

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی تهران در خصوص تجویز و مصرف منطقی دارو

بیبا شهرامی^۱، ملیحه شاه‌بالایی^۲، علی حمزه‌زاده^۳، منصور رستگارپناه^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش مهم پزشکان عمومی در تجویز دارو، جهت پیش‌گیری از تجویز غیر منطقی، به کارگیری دقت و مهارت لازم توسط این افراد ضروری می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد صحیح پزشکان عمومی در تجویز منطقی دارو و عوامل مؤثر بر آن طراحی گردید.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی که در شهر تهران انجام شد، میزان آگاهی و نگرش ۱۳۵ پزشک عمومی در زمینه‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو با پرسش‌نامه و میزان عملکرد آنان توسط چک لیست مورد بررسی قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ها و چک لیست‌ها توسط بیمارانهای آموزش دیده (بیمار استاندارد) پس از ویزیت پزشک به دقت تکمیل شد.

یافته‌ها: ۷۹/۳ درصد پزشکان عمومی از آگاهی کافی و ۴۵/۹ درصد از آنان نگرش مثبت و خیلی مثبت در زمینه‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو برخوردار بودند. ۵۰/۴ درصد پزشکان نیز عملکرد مناسبی در زمینه‌ی تجویز منطقی دارو داشتند. نتایج نشان داد عملکرد پزشکان در دو گروه جنسی اختلاف معنی‌داری دارد ($t = 2/1$, $P = 0/030$). همچنین، سن ($P = 0/005$, $R = -0/160$) و سابقه‌ی شغلی پزشکان ($P = 0/006$, $R = -0/230$) با میزان آگاهی، و منطقه‌ی جغرافیایی مطب با آگاهی، نگرش و عملکرد آنان ($P = 0/001$, $F = 2/4$) ارتباط معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد پزشکان عمومی شهر تهران از آگاهی خوبی در زمینه‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو برخوردارند، اما بیشتر نگرش مثبت لازم را در این زمینه ندارند و عملکرد متوسطی را از خود به نمایش می‌گذارند. بدین ترتیب، ضروری است در جهت بهبود نگرش و ارتقای عملکرد پزشکان عمومی مداخلات لازم صورت گیرد.

واژگان کلیدی: تجویز دارو، ارزیابی مصرف دارو، آگاهی، نگرش، عملکرد، پزشک عمومی

ارجاع: شهرامی بیبا، شاه‌بالایی ملیحه، حمزه‌زاده علی، رستگارپناه منصور. بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی تهران در خصوص

تجویز و مصرف منطقی دارو. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۶۹): ۱۶۷-۱۵۶

مقدمه

کشورهای در حال توسعه، ۳/۸-۱/۴ و در کشورهای توسعه یافته، ۲/۲-۱/۳ قلم دارو بوده است که خود نشان از غیر منطقی‌تر بودن روند تجویز و مصرف دارو در کشورهای در حال توسعه دارد (۶-۷). در ایران، میانگین ارقام یک نسخه تا سال ۲۰۰۷، ۴/۲-۳/۲ گزارش شده است که همچنان بالاتر از آمار سایر کشورهای منطقه می‌باشد (۸). علاوه بر مصرف زیاد دارو، مصرف ناکافی و اشتباه دارو نیز سبب اتلاف منابع و تهدید سلامت افراد در جامعه می‌شود. به این ترتیب، تجویز نامناسب، غیر مؤثر و ناکارآمد داروها که به صورت معمول در سیستم‌های مراقبت از سلامت اتفاق می‌افتد، از لحاظ

امروزه، تجویز نسخه‌های غیر منطقی یک مشکل جهانی محسوب می‌شود و مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، حاکی از آن است که تجویز دارو در اغلب موارد بر اساس تشخیص یا لزوم واقعی مصرف آن نیست و ناشی از اطلاعات غلط نویسنده‌ی نسخه می‌باشد (۴-۱). تجویز و مصرف غیر منطقی دارو، با طولانی‌تر کردن طول دوره‌ی بیماری، بدتر کردن بیماری زمینه‌ای و تحمیل هزینه‌ی بیشتر، موجب آسیب رساندن به بیمار می‌شود (۵). بر اساس مطالعات انجام شده، میانگین ارقام دارویی یک نسخه در

۱- دستیار تخصصی، گروه داروسازی بالینی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دکتری عمومی داروسازی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۴- دانشیار، گروه داروسازی بالینی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: منصور رستگارپناه

ساخته (ضمیمه ی ۱) و در مورد عملکرد چک لیست محقق ساخته (ضمیمه ی ۲) بود که به صورت مشاهده ای یک سو کور (Single blind) تکمیل گردید.

در پرسش نامه ی طراحی شده، با در نظر گرفتن متغیرهای زمینه ای نظیر سن و جنس پزشک، سابقه ی کار پزشک و محل جغرافیایی مطب، مجموعه ی سؤالاتی در ارتباط با آگاهی و نگرش پزشک در رابطه با بیمار (شامل جلب رضایت بیمار در محیط مطب و تأمین رفاه و آسایش وی، مشاوره ی کامل رفتاری و درمانی، مستندسازی اطلاعات بیمار، رعایت پله پله ی مراحل درمان، پی گیری درمان، گوشزد کردن عوارض و هشدار احتیاط های لازم حین مصرف دارو به بیمار)، داروساز (ارتباط مؤثر پزشک با داروساز در زمینه ی تداخلات دارویی و مکانیسم اثر یک داروی جدید، پوشش بیمه، موجودیت داروها در بازار دارویی، دخالت داروساز در فرایند درمان به عنوان عضوی از تیم درمان، تکرار نسخ زیر نظر داروساز و فروش Over-the-counter یا OTC داروها زیر نظر داروساز) و کمیته ی تجویز و مصرف منطقی دارو (شامل آگاهی از شاخص های کمیته، دریافت گزارش های دوره ای (که نسخه های هر پزشک را طی یک دوره ی زمانی بررسی می کند و نتایج کار پزشک و ایرادهای وی را به او اطلاع می دهد و ارتباط مؤثر با کمیته) طراحی شدند.

