B)	<p>B1: آیا من باور دارم که به تشخیص خود می‌توانم از داروخانه آنتی‌بیوتیک تهیه کنم؟</p> <p>B2: آیا من باور دارم که صدمه به پوست می‌تواند به سرعت با ریختن پودر آنتی‌بیوتیک بر روی محل جراحت درمان شود؟</p> <p>B3: آیا من باور دارم که آنتی‌بیوتیک‌ها هیچ عوارض جانبی ندارند؟</p>

(محدوده از ۶ تا ۳۰). عملکرد کلی خودمراقبتی در گروه‌های ضعیف (کمتر از متوسط)، متوسط (در حد متوسط) و مناسب (بالا تر از متوسط) دسته‌بندی شدند.

برای سؤالات آگاهی، افراد در صورتی که پاسخ منفی برای آیتم K1 و K2 و پاسخ مثبت برای آیتم‌های K3 تا K5 داده باشند، از آگاهی مناسبی در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها برخوردار هستند.

جزئیات سؤالات مورد استفاده در این مطالعه در مورد خودمراقبتی (شش مورد)، آگاهی (پنج مورد) و باور و نگرش (سه مورد) در جدول (۱) ارایه شده است.

برای سؤالات خود مراقبتی پاسخ مثبت به آیتم‌های S1 و S3 تا S6 و پاسخ منفی به آیتم S2 صحیح می‌باشد. مجموع پاسخ‌های درست برای نشان دادن امتیاز کلی خود مراقبتی محاسبه شد

انحراف استاندارد)، تحصیلات («پایین» دیپلم یا کمتر و یا «بالا»: فوق دیپلم یا مدرک دانشگاهی) نیز مقایسه شد.

قدرت همبستگی ضعیف می‌باشد اگر $0.1 < \rho$ تا 0.29 باشد، متوسط است اگر $0.3 < \rho$ تا 0.49 است و به ازای $\rho > 0.5$ تا 1 قوی است با سطح اطمینان ۹۵ درصد ($p < 0.05$) (۲۰). جهت بررسی گرایش افراد به موضوع مطالعه امتیاز کلی هر فرد با میانگین پرسش‌نامه مقایسه و میزان گرایش محاسبه گردید.

■ نتایج

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

ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی و جمعیتی مربوط به پاسخ‌دهندگان در جدول (۲) ارائه شده است. اکثر شرکت‌کنندگان زن (۷۱ درصد) هستند. متوسط سن ۳۰ سال می‌باشد (محدوده ۱۸ تا ۵۷). اکثریت پاسخ‌دهندگان شاغل (۴۷ درصد) و دارای بیمه درمانی (۷۲ درصد) و فاقد تحصیلات دانشگاهی هستند (۵۲ درصد).

همان‌طور که در نمودار (۱) نمایش داده شده است، بسیاری از افراد در این مطالعه در خصوص بیماری خود با سایرین (فرد متخصص یا غیرمتخصص) مشورت نموده و اقدام به درمان بیماری خود می‌نمایند (۵۷ درصد). اکثر این افراد جهت درمان بیماری‌های جزئی خویش اقدام به

در خصوص ارزیابی صحت پاسخ‌ها به سؤالات باور و نگرش عمومی، پاسخ منفی به هر سه سؤال ملاک سنجش بوده است.

پاسخ‌های صحیح داده شده به آیت‌م آگاهی برای نشان دادن امتیاز کلی آگاهی محاسبه شد (محدوده از ۰ تا ۲۵). عملکرد کلی خودمراقبتی در گروه‌های ضعیف (کمتر از متوسط)، متوسط (در حد متوسط) و مناسب (بالاتر از متوسط) دسته‌بندی شدند.

نمره‌بندی سؤالات باور و نگرش با استفاده از نمره کلی مربوط به ۳ سؤال آیت‌م مذکور محقق گردید (محدوده از ۰ تا ۱۵). همان‌طور که در طبقه‌بندی سطوح آگاهی، آگاهی‌های کافی از ناکافی براساس میزان نزدیکی به خط متوسط شناخته می‌شد، باور افراد در خصوص آنتی‌بیوتیک مناسب تلقی می‌شود اگر امتیازات بالاتر از حد متوسط باشد، متوسط می‌باشد در صورتی که روی خط متوسط باشد و به‌عنوان ناکافی دسته‌بندی می‌شود در صورتی که امتیازات زیر خط متوسط باشند.

