

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

چکیده

مقدمه: عوامل متعددی با مصرف بیش از حد آنتی بیوتیکها در مادران کودکان کمتر از ۷ سال همراه هستند. در این مطالعه سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال ارزیابی و فاکتورهای استفاده نادرست آنها تعیین شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۲۵۵ مادر دارای کودک زیر ۷ سال در سالهای ۹۳-۹۲ وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه از قبل ساخته شده آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال توسط آنها تکمیل شد. سپس اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS ۱9.19 گردید و از نظر آماری $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: سطح آگاهی مادران در ۵۷ نفر (۲۲/۴٪) ضعیف، ۱۴۴ نفر (۵۶/۴٪) متوسط و ۵۴ نفر (۲۱/۲٪) خوب بود. سطح نگرش مادران در ۳۰ نفر (۱۱/۷٪) ضعیف، ۱۵۹ نفر (۶۲/۵٪) متوسط و ۶۶ نفر (۲۵/۸٪) خوب بود و سطح عملکرد مادران در ۴۸ نفر (۱۸/۹٪) ضعیف، ۱۲۹ نفر (۵۰/۵٪) متوسط و ۷۸ نفر (۳۰/۶٪) خوب بود. مادران شاغل و مادران با سابقه بستری کودک بطور معنی داری از سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه گیری: بنظر می‌رسد، برای ایجاد مداخلات آموزشی موفق، دانستن فاکتورهایی که موجب استفاده نادرست آنتی بیوتیک و افزایش سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در کودکان کمتر از ۷ سال می‌شود، ضروری است.

سیدمحمدباقر اخوی راد، هومان کاظمی

دپارتمان کودکان، بیمارستان شهیدمصطفی خمینی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد، تهران، ایران

* نویسنده مسئول:

تهران، خیابان ایتالیا، بیمارستان شهیدمصطفی خمینی

۰۲۱-۸۸۹۷۷۹۲۷
E-mail: akhavi19@hotmail.com

کلمات کلیدی: آگاهی نگرش، عملکرد، مصرف آنتی بیوتیک

مقدمه

آنتی بیوتیکها، گروه دارویی قوی می باشند که از زمان کشف آنها میلیونها نفر از مرگ نجات یافته اند. استفاده نادرست از آنتی بیوتیکها می تواند موجب به خطر افتادن سلامتی بیمار و ایجاد مقاومت باکتریایی به این داروها شود. هم اکنون، در سراسر دنیا مقاومت باکتریایی به این داروها در سطوح نگران کننده ای گزارش شده است که از مشکلات اصلی سیستم بهداشتی می باشد و موجب ایجاد بار سنگین مالی در نظام سلامت ملی می شود. ^{۱-۲} افزایش روزافزون مقاومت عفونت استرپتوکوکوس پنومونیا به دارو از دغدغه های متخصصین کودکان می باشد. زیرا پنوموکوسی از علل مننژیت باکتریایی، پنومونی، باکتری می و اوتیت میانی در کودکان می باشد. ^۳ بهبود مصرف آنتی بیوتیکها، اندیکاسیون درمان آنتی بیوتیکی، انتخاب نوع مناسب آنتی بیوتیک، دوز و مدت درمان، افزایش دانش مصرف آنتی بیوتیک، در رفع مشکل مقاومت باکتریایی از گامهای بسیار مهم می باشند. در جوامع مختلف عمدتا از آنتی بیوتیکها استفاده می شود که خود مستعد استفاده نادرست از آنها می باشد. ^۴ تاکنون تخمین زده شده است که در سراسر دنیا بیش از ۵۰٪ آنتی بیوتیکها بدون نسخه پزشک خریداری می شوند. ^۵ این وضعیت در کشورهای در حال توسعه به دلیل استفاده از آنتی بیوتیکها بدون راهنمای پزشک منجر به توزیع و فروش نامناسب این داروها شده است. ^{۶-۷} خوددرمانی در ایالت متحده و اروپا بویژه در سرما خوردگی و عفونت سیستم تنفسی فوقانی نیز گزارش شده است که اکثرا ویروسی هستند. در مطالعات کشورهای امریکایی، اروپایی و آسیایی نیز نشان داده اند که ۲۲٪ تا ۷۰٪ والدین در مورد مصرف مناسب آنتی بیوتیکها و اثرات درمانی آن دارای تصورات غلط می باشند ^{۸-۹} و اغلب بدون تجویز پزشک از این داروها استفاده می کنند. ^{۱۰-۱۲}

خوددرمانی، فقدان آموزش جمعیت عمومی، کنترل ضعیف فروش دارو، فقدان دسترسی به مراقبتهای بهداشتی از موارد شایع مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک می باشند. ^{۱۳-۱۴} هزینه بالای دارو، درمان ناتمام، تحت فشار قرار دادن پزشک برای تجویز آنتی بیوتیک توسط بیمار، منجر به سوء مصرف آنتی بیوتیک می شود. مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نشان می دهد