سؤالات آگاهی به صورت گزینه های صحیح و غلط چهار گزینه ای طراحی شدند که به هر پاسخ صحیح به آگاهی ۵ امتیاز تعلق می گرفت و سؤالات نگرش نیز به صورت لیکرت ۴ گزینه ای طراحی شدند که از هر سؤال ۱-۴ امتیاز کسب می شد. بیشترین امتیاز مرتبط با آگاهی ۹۰ و بیشترین امتیاز مرتبط با نگرش ۶۰ امتیاز محاسبه شد. پایایی پرسش نامه ی استانداردسازی شده به روش اجرای موازی با انجام مرحله ی آزمایشی بر روی ۳۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه و محاسبه ی Cronbach's alpha تعیین شد و طی این محاسبات، پایایی پرسش نامه ۸۶ درصد تعیین گردید. روایی پرسش نامه نیز با نظرخواهی از سه نفر از متخصصین کارشناس در حوزه ی تجویز و مصرف منطقی دارو و تعیین ضریب همبستگی Pearson بین پاسخ ها ۹۰ درصد محاسبه شد. پرسش نامه ی نهایی با ۱۶ سؤال آگاهی و ۱۵ سؤال نگرش طراحی شد. در نهایت، پرسش نامه ها پس اخذ رضایت توسط پرسشگر در اختیار پزشکان قرار گرفت و توسط خود پزشکان تکمیل گردید.

چک لیست های طراحی شده نیز با محتوای چگونگی عملکرد پزشک به هنگام معاینه ی بیمار و تجویز دارو برای وی و همچنین، شرایط محیطی مطب، در اختیار ۱۰ نفر بیمار نما (بیمار استاندارد) که از قبل آموزش های لازم را در این زمینه دیده بودند، قرار گرفت. در یک چک لیست، شیوه ی عملکرد پزشک در رابطه با بیمار (شامل

اقتصادی بار سنگینی بر جوامع وارد می کند و همچنین، سبب بروز عوارض ناخواسته در فرد و جامعه می گردد (۹-۱۱).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، تجویز و مصرف منطقی دارو به معنای تجویز داروی مناسب با دز مناسب و طول دوره ی درمان مناسب برای یک بیمار بر اساس وضعیت بالینی وی با تحمیل کمترین میزان هزینه به بیمار و جامعه است (۱۲-۱۴). تجویز منطقی دارو، علاوه بر کاهش تکرار نسخه های غیر منطقی موجب بهبود روند درمان و مراقبت از بیماران می گردد (۱۵).

از آن جایی که پزشکان عمومی به عنوان اولین حلقه ی چرخه ی درمان نقش مهمی در تجویز دارو ایفا می کنند، به نظر می رسد اولین و مهم ترین راه پیش گیری از بروز اشتباه در تجویز و کاربرد داروها، به کارگیری دقت کافی و مهارت لازم در تجویز دارو توسط این افراد است. طبق مطالعات انجام شده، عوامل مختلفی ممکن است بر روی رفتار تجویز دارو توسط پزشک تأثیرگذار باشند که از جمله ی آنها، می توان به سن و جنس پزشک، سابقه ی کار پزشک، منطقه ی جغرافیایی محل طبابت و شرایط اقتصادی - اجتماعی بیمار اشاره کرد (۱۶-۱۹). بر اساس مطالعات اخیر نیز توجه به این عوامل و تعدیل آنها می تواند به منطقی تر کردن روند تجویز دارو و کاهش هزینه ها کمک کند (۲۰-۲۲).

هدف از انجام این مطالعه، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد صحیح پزشکان عمومی شهر تهران بر تجویز و مصرف منطقی دارو و عوامل مؤثر بر آن است. به عبارت دیگر، مطالعه ی حاضر با هدف تعیین نقش پزشکان در بروز پدیده ی تجویز و مصرف غیر منطقی دارو و نقص در هر یک از عوامل آگاهی، نگرش و عملکرد یک پزشک در تجویز غیر منطقی دارو انجام شد. امید آن که ضمن ارائه ی تصویری علمی از وضعیت موجود، با شناسایی عوامل مؤثر بر تجویز و مصرف غیر منطقی دارو، گامی در جهت ارتقای کیفی خدمات سیستم سلامت برداشته شود.

روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی (Cross-sectional) بود که بر روی ۱۳۵ پزشک عمومی شاغل در درمانگاه ها و مطب های خصوصی و نیمه خصوصی شهر تهران انجام شد. نمونه ها با روش چند مرحله ای تصادفی از میان ۲۱۰۰۰ پزشک عمومی مناطق ۲۲ گانه ی شهر تهران انتخاب شدند. جهت دستیابی به نمونه ها و انتخاب مناطق شهری، از نمونه گیری خوشه ای تصادفی و برای انتخاب پزشکان هر منطقه، از نمونه گیری تصادفی منظم استفاده شد. حجم نمونه با احتساب حدود اطمینان ۹۵ درصد ($P = 0/05$) محاسبه شد. ابزار کسب اطلاعات در مورد آگاهی و نگرش شامل پرسش نامه ی محقق

یافته‌ها

نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده از ۱۳۵ پزشک عمومی در شهر تهران نشان داد که ۷۹/۳ درصد از پزشکان عمومی از آگاهی زیاد و خیلی زیاد در زمینه تجویز و مصرف منطقی دارو برخوردار بودند و ۴۵/۹ درصد آنان، نگرش مثبت و خیلی مثبت در این زمینه داشتند. نتایج حاصل از چک لیست‌های عملکرد نیز نشان داد که ۵۰/۴ درصد از پزشکان عمومی عملکرد خوب و خیلی خوب در زمینه تجویز منطقی دارو داشتند (جدول ۱). همچنین، بین نگرش و عملکرد پزشکان ارتباط معنی‌دار مستقیمی وجود داشت ($P = 0/040$, $R = 0/100$)؛ در حالی که بین آگاهی با نگرش و عملکرد در جمعیت مورد مطالعه هیچ ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی عوامل آگاهی، نگرش و عملکرد

عامل	امتیاز	تعداد (درصد)
آگاهی	کم	۲ (۱/۵)
	متوسط	۲۶ (۱۹/۳)
	زیاد	۱۰۷ (۷۹/۳)
نگرش	منفی	۷۳ (۵۴/۱)
	مثبت	۶۲ (۴۵/۲)
	ضعیف	۱۶ (۱۱/۹)
عملکرد	متوسط	۵۱ (۳۷/۸)
	خوب	۶۱ (۴۵/۲)
	خیلی خوب	۷ (۵/۲)