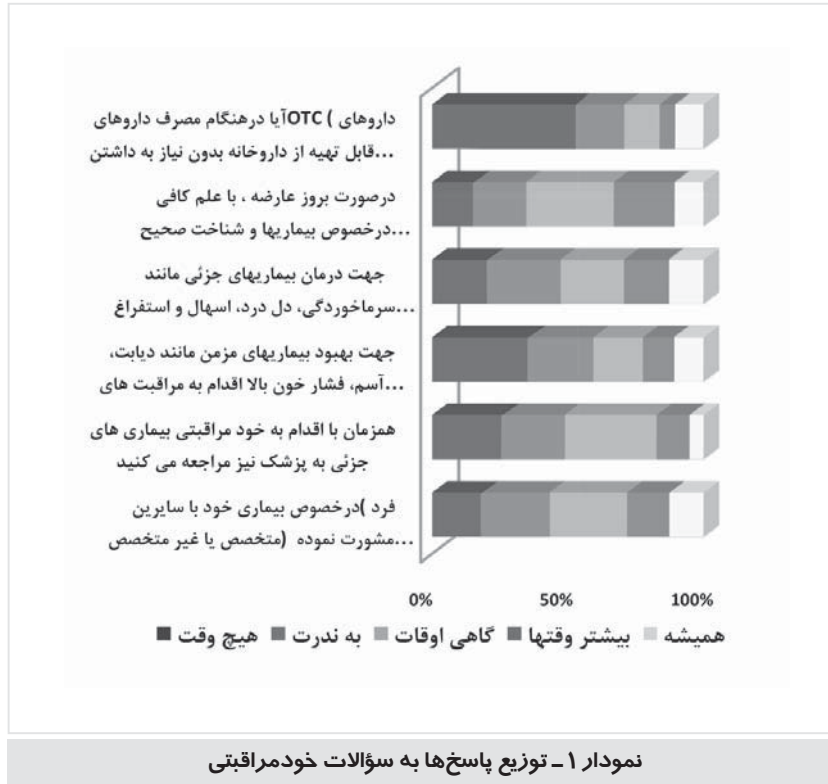
اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و اجتماعی - اقتصادی پاسخ‌دهندگان با درصد و متوسط گزارش شده است. ویژگی‌ها عبارتند از: جنس، سن، موفقیت در تحصیلات و استخدام.

در آزمون آنالیز همبستگی، بررسی رابطه بین خودمراقبتی و آگاهی و باور عمومی در خصوص آنتی‌بیوتیک انجام گرفت.

قدرت ضریب همبستگی برای دو گروه مختلف (به‌عنوان مثال جنس «زن» و «مرد») از نظر سن («جوان»: زیر خط متوسط با یک انحراف استاندارد و «مسن»: بالای خط متوسط با یک

جدول ۲ - ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی - اقتصادی شرکت‌کنندگان در نظرسنجی مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک‌ها

N = ۱۶۳ , مجموع پاسخ‌دهندگان			
ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی - اقتصادی	تعداد (درصد) از پاسخ‌دهندگان که با خود مراقبتی آشنا هستند	تعداد (درصد) از پاسخ‌دهندگان که آگاهی مناسب در خصوص آنتی‌بیوتیک دارند	تعداد (درصد) از پاسخ‌دهندگان که باور مناسب در خصوص آنتی‌بیوتیک 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 تأهل			
متاهل	۵۰(۶۸)	۶۲(۷۴)	۷(۶۴)
مجرد	۲۳(۳۲)	۲۲(۲۶)	۴(۳۶)
مدرک تحصیلی			
دیپلم و زیردیپلم	۴۷(۶۱)	۴۷(۵۳)	۶(۵۵)
فوق‌دیپلم و لیسانس	۲۷(۳۵)	۲۹(۳۳)	۴(۳۶)
بالتر از فوق‌لیسانس	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	۱۳۹(۴۶)	۱۴۹(۵۴)	۲(۱۸)



مطالعه می کنند. متوسط نمرات کلی خودمراقبتی ۱۵ است (محدوده از ۶ تا ۳۰ می باشد). با توجه به امتیازات حاصل، 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 درصد) از این آگاهی برخوردار می باشند که مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها منجر به مقاومت دارویی به