که استفاده نامناسب از آنتی بیوتیکها در زنان شایع می باشد. ^{۱۵-۱۸} در مطالعه ای گزارش کردند که ۵۳٪ از انواع مختلف آنتی بیوتیکها در کودکان ۰ تا ۴ ساله تجویز می شود. ^{۱۹} اخیرا سوء مصرف آنتی بیوتیکها در این کودکان یکی از مشکلات عمده بهداشتی در سراسر دنیا محسوب می شود. ^{۲۰-۲۳} براساس مطالعه Simasek و همکارانش عوارض جانبی ناشی از سوء مصرف آنتی بیوتیکها در کودکان از اهمیت بیشتری برخوردار است. ^{۲۲} چندین فاکتور با سوء مصرف آنتی بیوتیکها در بین پزشکان ^{۲۴-۳۰} و والدین کودکان ^{۳۱-۳۳} همراه هستند. این فاکتورها عبارتند از فاکتورهای فرهنگی، ویژگیهای رفتاری، وضعیت اقتصادی اجتماعی، و سطح آموزش ^{۳۴-۳۶} و تجویز زیاد آنتی بیوتیک توسط پزشکان که معمولا ناشی از فشار والدین می باشد. ^{۳۷} از طرفی فقدان آموزشهای بهداشتی یکی از فاکتورهای اصلی در مصرف بیش از حد آنتی بیوتیکها می باشد. ^{۳۸} متخصصین کودکان بر این باورند که آموزش والدین در ترویج استفاده صحیح داروهای آنتی میکروبیال ضرورت دارد. ^{۳۹} خوددرمانی رفتاری است که به سوء مصرف آنتی بیوتیکها منجر می شود. ^{۴۰-۴۱} در چندین مطالعه دلایل مرتبط با سوء مصرف آنتی بیوتیکها بررسی شده است که شامل نگرش، اعتقادات، دانش مصرف آنتی بیوتیکها ^{۴۲-۴۱} رفتار فرد (خوددرمانی، مصرف بیش از حد دارو) ^{۴۳-۴۵} درک بیمار با توجه به روابط پزشک و بیمار، رضایت بیمار و تجربه بیمار از آنتی بیوتیکها ^{۴۶-۴۴} می باشد. عملکرد شامل خوددرمانی با آنتی بیوتیک و مصرف بیش از حد دارو است که بویژه در کشورهای میانه شرقی که از نظر جغرافیایی و فرهنگی مشابه هستند، دیده می شود. ^{۴۷-۴۴}

از آنجایی که سوء مصرف آنتی بیوتیکها در کودکان شایع می باشد. ^{۴۸-۴۹} و اخیرا یکی از مشکلات اصلی بهداشتی در سراسر دنیا شناخته شده است. ^{۵۰-۵۱} امروزه آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد مصرف آنتی بیوتیکها از موضوعات بسیار بااهمیت می باشد. این مطالعه، اولین مطالعه ای است که در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال در ایران انجام شده است. لذا پژوهشگران در این مطالعه به دلیل اهمیت پیشگیری از مصرف بیش از حد آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال، بهبود کیفیت زندگی کودکان، کاهش

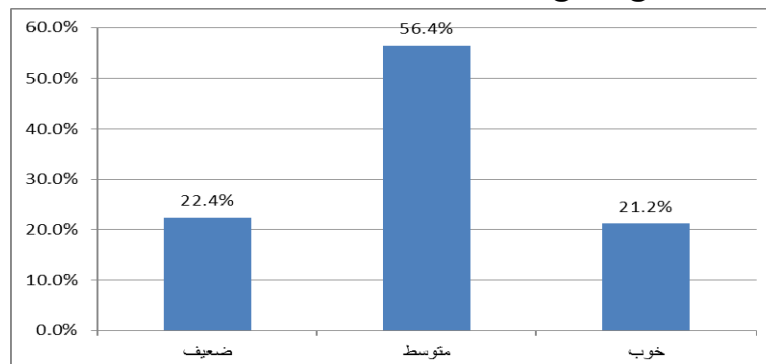
سطح عملکرد کم، ۹-۱۱ سطح عملکرد متوسط و ۱۲-۱۴ سطح عملکرد خوب بود.

سپس اطلاعات دموگرافیک و نتایج حاصله از پاسخدهی به سئوالات در پرسشنامه ثبت شدند. کلیه اطلاعات کدگذاری شده، توسط برنامه آماری SPSS 19.7 وارد حافظه رایانه گردیدند. سپس با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov نرمال بودن پراکندگی نمونه‌ها بررسی شد و مقایسه متغیرهای کمی بین گروهها توسط آزمون t-test محاسبه گردید. همچنین از نظر آماری $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن داوطلبین شرکت کننده در طرح $28/7 \pm 5/1$ سال در محدوده سنی ۱۹-۳۶ سال بود. در بین داوطلبین شرکت کننده در طرح ۴۲ نفر (۱۶/۵٪) شاغل و ۲۱۳ نفر (۸۳/۵٪) خانه دار بودند که ۹۹ نفر (۳۸/۸٪) یک فرزند، ۹۳ نفر (۳۶/۵٪) دو فرزند، ۵۴ نفر (۲۱/۲٪) سه فرزند، ۹ نفر (۳/۵٪) چهار فرزند داشتند. میزان تحصیلات داوطلبین شرکت کننده در طرح شامل ۵۴ نفر (۲۱/۲٪) ابتدایی و راهنمایی، ۵۷ نفر (۲۲/۳٪) متوسطه، ۹۳ نفر (۳۶/۵٪) دیپلم و ۵۱ نفر (۲۰٪) بالاتر از دیپلم بود. در بین مادران مورد بررسی منبع کسب اطلاعات برای مصرف آنتی بیوتیک در ۳۳ نفر (۱۲/۹٪) دوستان و آشنایان، ۶۳ نفر (۲۴/۷٪) رادیو و تلویزیون، ۳ نفر (۱/۲٪) روزنامه و مجلات و ۱۵۶ نفر (۶۱/۲٪) پرستاران و پزشکان بود.

سطح آگاهی مادران در ۵۷ نفر (۲۲/۴٪) ضعیف، ۱۴۴ نفر (۵۶/۴٪) متوسط و ۵۴ نفر (۲۱/۲٪) خوب بود (نمودار ۱).