نتایج حاصل از بررسی عملکرد پزشکان عمومی در چک لیست‌های مورد بررسی نشان داد که ۶۵/۰ درصد پزشکان عمومی مورد مطالعه داروهای درخواستی بیماران را تجویز می‌کردند. ۴۰/۵ درصد پزشکان در گرفتن شرح حال و رعایت فرایند درمان، عملکرد ضعیف، ۳۵/۰ درصد عملکرد متوسط و ۲۴/۵ درصد عملکرد خوب داشتند. همچنین، ۵۲/۳ درصد عملکرد نامناسبی در آموزش صحیح نحوه استفاده از دارو برای بیماران داشتند. با وجود این که ۶۰/۰ درصد پزشکان عمومی مورد مطالعه، ذکر دوره مصرف داروی تجویزی را ضروری می‌دانستند، تنها ۴۳/۰ درصد آنان دوره مصرف را به بیماران خود توضیح می‌دادند.

همچنین، با وجود توافق تمام پزشکان مورد مطالعه مبنی بر ذکر احتیاطات حین مصرف یک دارو به بیمار، تنها ۲۵/۲ درصد آنان این احتیاطات را به بیماران گوشزد می‌نمودند. در ارتباط با دیدگاه پزشکان نسبت به داروساز، ۸۷/۴ درصد افراد به میزان زیاد و خیلی زیاد به نقش داروساز در فرایند درمان بیمار اعتقاد داشتند.

در ارزیابی میزان موفقیت کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو

مستندسازی اطلاعات بیماران، مشاوره‌ی درمانی و رفتاری، رعایت پله به پله‌ی مراحل درمان، جلب رضایت بیمار و برقراری آرامش و رفاه در محیط مطب، داروساز (حسن برخورد پزشک با داروساز، اطلاعات دارویی پزشک)، بیمه (شامل آگاهی از لیست داروهای بیمه‌ای) و ارتباط با کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو (شامل دریافت گزارش‌ها، داشتن لیست دارویی شخصی، ارتباط منظم با کمیته‌ی تجویز) مورد ارزیابی قرار گرفت. به هر گزینه، ۱-۲ امتیاز تعلق گرفت و بیشترین امتیاز مرتبط با عملکرد معادل ۴۰ امتیاز محاسبه شد.

با توجه به محدودیت‌های موجود در مطالعه، امکان طراحی مدل عملی برای ارتباط بین پزشک و داروساز میسر نبود تا عملکرد پزشک در این خصوص ارزیابی گردد. از این رو، این قسمت از ارزیابی به اجبار حذف گردید. بیمارنا، با مراجعه به مطب پزشک، رفتار وی را حین اخذ شرح حال، معاینه و تجویز دارو و نیز شرایط کلی محیط مطب از جهت برقراری سکوت و آرامش و مجهز بودن به امکانات ضروری، به دقت زیر نظر می‌گرفت و همچنین، طی مصاحبه با منشی مطب بعد از معاینه در حین خروج از مطب، چک لیست را بر اساس مشاهدات خود تکمیل می‌نمود.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و چک لیست‌ها، اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) پس از تعیین شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی و تعیین درصد فراوانی و آمار توصیفی و تحلیلی، مورد آنالیز آماری قرار گرفت. برای آنالیز توصیفی، بیشترین امتیاز کسب شده از کل پرسش‌نامه‌ی آگاهی (۹۰ امتیاز)، نگرش (۶۰ امتیاز) و کل چک لیست عملکرد (۴۰ امتیاز) در پنج دسته با طول دسته‌ی مساوی به ترتیب خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به متغیر کیفی تبدیل شدند. جهت مقایسه‌ی میانگین‌ها در دو گروه، از آزمون Independent t و بیش از دو گروه از آزمون One-way ANOVA و نیز برای ارزیابی ارتباط آماری از تعیین ضریب همبستگی Pearson استفاده گردید.

مجموع امتیاز کسب شده از پرسش‌نامه‌ی آگاهی (به ازای هر پاسخ صحیح ۵ امتیاز) به ۴ دسته‌ی مساوی با طول دسته‌ی یکسان (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) تقسیم شدند. در خصوص نگرش و عملکرد نیز به این روش، مجموع امتیاز به ۴ دسته تقسیم گردید که طول دسته‌ها مساوی بود و در صورتی که امتیاز فرد در بین کرانه‌ی پایین و بالای دسته قرار می‌گرفت، فرد مورد نظر در آن دسته (رتبه) قرار داده می‌شد. امتیاز هر یک اجزای چک لیست با هم جمع گردید و امتیاز کل چک لیست حاصل شد که امتیاز کل نیز به چهار دسته‌ی مساوی تقسیم گردید تا متغیر به رتبه‌ای تبدیل شود.