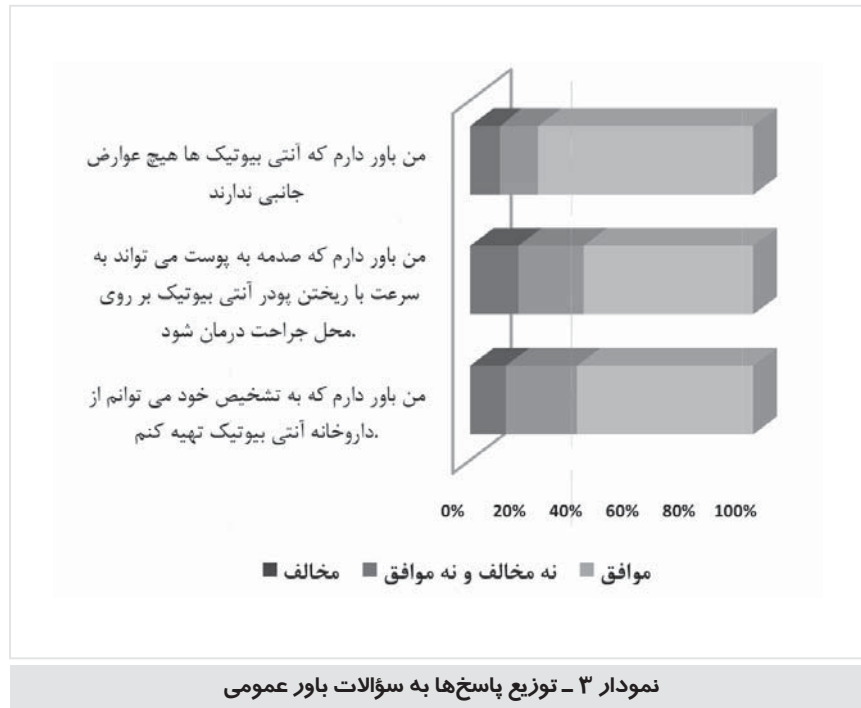
خودمراقبتی می نمایند (۵۳ درصد) و ۶۶ درصد از این افراد با علم کافی در خصوص بیماریها و شناخت علائم بیماری درصد رفع علائم در منزل برمی آیند، حال آن که ۱۷ درصد از افراد همزمان با اقدام به خودمراقبتی بیماریهای جزئی به پزشک نیز مراجعه می نمایند.

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

همان‌طور که در نمودار (۳) مشخص است، بیش از نیمی بر این باور هستند که آنتی‌بیوتیک‌ها اثرات جانبی ندارند (۷۸ درصد). (۶۳ درصد) از افراد تصور می‌کنند که می‌توانند به تشخیص خود از داروخانه آنتی‌بیوتیک تهیه نمایند و (۵۶ درصد) بر این باور می‌باشند که ریختن پودر آنتی‌بیوتیک بر پوست می‌تواند به سرعت جراحات و صدمات را درمان کند. در حالی که کسانی که در خصوص آگاهی و باور عمومی در زمینه آنتی‌بیوتیک‌ها دارای پاسخ نامطمئن بوده‌اند (نه موافق و نه مخالف) در محدوده

آنتی‌بیوتیک‌ها می‌شود. علاوه بر این، نیمی از شرکت‌کنندگان به این سؤال که عفونت‌های باکتریایی را می‌توان با آنتی‌بیوتیک درمان نمود به درستی پاسخ داده‌اند (۵۲ درصد)، بسیاری از آنان می‌دانند که افراد می‌توانند نسبت به آنتی‌بیوتیک حساسیت نشان دهند (۷۷ درصد)، و آنتی‌بیوتیک‌ها نباید بلافاصله بعد از تب (۶۱ درصد) استفاده شوند. از سوی دیگر، کمتر از نیمی از آگاهی نادرست در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌های ویروسی (۳۶ درصد) برخوردار هستند.





دارای باورهای عملکردی غلط در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها می‌باشند. از مقایسه مقدار امتیازات کلی افراد با میانگین امتیاز پرسش‌نامه میزان گرایش مثبت پاسخ‌دهندگان بررسی گردید. مقادیر بالاتر از ۲۸ به منزله گرایش مثبت تلقی می‌شود. نتایج حاکی از آن است که ۸۴/۴ درصد از افراد نسبت به موضوع مطالعه گرایش مثبت داشته‌اند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که کسانی که دارای اطلاعات مناسب در مورد آنتی‌بیوتیک هستند، به احتمال زیاد باورهای مناسب‌تری نیز در مورد مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها دارند.