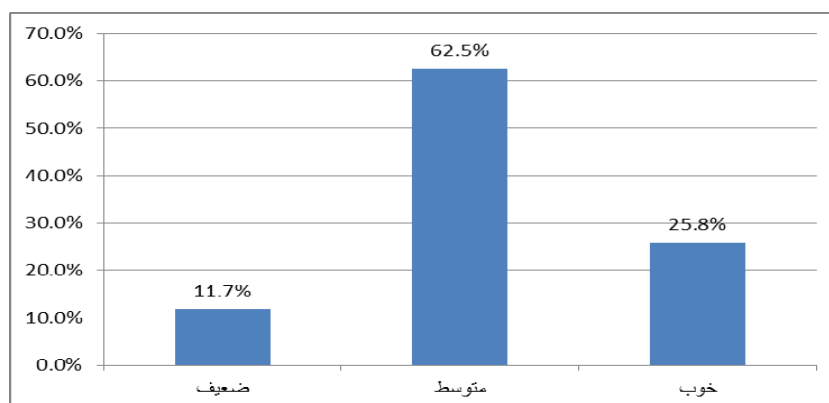
نمودار ۱: سطوح مختلف آگاهی مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

عوارض جانبی ناشی از مصرف بیش از حد آنتی بیوتیکها، کمبود آگاهی و دانش مادران در زمینه مصرف آنتی بیوتیک، نقصان نگرش مادران از مصرف آنتی بیوتیک، فراهم نمودن امکانات آموزشی در مورد مصرف آنتی بیوتیک، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، به ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال پرداختند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی در بین مادران دارای کودک کمتر از ۷ سال مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۹۱ انجام شد. مادران شرکت کننده در طرح به روش غیرتصادفی انتخاب شدند. پس از ذکر تحقیقاتی بودن کار و اخذ رضایتنامه از آنان خواسته شد که پرسشنامه آگاهی، نگرش و عملکرد را که پس از بومی کردن با ضریب الفای کرونباخ ۰/۹ معتبرسازی شده بود، تکمیل کنند. در این پرسشنامه ابتدا اطلاعات دموگرافیک، سپس ایتیمهای مربوط به آگاهی که شامل ۱۲ ایتیم می‌باشد. ایتیمهای مربوط به نگرش که شامل ۱۰ ایتیم و ایتیمهای مربوط به عملکرد که شامل ۱۰ ایتیم می‌باشد، توسط شرکت کنندگان در طرح تکمیل شد. نمره دهی براساس تعداد پاسخهای صحیح انجام می‌شد. نمرات کل آگاهی براساس پاسخ صحیح شامل ۱۱-۰ سطح آگاهی کم، ۱۲-۱۵ سطح آگاهی متوسط و ۱۶-۱۹ سطح آگاهی خوب بود.

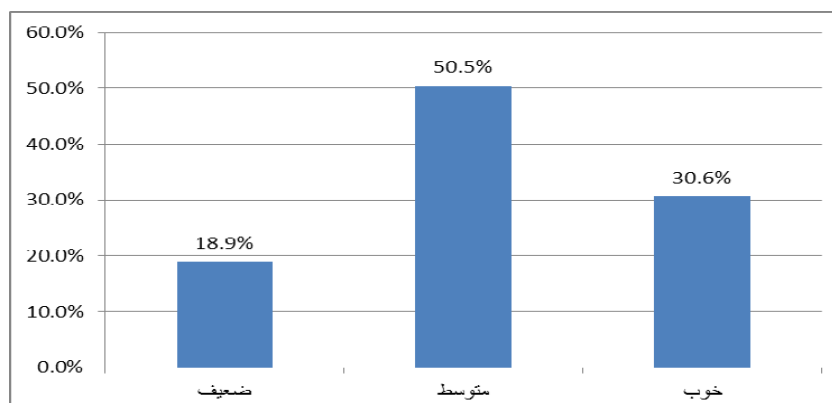
نمرات کل نگرش براساس پاسخ صحیح شامل ۱۰-۳۶ سطح نگرش کم، ۳۷-۴۷ سطح نگرش متوسط و ۴۸-۶۰ سطح نگرش خوب بود و نمرات کل عملکرد براساس پاسخ صحیح شامل ۸-۰



نمودار ۲: سطوح مختلف نگرش مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

در کودکان کمتر از ۷ سال در جدول ۳ آمده است. مادران شاغل بطور معنی داری از سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتری برخوردار بودند. مقایسه سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران شاغل و خانه دار در جدول ۴ آمده است. مادران با سابقه بستری کودک بطور معنی داری از سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتری برخوردار بودند. مقایسه سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران با سابقه بستری کودک در جدول ۵ آمده است.

سطح نگرش مادران در ۳۰ نفر (۱۱/۷٪) ضعیف، ۱۵۹ نفر (۶۲/۵٪) متوسط و ۶۶ نفر (۲۵/۸٪) خوب بود (نمودار ۲). سطح عملکرد مادران در ۴۸ نفر (۱۸/۹٪) ضعیف، ۱۲۹ نفر (۵۰/۵٪) متوسط و ۷۸ نفر (۳۰/۶٪) خوب بود (نمودار ۳). فراوانی انواع پاسخ مادران به سئوالات آگاهی مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال در جدول ۱ آمده است. فراوانی پاسخ صحیح مادران به سئوالات نگرش مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال در جدول ۲ آمده است. فراوانی پاسخ مادران به سئوالات عملکرد مصرف آنتی بیوتیک



نمودار ۳: سطوح مختلف عملکرد مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

جدول ۱: فراوانی انواع پاسخ مادران به سئوالات آگاهی مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