جدول ۲. میانگین شاخص عوامل آگاهی، نگرش و عملکرد در مناطق شهری

منطقه	آگاهی	نگرش	عملکرد
۱	۷۱/۰ ± ۵/۴	۲۸/۸ ± ۴/۳	۲۷/۰ ± ۳/۳
۲	۷۰/۰ ± ۸/۷	۲۹/۵ ± ۱/۳	۲۵/۵ ± ۵/۹
۳	۶۸/۰ ± ۱۳/۶	۳۱/۳ ± ۲/۸	۲۶/۱ ± ۲/۳
۴	۶۰/۳ ± ۱۰/۸	۳۰/۵ ± ۲/۶	۲۶/۰ ± ۶/۳
۵	۶۴/۱ ± ۹/۷	۳۱/۵ ± ۱/۲	۲۴/۰ ± ۶/۲
۶	۶۳/۰ ± ۹/۰	۳۱/۴ ± ۱/۱	۲۷/۲ ± ۳/۷
۷	۷۱/۶ ± ۴/۰	۳۱/۱ ± ۲/۴	۲۲/۰ ± ۴/۵
۸	۶۷/۰ ± ۴/۴	۲۹/۴ ± ۱/۵	۲۵/۴ ± ۲/۸
۹	۶۴/۰ ± ۱۱/۹	۳۰/۰ ± ۲/۲	۲۲/۶ ± ۵/۲
۱۰	۶۱/۰ ± ۱۰/۲	۳۱/۲ ± ۱/۶	۲۴/۵ ± ۱/۹
۱۱	۶۲/۸ ± ۶/۳	۲۹/۵ ± ۱/۲	۲۲/۸ ± ۵/۱
۱۲	۶۲/۵ ± ۴/۸	۲۹/۶ ± ۱/۷	۱۹/۷ ± ۳/۰
۱۳	۵۵/۰ ± ۵/۱	۲۹/۰ ± ۱/۱	۱۹/۳ ± ۲/۰
۱۴	۵۷/۵ ± ۸/۱	۳۰/۱ ± ۱/۳	۲۶/۰ ± ۳/۱
۱۵	۵۷/۸ ± ۸/۹	۳۰/۷ ± ۱/۶	۲۲/۸ ± ۳/۰۷
۱۶	۵۴/۰ ± ۹/۶	۳۳/۶ ± ۲/۷	۱۸/۰ ± ۵/۸
۱۷	۵۱/۶ ± ۵/۷	۳۳/۳ ± ۲/۵	۲۰/۰ ± ۶/۹
۱۸	۵۴/۱ ± ۳/۷	۳۱/۶ ± ۲/۰	۲۷/۶ ± ۴/۳
۱۹	۵۲/۵ ± ۳/۵	۳۱/۵ ± ۲/۱	۲۶/۵ ± ۲/۱
۲۰	۵۹/۰ ± ۱۱/۴	۲۹/۰ ± ۲/۴	۲۴/۶ ± ۴/۵
۲۱	۵۱/۳ ± ۲/۸	۲۸/۷ ± ۱/۱	۲۶/۳ ± ۳/۰
۲۲	۵۲/۱ ± ۳/۶	۲۹/۲ ± ۳/۱	۲۳/۶ ± ۱/۴

آن چه از نتایج مطالعه حاضر بر می آید، این است که پزشکان عمومی شهر تهران از آگاهی خوبی در زمینه تجویز و مصرف منطقی دارو برخوردارند، اما نگرش کافی و صحیح را در این زمینه ندارند و عملکرد متوسطی از خود به نمایش می گذارند. در واقع، مهم ترین علت تجویز و مصرف غیر منطقی دارو توسط پزشکان عمومی، عدم نگرش صحیح در عین افزایش سطح آگاهی می باشد. به عبارت دیگر، می توان گفت جهت افزایش سطح آگاهی پزشکان عمومی برنامه های مدونی در نظر گرفته شده است؛ اما به جهت بهبود نگرش و عملکردی که به دنبال افزایش سطح آگاهی انتظار می رود، تلاش مؤثری صورت نگرفته است.

در مطالعات اخیر، با توجه به آن که در ارزیابی ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان، ارتباط مستقیم بین نگرش و عملکرد آن ها مشاهده گردیده است، می توان گفت ارتقای عملکرد پزشکان عمومی در گرو ارتقای نگرش آنان خواهد بود (۲۳).

بر اساس نتایج مطالعه Amini و همکاران در بهبود عملکرد پزشکان عمومی در گرو بهینه سازی برنامه های بازآموزی مدونی است که در جهت افزایش سطح آگاهی و بهبود نگرش آنان طراحی شده

از دیدگاه پزشکان، ۲۹/۶ درصد افراد، کمیته را بسیار موفق می دانستند؛ در حالی که ۷۰/۴ درصد، میزان موفقیت را کم و خیلی کم ارزیابی کردند. در مورد دیدگاه پزشکان در دریافت گزارش های دوره ای، نتایج حاصل نشان داد که ۹۲/۶ درصد پزشکان به میزان زیاد و خیلی زیاد تمایل به دریافت گزارش های دوره ای از سوی کمیته داشتند.

از طرف دیگر، تمامی پزشکان مورد مطالعه به داشتن ارتباط مؤثر با کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو تمایل داشتند. ۵۲/۰ درصد پزشکان شاخص های کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو در ارزیابی نسخ را منطقی می دانستند، اما ۷۰/۴ درصد میزان موفقیت کمیته در انجام مسؤلیت های خود را کم و خیلی کم ارزیابی کردند.

بر اساس نتایج حاصل از این بررسی، از نظر ۶۰/۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه، شرایط اجتماعی - اقتصادی بیمار بر نوع درمان تأثیرگذار است. ۸۵/۰ درصد پزشکان مورد مطالعه، پوشش بیمه را در فرایند درمان بیماران مؤثر می دانستند و به نقش مهم بیمه در کاهش هزینه های تحمیلی به بیماران واقف بودند، اما ارزیابی عملکرد آن ها نشان داد که ۶۶/۰ درصد پزشکان، از داروهایی که مشمول تعهدات بیمه می شود، اطلاعی ندارند.

میانگین سنی پزشکان عمومی مورد مطالعه، $39/2 \pm 5/2$ سال بود که ۷۰/۴ درصد آنان مذکر و ۲۹/۶ درصد مؤنث بودند. در این بین، بیشترین سن ۵۵ سال و کمترین سن ۳۰ سال و گروه سنی ۳۷ سال دارای بیشترین فراوانی بود. ضمن بررسی عوامل مؤثر بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی، نتایج حاصل نشان داد که سن پزشک ($R = 0/16$ ، $P = 0/005$) و نیز سابقه کار ($R = -0/23$ ، $P = 0/006$)، وی، با میزان آگاهی رابطه ای عکس دارد. میانگین شاخص عملکرد پزشکان در جنس مذکر، به طور معنی داری بالاتر از جنس مؤنث بود ($t = 1/20$ ، $P = 0/030$)، اما میزان آگاهی و نگرش با جنسیت ارتباط معنی داری نداشت.

منطقه جغرافیایی مطب بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان مؤثر بود ($F = 2/4$ ، $P = 0/001$)؛ به طوری که بیشترین میزان آگاهی در مناطق ۱ و ۷، کمترین میزان آگاهی در مناطق ۱۷ و ۲۱، بیشترین میزان نگرش در مناطق ۱۶ و ۱۷، کمترین میزان نگرش در مناطق ۱۳ و ۲۱، کمترین میزان عملکرد در مناطق ۱۳ و ۱۶ و بیشترین میزان عملکرد در مناطق ۶ و ۱۸ بود (جدول ۲).