۱۱ درصد تا ۳۷ درصد قرار می‌گیرند. متوسط نمرات کلی آگاهی ۱۵ است، محدوده از ۰ تا ۲۵ می‌باشد. با توجه به سطوح آگاهی پاسخ‌دهندگان، ۲۵ درصد از پاسخ‌دهندگان در سطح ضعیف، ۴۱ درصد در سطح متوسط از آگاهی و ۳۴ درصد دارای آگاهی مناسب می‌باشند. متوسط نمرات باورها ۶ است (محدوده ۰ تا ۱۵). میزان شرکت‌کنندگان با باور مناسب، ۱۹ درصد، میزان باور متوسط، ۵۱ درصد و میزان باورهای ناکافی ۳۰ درصد است. رابطه بین آگاهی و باورها $\rho = 0.325$ و در حد متوسط است، $n = 16$ ، $p < 0.05$ می‌باشد؛ به این معنی که افراد با وجود داشتن آگاهی بالا

جدول ۳ - مقایسه ضرایب همبستگی خودمراقبتی، آگاهی و باورها در مورد استفاده از آنتی‌بیوتیک 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 معنی‌دار است.	
** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.	

مطالعه نشان می‌دهد که به‌طور متوسط اکثر شرکت‌کنندگان، دانش نسبی در خصوص خودمراقبتی در زمینه دارویی و استفاده از آنتی‌بیوتیک دارند. اکثر آن‌ها با علم به بیماری‌ها و شناخت صحیح علایم بیماری بدون مراجعه به پزشک درصدد رفع علایم بیماری (بالاخص بیماری‌های جزئی) در منزل می‌باشند. آن‌ها به خطرات استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها هم‌چون ایجاد مقاومت میکروبی آنتی‌بیوتیک‌ها، و امکان بروز حساسیت به آن‌ها آگاهی داشتند. در مطالعه انجام گرفته در سال ۲۰۱۲ در اندونزی نتایج مشابه به‌دست آمده است (۱۹). حدوداً نیمی از افراد مطالعه می‌دانستند که آنتی‌بیوتیک‌ها برای عفونت‌های باکتریایی مؤثر هستند، اما آگاهی‌ها در مورد اثر آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌های ویروسی ناکافی بود. به‌طور کلی، در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مردم آگاه هستند که آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌های باکتریایی مؤثر می‌باشند (۲۲، ۲۱، ۱۹، ۸). جالب توجه است، که در متون مربوط به آگاهی مناسب در میان اعضای جامعه در مورد اثربخشی آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌های ویروسی تناقض وجود دارد.

در این مطالعه و مطالعه‌های مشابه، نتایج متناقضی در خصوص آگاهی مردم در مورد دیگر اثرات درمانی آنتی‌بیوتیک‌ها مشاهده شد، به‌عنوان مثال وجود باورهای غلط مبنی بر استفاده فوری از آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان تب و یا درمان آسیب‌های پوستی با ریختن پودر آنتی‌بیوتیک‌ها روی آن‌ها (۲۲ و ۲۱ و ۱۹ و ۸).

همان‌طور که در جدول (۳) دیده می‌شود، 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 مسن‌ترها است.

■ بحث و نتیجه‌گیری

خودمراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند (۱). نتایج کلی این

زیرنویس

1. WHO
2. Self care
3. Self medication
4. Non-prescription
5. Over the counter
6. Responsible
7. Irresponsible
8. Self care
9. Knowledge
10. Belief

منابع

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. Pharmacoconomics 1998 ;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, 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. Abellanosa 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

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که کسانی که اطلاعات مناسبی در مورد آنتی‌بیوتیک دارند، به احتمال زیاد باورهای مناسب‌تری نیز در مورد مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها 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 مسن‌ترها است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد مسن و افراد با تحصیلات پایین‌تر را می‌توان در هرگونه تلاش برای اصلاح باورهای غلط در مورد استفاده از آنتی‌بیوتیک اولویت‌بندی کرد (۱۹). بر پایه یافته‌های این مطالعه، مطالعه‌های بیشتری در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

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

■ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه همکاران واحدهای امور دارویی و کادر داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مراکز بهداشت شمال و شرق تهران تشکر و قدردانی می‌گردد.

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. رفیعی ش. 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. Haaijer-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. Cicekloglu M. Eren S. Rational antibiotic use and academic staff. *Int J Antimicrob Agents* 2003; 21:63-66.
۱۶. حاجبی گ. بررسی الگوی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۰. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی*. ۱۳۸۴؛ ۲۹(۲): ۱۵۷-۱۶۴
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) : 6-7
<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.