درصد	تعداد	سئوالات آگاهی
		۱. کدامیک از داروهای زیر آنتی بیوتیک هستند؟
۰	۰	الف-بروفن
۸۵/۹	۲۱۹	ب- پنی سیلین
۱/۲	۳	ج-استامینوفن
۱۲/۹	۳۳	د-شربت سرماخوردگی
		۲. آیا هر بیماری تب دار به کودک را باید آنتی بیوتیک داد؟
۴۱/۲	۱۰۰	بله (پاسخ غلط)
۵۸/۸	۱۵۵	خیر (پاسخ درست)
		۳. آیا آنتی بیوتیک را سروقت معین باید به کودک داد؟
۸۰	۲۰۴	بله (پاسخ درست)
۲۰	۵۱	خیر (پاسخ غلط)
		۴. آیا مصرف آنتی بیوتیک در کودک دارای عوارض می باشد؟
۶۴/۷	۱۶۵	بله (پاسخ درست)
۳۵/۳	۹۰	خیر (پاسخ غلط)
		۵. گلودرد چرکی کودک را چگونه باید درمان کرد؟
۰	۰	الف-آب نمک
۲۵/۹	۶۶	ب-شربت سرماخوردگی
۷۴/۱	۱۸۹	ج-پنی سیلین (پاسخ درست)
		۶. عفونت ادراری کودک را چگونه قطعی درمان می کنیم؟
۲۲/۴	۵۷	الف- شستشوی مکرر
۱۵/۲	۳۹	ب-رعایت بهداشت
۶۲/۴	۱۵۹	ج-با مصرف آنتی بیوتیک (پاسخ درست)
		۷. هنگام مصرف آنتی بیوتیک به چه نکاتی باید توجه کرد؟
۰	۰	الف-تاریخ فاسد شدن دارو
۲/۴	۶	ب-توضیحات همراه دارو
۲۱/۲	۵۴	ج-دستورات پزشک
۷۶/۴	۱۹۵	د-همه موارد
		۸. آنتی بیوتیک (چرک خشک کن) را تا چه زمانی باید در کودک ادامه داد؟
۱۲/۹	۳۳	الف- تا بهتر شدن علائم بیماری کودک
۳۲/۹	۸۴	ب-تا قطع شدن تب کودک
۵۴/۲	۱۳۸	ج-تا تمام شدن داروهای تجویز شده (پاسخ درست)

		۹. جنتامایسین باعث کدام عارضه در کودک می‌شود؟
۸۷/۱	۲۲۲	الف-بدون عارضه
۰	۰	ب-خراب شدن احتمالی کبد
۱۲/۹	۳۳	ج-خراب شدن احتمالی کلیه (پاسخ درست)
		۱۰. اسهال خونی در کودک را چگونه باید درمان کرد؟
۱/۲	۳	الف-مایع درمانی
۲۷/۱	۶۹	ب-آنتی بیوتیک (چرک خشک کن)
۷۱/۷	۱۸۳	ج-هر دو
		۱۱. در صورت بروز عارضه پس از مصرف آنتی بیوتیک چه اقدامی باید انجام داد؟
۸۷/۱	۲۲۲	الف-باید به پزشک مراجعه کرد (پاسخ درست)
۱۲/۹	۳۳	ب-باید مقدار دارو را کم کرد
۰	۰	ج-باید آنتی بیوتیک دیگری به کودک داد
		۱۲. مصرف آنتی بیوتیک به صورت خودسرانه در کودک باعث چه مشکلاتی می‌شود؟
۲۲/۴	۵۷	الف-اختلال کار کلیه و کبد (پاسخ نادرست)
۷۰/۶	۱۸۰	ب-عدم تاثیر بر روی کودک و مقاومت دارویی
۷	۱۸	ج-شوک و مرگ
۰	۰	د-همه موارد

جدول ۲: فراوانی پاسخ صحیح مادران به سئوالات نگرش مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

سئوالات نگرش	پاسخ صحیح	پاسخ غلط
۱. اطلاعات و آگاهی مادران در مورد نحوه مصرف آنتی بیوتیک لازم است.	۲۴۳ (۹۵/۳٪)	۱۲ (۴/۷٪)
۲. آنتی بیوتیک را با تجویز پزشک برای کودک باید مصرف کرد.	۲۴۶ (۹۶/۵٪)	۹ (۳/۵٪)
۳. هر چه تعداد آنتی بیوتیک مصرفی بیشتر باشد برای کودک مفیدتر است.	۱۵۳ (۶۰٪)	۱۰۲ (۴۰٪)
۴. در صورت قطع تب مصرف آنتی بیوتیک را ادامه نمی‌دهیم.	۱۰۵ (۴۱/۱٪)	۱۵۰ (۵۸/۹٪)
۵. داروهای سنتی بهتر از آنتی بیوتیکها جهت درمان کودک می‌باشد.	۲۰۷ (۸۱/۲٪)	۴۸ (۱۸/۸٪)
۶. مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک باعث اثر کمتر دارو بر روی کودک می‌شود.	۹۶ (۳۷/۶٪)	۱۵۹ (۶۲/۴٪)
۷. پنی سیلین موثرترین آنتی بیوتیک برای کودک می‌باشد.	۹۶ (۳۷/۶٪)	۱۵۹ (۶۲/۴٪)
۸. مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک باعث ضعیف شدن کودک می‌شود.	۲۱۶ (۸۴/۷٪)	۳۹ (۱۵/۳٪)
۹. نوع و مقدار آنتی بیوتیک بسته به هر بیماری در کودک تفاوت دارد.	۱۹۵ (۷۶/۵٪)	۶۰ (۲۳/۵٪)
۱۰. آنتی بیوتیک را باید در محل مناسب و دمای مناسب نگهداری کرد.	۲۲۲ (۸۷/۱٪)	۳۳ (۱۲/۹٪)

جدول ۳: فراوانی پاسخ مادران به سئوالات عملکرد مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال

سئوالات عملکرد	تعداد	درصد
۱. آیا آخرین بار آنتی بیوتیک را سروقت به کودک خود داده اید؟		
بله (پاسخ درست)	۲۰۴	۸۰
خیر (پاسخ غلط)	۵۱	۲۰
۲. آیا از توضیحات همراه دارو (بروشور) هنگام مصرف آنتی بیوتیک استفاده کرده اید؟		
بله (پاسخ درست)	۱۳۸	۵۴/۱
خیر (پاسخ غلط)	۱۱۷	۴۵/۹
۳. در صورت بروز عارضه (تهوع، استفراغ، اسهال) پس از مصرف آنتی بیوتیک در کودک چه اقدامی انجام داده اید؟		
الف- به پزشک مراجعه کردم	۲۲۲	۸۷/۱
ب- اقدام خاصی انجام ندادم	۰	۰
ج- آنتی بیوتیک دیگری به کودک خود دادم	۳۳	۱۲/۹
۴. آیا آنتی بیوتیک را تا مدت زمان توصیه شده توسط پزشک برای کودک ادامه داده اید؟		
بله (پاسخ درست)	۱۴۷	۵۷/۶
خیر (پاسخ غلط)	۱۰۸	۴۲/۴
۵. پس از شروع آنتی بیوتیک برای کودکان در صورت قطع شدن تب و علائم بیماری چه اقدامی انجام داده اید؟		
الف- آنتی بیوتیک را قطع کردم (پاسخ غلط)	۱۳۲	۵۱/۸
ب- مقدار آنتی بیوتیک را کم کردم (پاسخ غلط)	۱۵	۵/۹
ج- تا تمام شدن داروهای تجویز شده ادامه دادم (پاسخ درست)	۱۰۸	۴۲/۴
۶. آنتی بیوتیک را به چه صورت به کودک خود داده اید؟		
الف- قبل از غذا	۶	۲/۲
ب- همراه غذا	۱۲	۴/۷
ج- بلافاصله بعد از غذا	۴۸	۱۹
د- بنا به دستور پزشک	۱۸۹	۷۴/۱
۷. در صورت قطع نشدن تب کودک سه روز پس از شروع آنتی بیوتیک چه اقدامی انجام داده اید؟		
الف- مقدار دارو را افزایش دادم	۱۸	۷/۱
ب- آنتی بیوتیک دیگری به کودک دادم	۳	۱/۲
ج- به پزشک مراجعه کردم	۲۳۴	۹۱/۸
۸. آیا آنتی بیوتیک مصرفی در کودک را در دمای مناسب و محل مناسب نگهداری کرده اید؟		
بله (پاسخ درست)	۲۳۴	۹۱/۸
خیر (پاسخ غلط)	۲۱	۸/۳

جدول ۴: مقایسه سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران براساس شغل در مادران مورد بررسی

P value	مادران خانه دار	مادران شاغل	
۰/۰۰۰	۱۲/۸۷±۱/۹۳	۱۶/۷۸±۱/۶۷	نمره آگاهی
۰/۰۰۰	۴۱/۴۵±۵/۲۷	۵۰/۴±۳/۲۱	نمره نگرش
۰/۰۰۰	۹/۴۷±۲/۱	۱۲/۶۴±۰/۶۱	نمره عملکرد

جدول ۵: مقایسه سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران براساس سابقه بستری کودک در مادران مورد بررسی

P value	بدون سابقه بستری کودک	با سابقه بستری کودک	
۰/۰۰۰	۱۲/۲۶±۱/۹۶	۱۴/۳۵±۲/۲۷	نمره آگاهی
۰/۰۰۰	۳۹/۰±۵/۲	۴۵/۵±۴/۹	نمره نگرش
۰/۰۰۰	۸/۴±۲/۴	۱۱/۰±۱/۴	نمره عملکرد

آگاهی ضعیف، ۶۶٪ متوسط و فقط ۳٪ آگاهی خوب داشتند. همچنین ۳۸٪ عملکرد ضعیف، ۵۵٪ عملکرد متوسط و تنها ۴٪ عملکرد خوب داشتند.^{۵۴} احتمالاً علت تفاوت یافته‌های بدست آمده در مطالعه ما به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات و سطح اجتماعی مادران مراجعه کننده به بیمارستان نیمه خصوصی، افزایش سطح آگاهی و فرهنگی مردم از طریق رسانه‌ها در سالهای اخیر می‌باشد. همچنین در مطالعه ما، ۴۱/۲٪ مادران به مصرف آنتی بیوتیک در بیماری تب دار پاسخ غلط دادند. ۲۰٪ مادران به زمان مصرف آنتی بیوتیک، ۳۵/۳٪ به عارضه دار بودن مصرف آنتی بیوتیک و به زمان ادامه آنتی بیوتیک ۴۵/۸٪ پاسخ غلط دادند. برای درمان گلودرد چرکی و عفونت ادراری کودک با مصرف آنتی بیوتیک ۲۵/۹٪ و ۳۷/۶٪ پاسخ غلط دادند. در مورد اقدامات لازم هنگام بروز عارضه پس از مصرف آنتی بیوتیک ۱۲/۹٪ و مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک ۲۲/۴٪ پاسخ غلط دادند.

درحالیکه در مطالعه‌ای در جمعیت عمومی دانمارک گزارش کردند که در ۴۷٪ به استفاده آنتی بیوتیکها و تاثیر آن در درمان بیماریهای ویروسی پاسخ غلط داده اند.^{۵۵} در مطالعه‌ای دیگر گزارش کردند که ۴۷٪ والدین پس از تشخیص عفونت سیستم تنفسی فوقانی انتظار تجویز آنتی بیوتیک را داشتند.^{۵۶} در حالی که تجویز آنتی بیوتیک در این بیماران صحیح نبود، ۴۷٪ والدین تمایل به تجویز آنتی بیوتیک داشتند زیرا اکثر آنها حتی برای درمانهای علامتی، آنتی بیوتیک را ترجیح می‌دهند. درد گوش، تب و گلودرد شایعترین تشخیصهایی هستند که والدین انتظار دریافت آنتی بیوتیک را دارند.^{۵۷} در مطالعه‌ای گزارش کردند که ۳۵-۱۵٪ والدین بدون مشاوره با پزشک اقدام به مصرف آنتی بیوتیک در کودکان خود می‌کنند و دو سوم آنها آگاهی دارند که مصرف غیرضروری آنتی بیوتیک موجب کاهش اثر درمانی آن می‌شود.^{۵۶} در مقابل در