بحث

در این مطالعه، نتایج به دست آمده حاکی از آگاهی خوب و خیلی خوب بیشتر پزشکان (۷۹/۳ درصد) و نگرش منفی و خیلی منفی ۵۴/۱ درصد از آنان و نیز عملکرد ضعیف و خیلی ضعیف ۵۰/۶ درصد آنان بود.

داروهای جایگزین با میزان عوارض کمتر وجود داشته باشد، از شاخص‌های عملکرد نامناسب در پزشکان عمومی بوده است و موجب بالا رفتن میزان تجویز غیر منطقی دارو می‌شود (۳۲).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی Gutierrez و همکاران در مکزیک، تشکیل یک کمیته‌ی نظارت کننده که نسخه‌ها را با استاندارد مقایسه کند و با گزارش موارد غیر منطقی موجود در نسخه، پیشنهادها را به پزشک ارایه نماید، موجب بهبود عملکرد پزشکان در دراز مدت می‌شود (۳۳). مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که پزشکان شهر تهران به وجود یک کمیته‌ی نظارت کننده که عملکرد آنان را از لحاظ شاخص‌های خاصی بررسی کند و نتایج را به آن‌ها اطلاع دهد موافق هستند.

بر اساس نتایج، میزان آگاهی و نگرش پزشکان عمومی مستقل از جنسیت آن‌ها است، اما در زمینه‌ی عملکرد، گروه جنسی مذکر از سطح عملکرد بهتر و بالاتری برخوردار است. مطالعه‌ی Cagri و همکاران نیز با نتایج مشابه، متوسط سطح آگاهی پزشکان عمومی مرد را بیشتر از پزشکان زن گزارش کرده است (۳۴). با توجه به این یافته‌ها، به نظر می‌رسد در جهت ارتقای عملکرد پزشکان عمومی خانم شهر تهران، بایستی تلاش بیشتری صورت پذیرد.

بر اساس نتایج به دست آمده، سطح آگاهی پزشکانی که سن بالاتری داشتند، به میزان چشم‌گیری کمتر از پزشکان با سن پایین‌تر بود و از طرف دیگر، پزشکانی که سابقه‌ی کار بیشتری داشتند، از آگاهی کمتری نسبت به پزشکان با سابقه‌ی کار پایین برخوردار بودند. Cagri و همکاران نیز در مطالعه‌ی گزارش کردند که سن و سابقه‌ی کار، بر سطح آگاهی پزشکان عمومی اثرگذار است؛ بدین صورت که متوسط سطح آگاهی در پزشکان عمومی زیر ۲۹ سال با سابقه‌ی کار کمتر $81/2 \pm 67/7$ و در پزشکان بالای ۶۰ سال با سابقه‌ی کار بالاتر، $42/6 \pm 4/3$ بود (۳۴). به نظر می‌رسد دلیل این امر این باشد که پزشکان با سابقه‌ی کار بالاتر، با توجه به کمک گرفتن از تجربه‌ی خود در فرایند درمان بیماران کمتر درصد ارتقا و به روزرسانی دانش خود هستند. از این رو، ضروری است در جهت افزایش آگاهی پزشکان عمومی شهر تهران، اولویت با پزشکان با سابقه‌ی کار بالاتر باشد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، منطقه‌ی جغرافیایی مطب پزشک تأثیر مهمی بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد وی می‌گذارد. Watkins و همکاران نشان دادند که شرایط اقتصادی - اجتماعی منطقه‌ای که پزشک در آن فعالیت می‌کند، بر نوع نگرش، سطح عملکرد و نحوه‌ی نسخه‌نویسی وی اثرگذار است (۲۰).

از آن جایی که پزشکان عمومی به عنوان اولین حلقه‌ی چرخه‌ی درمان نقش مهمی در تجویز منطقی دارو دارند، باید تلاش شود که مداخلاتی در زمینه‌ی افزایش سطح آگاهی، بهبود نگرش و ارتقای عملکرد آنان صورت گیرد.

این برنامه‌ها، باید به صورتی سازمان‌دهی شوند که علاوه بر افزایش سطح آگاهی پزشکان، نگرش آنان را نیز ارتقا بخشد تا عملکرد بهتری از این افراد مشاهده گردد (۲۴). در بررسی الگوهای نسخه‌نویسی و مصرف دارو در کشورهای در حال توسعه، در مطالعه‌ی Ross-Degnan و همکاران، عوامل اجتماعی - فرهنگی نظیر اطلاعات غلط بیماران، نگرش نادرست پزشکان در رابطه با خطر مصرف برخی داروها، انتظارات و عقاید تجاری برخی پزشکان در رابطه با اثربخشی برخی داروها، سبب تجویز و مصرف غیر منطقی دارو در این کشورها و بروز عوارض ناخوشایند دارویی گردیده است (۲۵). نتایج حاصل از مطالعه‌ی اخیر، مغایر با یافته‌های مطالعه‌ی چراغعلی و همکاران است. مطالعه‌ی آنان، یکی از علل اصلی تجویز نسخه‌های غیر منطقی توسط پزشکان عمومی در ایران را نداشتن دانش به روز دانسته و پیشنهاد نموده است طی آموزش‌های دوره‌ای هدفمند پس از اتمام تحصیلات دانشگاهی، می‌توان این دانش را در سطح مناسب و جدید نگه داشت (۲۶).

در کشورهای توسعه یافته، جهت دستیابی به یک نسخه‌ی منطقی، شیوه‌نامه‌هایی مبنی بر سه اصل مهم آموزش، مدیریت و تنظیم وجود دارد که موجب هدایت تجویز و مصرف دارو به سمت کاربرد منطقی و کارآمد می‌شود (۲۷). اگر چه، متأسفانه نمونه‌ی این شیوه‌نامه‌ها در کشورهای در حال توسعه وجود نداشته یا بسیار ناکارآمد بوده است که خود سبب تحمیل بار اقتصادی سنگین و بروز عوارض جانبی خطرناک و گاه غیر قابل برگشت به افراد این جوامع می‌شود (۲۸، ۶).