سطح آگاهی با سن مادر ($p=0/000$, $r=-0/500$)، تعداد فرزندان ($p=0/000$, $r=-0/482$) رابطه معکوس معنی دار داشت و با میزان تحصیلات مادر ($p=0/000$, $r=0/823$) رابطه مستقیم معنی دار داشت. سطح نگرش مادر با سن مادر ($p=0/000$, $r=-0/398$)، تعداد فرزندان ($p=0/000$, $r=-0/454$) رابطه معکوس معنی دار داشت و با میزان تحصیلات مادر ($p=0/000$, $r=0/641$) رابطه مستقیم معنی دار داشت. سطح عملکرد مادر با سن مادر ($p=0/000$, $r=-0/386$)، تعداد فرزندان ($p=0/000$, $r=-0/506$) رابطه معکوس معنی دار داشت و با میزان تحصیلات مادر ($p=0/000$, $r=0/692$) رابطه مستقیم معنی دار داشت. همچنین سطح آگاهی مادر با سطح نگرش مادر رابطه مستقیم معنی دار ($p=0/000$, $r=0/723$) و با سطح عملکرد مادر ($p=0/000$, $r=0/798$) رابطه مستقیم معنی دار داشت. سطح نگرش مادر با سطح عملکرد مادر ($p=0/000$, $r=0/740$) نیز رابطه مستقیم معنی دار داشت.

بحث

در کشورهای توسعه یافته و درحال توسعه خوددرمانی با آنتی بیوتیک بخصوص در بیماریهای ویروسی شایع می‌باشد.^{۵۳-۵۲، ۱۰} در مطالعه حاضر، سطح آگاهی مادران از مصرف آنتی بیوتیک در کودکان کمتر از ۷ سال در ۵۶/۴٪ متوسط، ۲۲/۴٪ ضعیف و ۲۱/۲٪ خوب بود. سطح نگرش مادران ۶۲/۵٪ متوسط، ۲۵/۸٪ خوب و در ۱۱/۷٪ ضعیف بود. همچنین سطح عملکرد مادران در ۵۰/۵٪ متوسط، ۳۰/۶٪ خوب و ۱۸/۹٪ ضعیف بود. همچنین سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران شاغل و مادران با سابقه بستری کودک بطور معنی داری بالاتر بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۷ توسط سیما کرمانشاهی در زمینه بکارگیری درست آنتی بیوتیکهای خوراکی در مادران کودکان زیر ۶ سال انجام شد، ۳۲٪ مادران

والدین کودک و پزشک می‌شود. در عربستان سعودی برخلاف قوانین ممنوع مصرف آنتی بیوتیک بدون تجویز پزشک، والدین به انواع مختلف آنتی بیوتیک دسترسی آزاد دارند. در مطالعه‌ای ۵۳٪ والدین احساس کردند که کودکانشان با علائم مشابه به آنفلوآنزا بدون تجویز پزشک نیاز به آنتی بیوتیک دارند. تصور گسترده‌ای وجود دارد که برای هر علامتی از بیماریهای گوارشی تا سردرد درمان و داروی خاصی وجود دارد و آنتی بیوتیکها با اثر شگفت انگیز درمانی در محدوده وسیعی از بیماریها در نظر گرفته می‌شوند.^{۶۸} والدین ممکن است، احساس کنند که مصرف آنتی بیوتیک در کودکان بیمارشان موجب کاهش اضطراب و نگرانی آنها می‌شود و عقیده دارند که ۱-۲ روز پس از بهبودی به میزان بسیار کم به دریافت مجدد آنتی بیوتیک نیاز دارند.^{۶۹}

همچنین در مطالعه حاضر، با افزایش سن مادر و تعداد فرزندان، سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادر کاهش و با افزایش میزان تحصیلات مادر، افزایش داشت. این یافته بدست آمده نیز در دیگر مطالعات تایید شده است.^{۵۴،۷۰-۷۱}

با توجه به یافته‌های بدست آمده در مطالعه حاضر، لزوم بکارگیری برنامه‌های آموزشی نحوه استفاده از آنتی بیوتیک برای مادران در کودکان کمتر از ۷ سال و کمک به کاهش سوء مصرف انواع آنتی بیوتیکها، برقراری روابط نزدیک بین پزشک و مادر کودک و فراهم نمودن اطلاعات لازم در مورد اثرات درمانی مصرف آنتی بیوتیک به میزان کم یا زیاد و افزایش سطح آگاهی مادران توصیه می‌شود. همچنین با شناسایی نقاط ضعف آگاهی و نگرش مادران کودکان زیر ۷ سال و طراحی برنامه‌های آموزشی و عملکردی می‌توان سوء مصرف آنتی بیوتیک را کاهش داد. علاوه بر آن به سطح اجتماعی-دموگرافیک مادران نیز باید توجه نمود.

مطالعه ما، ۳۷/۶٪ مادران این نگرش را دارند که مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک باعث اثر کمتر دارو بر روی کودک می‌شود. میزان آگاهی و نگرش والدین عربستان سعودی از مصرف آنتی بیوتیک مشابه والدین یونانی می‌باشد.^{۵۷} Hawkings و همکارانش گزارش کردند که اکثر اطلاعات در مورد مصرف آنتی بیوتیک و مقاومت آنتی بیوتیکی از رسانه‌ها بدست آمده است.^{۵۸} در مقابل در مطالعه ما ۲۵/۹٪ مادران ذکر کردند که اطلاعات در مورد مصرف آنتی بیوتیک و مقاومت آنتی بیوتیکی را از رسانه‌ها (رادیو، تلویزیون، مجلات) بدست آورده اند.

در مطالعات مختلف نگرش، اعتقادات، دانش (شامل تجربه مصرف آنتی بیوتیک)، رفتار (شامل مصرف بیش از حد دارو و خوددرمانی) اندازه‌گیری شده است.^{۶۰-۶۱، ۶۳-۶۴، ۷۰، ۷۳ و ۱۰} فاکتورهای دیگر مانند انتظار والدین از تجویز آنتی بیوتیک با توجه به واکنش پزشک-بیمار و رضایتمندی بیماران، اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی اقتصادی نیز بررسی شده است.^{۶۲-۶۳، ۶۶ و ۴۲} سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد تجویز دارو در کشورهای با درآمد اقتصادی بالا بسیار قابل توجه گزارش شده است.^{۶۴-۶۷}

پاسخهای متفاوت در مطالعات مختلف احتمالاً به دلیل تفاوت در فرهنگ، سیستمهای مراقبتهای بهداشتی، فاکتورهای سایکولوژیک مانند نگرش، اعتقادات، دانش مرتبط با فاکتورهایی که منجر به رفتارهای ناخواسته مادران مانند استفاده نامناسب از آنتی بیوتیکها، فاکتورهای دموگرافیک مانند میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی و شاغل بودن، می‌باشد. در کشورهای غربی تعداد زیادی از کودکان توسط متخصصین کودکان در مراکز خصوصی پیگیری می‌شوند که منجر به نزدیک شدن روابط بین

منابع

1. World Health Organization. The World Health Report 1996--fighting disease, fostering development. World Health Forum. 1997; 18(1): 1-8.
2. French GL. The continuing crisis in antibiotic resistance. Int J Antimicrob Agents. 2010; 36(Suppl 3): S3-S7.
3. Friedman JF, Lee GM, Kleinman KP, Finkelstein JA. Acute care and antibiotic seeking for upper respiratory tract infections for children in day care: parental knowledge and day care center policies. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:369-74.
4. Furuya EY, Lowy FD. Antimicrobial-resistant bacteria in the community setting. Nat Rev Microbiol. 2006; 4(1): 36-45.

5. Cars O, Nordberg P. Antibiotic resistance –The faceless threat. *Int J Risk Saf Med* 2005;17:103–10.
6. Byarugaba DK. A view on antimicrobial resistance in developing countries and responsible risk factors. *Int J Antimicrob Agents* 2004;24:105–10.
7. Hart CA, Kariuki S. Antimicrobial resistance in developing countries. *BMJ* 1998;317:647–50.
8. Belongia EA, Naimi TS, Gale CM, Besser RE. Antibiotic use and upper respiratory infections: a survey of knowledge, attitudes, and experience in Wisconsin and Minnesota. *Prev Med* 2002;34:346–52
9. Huang SS, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Kotch J, Schiff N, Stille CJ et al. Parental knowledge about antibiotic use: results of a cluster-randomized, multicomunity intervention. *Pediatrics* 2007;119:698–706.
10. Bi P, Tong SL, Parton KA. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. *Soc Sci Med* 2000;50:1445–50.
11. Larsson M, Kronvall G, Chuc NTK, Karlsson I, Lager F, Hanh HD et al. Antibiotic medication and bacterial resistance to antibiotics: a survey of children in a Vietnamese community. *Trop Med Int Health* 2000;5:711–21.
12. Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Soc Sci Med* 2002;54:1875–86.
13. Wolff MJ. Use and misuse of antibiotics in Latin America. *Clin Infect Dis*. 1993; 17(Suppl 2): S346–S351.
14. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. Drug Utilization Research Group, Latin America. *Clin Pharmacol Ther*. 1997; 61(4): 488–93
15. Calva J, Bojalil R. Antibiotic use in a periurban community in Mexico: A household and drugstore survey. *Soc Sci Med*. 1996; 42(8): 1121–8.
16. Tan YS, Hong CY, Chong PN, et al. Knowledge that upper respiratory tract infection resolves on its own is associated with more appropriate health-seeking behaviour and antibiotic cognition. *Singapore Med J*. 2006; 47(6): 518–24.
17. Chan GC, Tang SF. Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. *Singapore Med J*. 2006; 47(4): 266–70.
18. Lee GM, Friedman JF, Ross-Degnan D, et al. Misconceptions about colds and predictors of health service utilization. *Pediatrics*. 2003; 111(2): 231–6.
19. Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA* 1998; 279:875-7.
20. Mora Y, Avila-Agtiero M, Umafia M, Jimenez A, Paris M, Faingezicht I. Epidemiologic observations of the judicious use of antibiotics in a pediatric teaching hospital. *Int J Infect Dis* 2002; 6:74–77.
21. Irshaid Y, Al-Homrany M, Hamdi A, Adjepon-Yamoah K, Mahfouz A. A pharmacoepidemiological study of prescription pattern in outpatient clinics in Southwestern Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2004; 25:1864–1870.
22. Simasek M, Blandino D. Treatment of the common cold. *Am Fam Physician* 2007; 75:515–520.
23. Awad A, Eltayeb I, Matowe L, Thalib L. Self-medication with antibiotics and antimalarials in the community of khartoum state. *Sudan J Pharm Pharmaceut Sci* 2005; 8:326–331.
24. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians, and antibiotic use. *Pediatrics* 1999; 103:395-398.
25. Elan P, Katzenstein D, Frankish CJ, Herbert CP, Milner R, Speert D, Chambers K. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Canadian Family Physician* 2001; 47.
26. Pechère JC. Patients' Interviews and Misuse of Antibiotics. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33:S170-S173.
27. Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, Kelly MJ, Mölstad S, Godycki-Cwirko M, Almirall J, Torres A, Gillespie D, Rautakorpi U, Coenen S, Oossens H. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ* 2009; 338:b2242.
28. Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, Wilson EJ, Pilotto LS, Douglas RM. Effect of beta lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324:28-30.
29. Yagupsky P. Selection of antibiotic-resistant pathogens in the community. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25:974-76.
30. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians, and antibiotic use. *Pediatrics* 1999; 103:395-398.
31. Stivers T. Participating in decisions about treatment: overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters. *SocSci Med* 2002; 54(7):1111-30.
32. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, McDonald L, Franz CE, Kravitz RL. Parent expectations for antibiotics, physician-parent communication, and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:800-6.
33. Watson RL, Dowell SF, Jayaraman M, et al. Antimicrobial use for pediatric upper respiratory infections: reported practice, actual practice, and parent beliefs. *Pediatrics* 1999; 104:1251-7.
34. Braun B, Fowles J. Characteristics and experiences of parents and adults who want antibiotics for cold symptoms. *Arch Fam Med* 2000;9(7):589-595.