در مطالعات انجام شده، حضور داروسازان با افزایش اثربخشی نسخه‌ی تجویزی، افزایش کیفیت زندگی بیماران و کاهش درصد مرگ و میر و در نهایت، موجب دستیابی بهتر به تجویز و مصرف منطقی داروها خواهد شد (۲۹-۳۰). مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که اغلب پزشکان با دخالت داروساز به عنوان عضوی از تیم درمان در فرایند درمان بیماران موافق هستند و این نگرش را دارند که دخالت داروساز در فرایند درمان سبب کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت درمان می‌گردد. مطالعه‌ی Lipton و همکاران نیز نشان داد که پزشکان عمومی، دخالت داروساز در فرایند درمان را سبب کاهش هزینه‌های درمانی تحمیل شده به بیمار، کاهش بروز عوارض خطرناک دارویی، افزایش پذیرش درمان توسط بیماران، افزایش همکاری و رضایتمندی، افزایش کیفیت زندگی بیمار و کاهش مرگ و میر می‌دانند (۳۱).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، درصد قابل توجهی از پزشکان داروهای درخواستی بیماران را می‌پذیرند و تجویز می‌کنند. طبق مطالعه‌ی Watson و همکاران، تجویز داروهای درخواستی بیماران در شرایطی که هیچ ضرورتی برای مصرف آن‌ها وجود ندارد و یا

به تصویب رسیده و تحت حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. از کلیه ی عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه ی دوره ی دستیاری تخصصی به شماره ی ۵۱۱۰ می‌باشد که در دانشکده ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

References

- Oviawe O. Prescriber performance in a paediatric general practice clinic of a university teaching hospita. *West Afr J Med* 1988; 8(2): 130-4.
- Lexchin J. Doctors and detailers: Therapeutic education or pharmaceutical promotion? *Int J Health Serv* 1989; 19(4): 663-79.
- Weedle PB, Poston JW, Parish PA. Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom. *DICP* 1990; 24(5): 533-6.
- Hogerzeil HV. Promoting rational prescribing: An international perspective. *Br J Clin Pharmacol* 1995; 39(1): 1-6.
- Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ* 1995; 310(6984): 923-5.
- Hogerzeil HV, Walker GJ, Sallami AO, Fernando G. Impact of an essential drugs programme on availability and rational use of drugs. *Lancet* 1989; 1(8630): 141-2.
- Holloway KA, Ivanovska V, Wagner AK, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. *Trop Med Int Health* 2013; 18(6): 656-64.
- Soleymani F, Valadkhani M, Dinarvand R. Challenges and achievements of promoting rational use of drugs in Iran. *Iran J Public Health* 2009; 38(Suppl.1): 166-8.
- Le Grand A, Sri-Ngernyuang L, Streefland PH. Enhancing appropriate drug use: the contribution of herbal medicine promotion. A case study in rural Thailand. *Soc Sci Med* 1993; 36(8): 1023-35.
- Foster S. Supply and use of essential drugs in sub-Saharan Africa: Some issues and possible solutions. *Soc Sci Med* 1991; 32(11): 1201-18.
- Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(4): 340-4.
- Walker GJ, Hogerzeil HV, Sallami AO, Alwan AA, Fernando G, Kassem FA. Evaluation of rational drug prescribing in Democratic Yemen. *Soc Sci Med* 1990; 31(7): 823-8.
- Hogerzeil HV. Use of essential drugs in rural Ghana. *Int J Health Serv* 1986; 16(3): 425-40.
- Ahmed SM, Islam QS. Availability and rational use of drugs in primary healthcare facilities following the national drug policy of 1982: Is Bangladesh on right track? *J Health Popul Nutr* 2012; 30(1): 99-108.
- Crigger N, Holcomb L. Improving nurse practitioner practice through rational prescribing. *J Nurse Pract* 2008; 4(2): 120-5.
- Howie JG. Clinical judgement and antibiotic use in general practice. *Br Med J* 1976; 2(6043): 1061-4.
- Hartley RM, Charlton JR, Harris CM, Jarman B. Patterns of physicians' use of medical resources in ambulatory settings. *Am J Public Health* 1987; 77(5): 565-7.
- Baker D, Klein R. Explaining outputs of primary health care: Population and practice factors. *BMJ* 1991; 303(6796): 225-9.
- Dawood OT, Hassali MA, Saleem F. Factors affecting knowledge and practice of medicine use among the general public in the State of Penang, Malaysia. *J Pharm Health Serv Res* 2017; 8(1): 51-7.
- Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(1): 29-34.
- Catic T, Avdagic L, Martinovic I. Knowledge and attitudes of physicians and pharmacists towards the use of generic medicines in Bosnia and Herzegovina. *Med Glas (Zenica)* 2017; 14(1): 25-32.
- Kulkarni P, Kuruvilla A, Roy R, Indla R. An evaluation of knowledge, attitude and practice of rational antibiotic usage and antibiotic resistance among interns in a teaching tertiary care hospital: A crosssectional questionnaire/ based study. *Indian Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2017; 4(4): 192-7.
- Hooli TV, Srikanth, Somashekara SC, Suraj B. Knowledge, attitude, practice of rational use of medicines among junior residents in a tertiary care hospital. *Int J Basic Clin Pharmacol* 2017; 6(8): 2001-4.
- Amini A, Kargarmaher Mh, Hatami Sadabadi F, Salami H. Determining CME needs of general physicians in East Azarbaijan province. *Iran J Med Educ* 2002; 2: 12. [In Persian]
- Ross-Degnan D, Laing R, Santoso B, Ofori-Adjei D, Lamoureux C. Improving pharmaceutical use in primary care in developing countries: A critical review of experience and lack of experience. *Proceedings of the 1st International Conference on Improving Use of Medicines; 1997 Apr 1-4; Chiang Mai, Thailand.*
- Cheraghali AM, Nikfar S, Behmanesh Y, Rahimi V, Habibipour F, Tirdad R, et al. Evaluation of availability, accessibility and prescribing pattern of medicines in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2004; 10(3): 406-15.
- Nabiswa AK, Makokha JD, Godfrey RC. Malaria: Impact of a standardized protocol on inpatient management. *Trop Doct* 1993; 23(1): 25-6.
- Laing RO. Rational drug use: An unsolved problem. *Trop Doct* 1990; 20(3): 101-3.
- Borgsdorf LR, Miano JS, Knapp KK. Pharmacist-managed medication review in a managed care