35. Kozyrskyj A, Dahl M, Chateau D, Mazowita G, Klassen T, Law B. Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 171(2):139-145.
36. Teng C, Leong K, Aljunid S, Cheah M. Antibiotic prescription in upper respiratory tract infections. *Asia Pacific Family Medicine* 2004; 3(1-2):38-45.
37. Pech`re J. Patients` interviews and misuses of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases*. 2001; 33(S3): S170-S173.
38. Bush P. Reducing antibiotics for colds and flu: a student-taught program. *Health Education Research*, Cym008, 2007.
39. Bi P, Tongb S, Partonc K. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. *Social Sciences and Medicine*. 2000;50(10):1445-1450.
40. Sarahroodi S, Arzi A, Sawalha A, Ashtarinezhad A. Antibiotics self-medication among southern Iranian university students. *International Journal of Pharmacology*. 2010; 6: 48-52.
41. Chan G, Tang S. Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. *Singapore Med J* 2006; 47:266-270.
42. Mitsi G, Jelastopulu E, Basiaris H, Skoutelis A, Gogos C. Patterns of antibiotic use among adults and parents in the community: A questionnaire-based survey in a Greek urban population. *Int J Antimicrob Agents* 2005; 25:439-443.
43. Al-Azzam S, Al-Husein B, Alzoubi F, Masadeh M, Al-Horani M. Self-medication with antibiotics in Jordanian population. *IJOMEH* 2007; 20:373-380.
44. Sarahroodi S, Arzi A, Sawalha A, Ashtarinezhad A. Antibiotics self-medication among southern Iranian university students. *Int J Pharmacol* 2010; 6:48-52.
45. Grigoryan L, Burgerhof J, Haaijer-Ruskamp F, Degener J, Deschepper R, Monnet D, Di Matteo A, Scicluna E, Bara A, Lundborg C, Birkin J. Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? *J Antimicrob Chemother* 2007; 59:152-156.
46. Crossley J, Eiser C, Davies H. Children and their parents assessing the doctor-patient interaction: a rating system for doctors' communication skills. *Medical Education* 2005; 39:820-828.
47. Bawazir S. Prescribing pattern at Community Pharmacies in Saudi Arabia. *Int Pharm J* 1992; 6:222-224.
48. Cebotarencu N, Bush P. Reducing antibiotics for colds and flu: a student-taught program. *Heal Educ Res* 2008; 23:146-157.
49. Huang S, Rifas-Shiman S, Kleinman K, Kotch J, Schiff N, Stille C, Steingard R, Finkelstein J. Parental knowledge about antibiotic Use: results of a cluster-randomized, multicommunity intervention. *Pediatrics* 2007; 119:698-706.
50. Flora K, Scott W, Jason B, Jonathan Z. Improving antibiotic utilization among hospitalists: A pilot academic detailing project with a public health approach. *J Hosp Med* 2008; 3:64-70.
51. Tenover F. Mechanisms of antimicrobial resistance in bacteria. *Am J Med* 2006; 119:3-10.
52. Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM, Burgerhof JG, Mechtler R, Deschepper R, Tambic-Andrasevic A et al. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. *Emerg Infect Dis* 2006;12:452-9.
53. Parimi N, Pinto Pereira LM, Prabhakar P. Caregivers' practices, knowledge and beliefs of antibiotics in paediatric upper respiratory tract infections in Trinidad and Tobago: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2004;5:28.
54. Kermansgahi S. Evaluation of oral antibiotics right by mothers of children under 6 years. *Daneshvar J*. 1999; 5(20): 17-22.
55. Van Widenfelt BM, Treffers PDA, de Beurs E, Siebelink BM, Koudijs E. Translation and Cross-Cultural Adaptation of Assessment Instruments Used in Psychological Research With Children and Families. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2005; 8:135-147.
56. Alumran1 A, Hou X-Yu, Hurst C. Assessing the overuse of antibiotics in children in Saudi Arabia: validation of the parental perception on antibiotics scale (PAPA scale). *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11:39.
57. Kogan M, Pappas G, Yu S, Kotelchuck M. Over-the-counter medication Use among US preschool-age children. *JAMA* 1994; 272:1025-1030.
58. UNESCO IBoE. World Data on Education. 7th edition. Saudi Arabia: 2010/11.
59. Borg M, Scicluna E: Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 20:253-257.
60. Svensson E, Haaijer-ruskamp F, Lundborg C: Self-medication with antibiotics in a Swedish general population. *Scand J Infect Dis* 2004; 36:450-452.
61. Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. Addison-Wesley Pub. Co.: Advanced Book Program; 1975.
62. Ray D, Rohren C. Characteristics of patients with upper respiratory tract infection presenting to a walk-in clinic. *Mayo Clin Proc* 2001; 76:169-173.
63. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ*. 1997;315(7117):1211-4.

64. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998;317(7159):637-42.
65. Bauchner H. Parents' impact on antibiotic use. *APUA Newsletter*. 1997;15(2):1-3.
66. McKay R, Vrbova L, Fuertes E, Chong M, David S, Dreher K, et al. Evaluation of the Do Bugs Need Drugs? program in British Columbia: can we curb antibiotic prescribing? *Can J Infect Dis*. 2011;22(1):19-24.
67. Vaandnen M.H, Pietila K, Airaksinen M. Self-medication with antibiotics – does it really happen in Europe? *Health Policy* 2006;77: 166-171.
68. Kunin CM, Lipton HL, Tupasi T, Sacks T. Social, behavioral and practical factors affecting antibiotic use worldwide: report of Task Force 4. *Rev Infect* 1987; 9:S270-85.
69. Yazdani R. Evaluation of mothers' knowledge of various aspects of colds and sore throat abscesses in Yazd. *Medical Doctor Thesis*. 1996-1997.
70. Assemi S. Knowledge of the rate of hospitalization with antibiotic drugs are discharged from the consumption of antibiotics. *Masters Thesis*. 1989.