- system. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51(6): 772-7.
30. Afrasiabian S, Hajibagheri K, Roshani D, Zandsalimi S, Barari M, Mohsenpour B. Investigation of the knowledge, attitude and performance of the physicians in regard to rational antibiotic prescription. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2017; 22(1): 25-35. [In Persian].
 31. Lipton HL, Byrns PJ, Soumerai SB, Chrischilles EA. Pharmacists as agents of change for rational drug therapy. *Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11(3): 485-508.
 32. Watson MC, Bond CM, Grimshaw J, Johnston M. Factors predicting the guideline compliant supply (or non-supply) of non-prescription medicines in the community pharmacy setting. *Qual Saf Health Care* 2006; 15(1): 53-7.
 33. Gutierrez G, Guiscafre H, Bronfman M, Walsh J, Martinez H, Munoz O. Changing physician prescribing patterns: Evaluation of an educational strategy for acute diarrhea in Mexico City. *Med Care* 1994; 32(5): 436-46.
 34. Cagri BA, Ermertcan S, Hosgor-Limoncu M, Ciceklioglu M, Eren S. Rational antibiotic use and academic staff. *Int J Antimicrob Agents* 2003; 21(1): 63-6.

ضمیمه‌ی شماره ۱: پرسش‌نامه

عنوان پرسش‌نامه: بررسی آگاهی و نگرش پزشکان عمومی در رابطه با تجویز و مصرف منطقی دارو

پرسش‌نامه‌ی حاضر، ابزار یک مطالعه‌ی تحقیقاتی است که با هدف ارتقای سیستم سلامت و افزایش آگاهی دست‌اندرکاران طراحی گردیده است. از این رو، بدیهی است پاسخ‌های صادقانه‌ی شما همکار بزرگوار در انتخاب راه‌کارهای مناسب حایز اهمیت خواهد بود.

با سپاس فراوان

جنس: سابقه‌ی طبابت: سن: محل جغرافیایی مطب:

- ۱) با بیماری که به علت مرگ یکی از عزیزانش حین صحبت با شما شروع به گریه می‌کند، چگونه برخورد می‌کنید؟
 الف) به مشاوره ادامه می‌دهید و توجهی به او نمی‌کنید.
 ب) اشک در چشمان شما حلقه می‌زند.
 ج) به او دستمال تعارف کرده و سعی می‌کنید به او قوت قلب دهید.
 د) درصدد حل مشکل وی و دادن راه‌کار به او بر می‌آیید.

- ۲) در صورت تجویز یک اسپری با فرم جدید که تازه وارد بازار شده است، کدام اقدام را باید مد نظر قرار دهیم؟
 الف) نحوه‌ی صحیح استفاده از اسپری را به صورت عملی به بیمار آموزش می‌دهید.
 ب) چون بیمار از قبل هم از اسپری دیگری استفاده می‌کرده است، لزومی به آموزش مجدد نمی‌بینید.
 ج) توضیحی نمی‌دهید و این کار را به داروساز می‌سپارید.
 د) از بیمار در مورد آگاهی از نحوه‌ی استفاده از اسپری سؤال می‌کنید و در صورت صحیح بودن پاسخ، توضیحی نمی‌دهید.

- ۳) برای کودک مبتلا به اوتیت مدیا، آموکسی‌سیلین تجویز شده است. در مورد دوره‌ی مصرف دارو توصیه‌ی ارجح کدام است؟
 الف) با مشاهده‌ی علائم بهبودی می‌تواند مصرف دارو را قطع کند.
 ب) باید به مدت ۱۴-۱۰ روز دارو را مصرف کند.
 ج) بعد از گذشت ۱۴ روز در صورت وجود علائم به مصرف ادامه دهد.
 د) هیچ کدام.

- ۴) در تجویز کدام دارو برای یک پسر بچه‌ی ۱۱ ساله، باید احتیاط بیشتری کرد؟
 الف) سیپروفلوکسازین ب) آموکسی‌سیلین ج) دیفن‌هیدرامین د) استامینوفن

- ۵) تعیین نمودن تاریخ مشخص جهت مراجعه‌ی بعدی بیمار را در کدام مرحله‌ی زیر قرار می‌دهید؟
 الف) مشاوره ب) معاینه ج) پی‌گیری د) تجویز دارو

- ۶) شخصی با یک بیماری مزمن مثل دیابت به شما مراجعه کرده است. کدام فرایند زیر را صحیح می‌دانید؟
 الف) بررسی شرایط ← تشخیص قطعی ← تجویز دارو ← پی‌گیری شرایط بیمار
 ب) بررسی شرایط ← تشخیص قطعی ← تجویز دارو
 ج) بررسی شرایط ← تجویز دارو
 د) هیچ کدام

- ۷) در کدام یک از موارد زیر باید گزارش‌دهی به مرکز بهداشت شهرستان و یا دانشگاه علوم پزشکی صورت گیرد؟
 الف) آنفلوآنزای فصلی ب) آنفلوآنزای حاد پرندگان ج) TB د) ب و ج

- ۸) کدام یک از موارد زیر می‌تواند سبب نارضایتی بیمار در محیط مطب شود؟
 الف) عدم وجود سیستمی جهت تعیین وقت قبلی
 ب) مشاوره‌ی پزشک و بیمار در حضور سایر بیماران
 ج) مشاوره‌ی پزشک با چندین بیمار به صورت هم‌زمان
 د) همه‌ی موارد
- ۹) کدام یک از موارد زیر در مطب الزامی است؟
 الف) محیط مناسب جهت انتظار
 ب) برقراری آرامش و سکوت در محیط
 ج) نور مناسب در اتاق ویزیت
 د) همه‌ی موارد
- ۱۰) طبق آیین‌نامه‌ی تأسیس مطب رعایت کدام یک از موارد زیر الزامی نیست؟
 الف) اتاق معاینه‌ی مجزا
 ب) سالن انتظار مناسب
 ج) سرویس بهداشتی
 د) اتاق مجزا مخصوص پانسمان
- ۱۱) جهت ملاقات بیمار کدام فرایند را صحیح می‌دانید؟
 الف) تماس با منشی ← تعیین وقت قبلی ← نشستن در سالن انتظار ← ملاقات پزشک
 ب) ملاقات پزشک بر اساس تقدم و تأخر زمان حضور در مطب
 ج) حضور در مطب ← نشستن در سالن انتظار ← ملاقات پزشک
 د) هیچ کدام
- ۱۲) کدام یک جزء منابع در دسترس و معتبر برای کسب اطلاعات در خصوص داروهای گیاهی می‌باشد؟
 الف) پزشک همکار
 ب) داروساز
 ج) شرکت تولیدی
 د) اینترنت
- ۱۳) جهت اطمینان از اثربخشی یا مکانیسم اثر یک داروی جدید کدام منبع اطلاعاتی در اولویت قرار دارد؟
 الف) نماینده‌ی علمی شرکت دارویی مربوط
 ب) داروساز
 ج) اینترنت
 د) هیچ کدام
- ۱۴) در صورت شک به وجود داروی تجویز شده در بازار چه اقدامی باید انجام داد؟
 الف) سؤال از داروساز ب) انتخاب داروی دیگر
 ج) سؤال از شرکت دارویی
 د) هیچ کدام
- ۱۵) کدام یک از شاخص‌های کنترل نسخ پزشکان توسط کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو نیست؟
 الف) میانگین ارقام نسخه
 ب) میانگین قیمت نسخه
 ج) تعداد داروهای تزریقی نسخه
 د) تعداد مسکن‌های نسخه
- ۱۶) کدام گزینه در تعریف Personal drug دقیق‌تر است؟
 الف) تجویز دارو به صورت منحصر به فرد با در نظر گرفتن شرایط و ویژگی‌های بیمار
 ب) تجویز دارو برای بیماری‌های شخصی
 ج) تجویز داروهای خاص برای بیماری‌های خاص
 د) هیچ کدام
- ۱۷) سطح اجتماعی-اقتصادی بیمار در نوع درمان شما تا چه حد اهمیت دارد؟
 الف) خیلی زیاد
 ب) زیاد
 ج) کم
 د) خیلی کم

- ۱۸) تا چه حد به بیمار حق می‌دهید که در تجویز دارو دخالت کند؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۱۹) تعیین دوره‌ی مصرف دارو برای بیمار تا چه حد اهمیت دارد؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۲۰) چنانچه بیمار از دارویی با خطر بروز عوارض خطرناک استفاده می‌کند، تا چه حد با آموزش احتیاطات حین مصرف دارو موافقت می‌کند؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۱) تا چه حد با آگاه ساختن بیمار از شرایط بیماری‌اش موافقت می‌کنید؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۲) نظرتان در مورد تأثیر پوشش بیمه در فرایند درمان چیست؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۲۳) با دخالت داروساز در فرایند درمان بیمار (به عنوان عضوی از تیم درمان) تا چه حد موافقت می‌کنید؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۴) نظرتان در مورد تکرار نسخ زیر نظر داروساز، بدون مراجعه به پزشک چیست؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۵) نظرتان در مورد فروش OTC (بدون نسخه) داروها زیر نظر داروساز چیست؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۶) به نظر شما دسترسی پزشک به داروساز جهت مشاوره در مورد برخی تداخلات یا انواع مکمل‌های دارویی و غیره تا چه حد در فرایند درمان اهمیت دارد؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۲۷) به نظر شما کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو در زمینه‌ی تحقق اهدافش تا چه حد موفق بوده است؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۲۸) نظرتان در مورد دریافت گزارش عملکرد به صورت دوره‌ای چیست؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم
- ۲۹) به نظر شما شاخص‌های کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو تا چه حد منطقی اعلام شده است؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۳۰) تا چه حد به لزوم Personal drug در درمان بیماران معتقدید؟
الف) خیلی زیاد (ب) زیاد (ج) کم (د) خیلی کم
- ۳۱) تا چه حد با لزوم ارتباط مؤثر بین پزشک و کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو موافقت می‌کنید؟
الف) خیلی موافقم (ب) موافقم (ج) مخالفم (د) خیلی مخالفم

ضمیمه‌ی شماره‌ی ۲: چک لیست

عنوان چک لیست: بررسی عملکرد پزشکان عمومی در رابطه با تجویز و مصرف منطقی دارو

بله = ۱ خیر = ۰

- ۱- فضای سالن انتظار مناسب وجود داشت.
- ۲- کف سالن و اتاق‌ها تمیز و بدون درز بود.
- ۳- سرویس بهداشتی در مطب وجود داشت.
- ۴- صندلی به تعداد کافی بود.
- ۵- سکوت و آرامش در محیط مطب برقرار بود.
- ۶- اتاق جداگانه جهت ملاقات پزشک و بیمار وجود داشت.
- ۷- انجام فرایند پذیرش و نوبت‌دهی به بیماران به صورت مرتب انجام می‌شد.
- ۸- شرح حال کامل گرفته شد.
- ۹- علایم حیاتی چک شد.
- ۱۰- سابقه‌ی مصرف دارو در گذشته بررسی شد.
- ۱۱- سابقه‌ی بیماری قبلی بررسی شد.
- ۱۲- ابتدا تشخیص قطعی بیماری داده شد و بعد دارو تجویز شد.
- ۱۳- اطلاع‌رسانی به بیمار در مورد شرایط بیماری انجام شد.
- ۱۴- مستندسازی اطلاعات به شکل پرونده انجام شد.
- ۱۵- داروهای مورد نظر بیمار پذیرفته شده و تجویز می‌شد.
- ۱۶- در مورد برخی بیماری‌ها پی‌گیری بیمار انجام می‌شد.
- ۱۷- پزشک با بیمار هم‌دلی و همراهی دارد.
- ۱۸- نحوه‌ی صحیح استفاده از دارو به بیمار آموزش داده شد.
- ۱۹- دوره‌ی دقیق مصرف دارو ذکر شد.
- ۲۰- میزان مصرف دارو توضیح داده و در نسخه ذکر شد.
- ۲۱- احتیاطات لازم طی دوره‌ی مصرف دارو توضیح داده و در نسخه نوشته شد.
- ۲۲- تمامی اقلام دارویی در نسخه‌ی بیمار نوشته می‌شد.
- ۲۳- پزشک از داروهایی که مشمول پوشش بیمه می‌شدند، آگاهی داشت.
- ۲۴- داروی غیر بیمه‌ای در نسخه وجود ندارد.

Evaluation of Knowledge, Attitude, and Practice about Rational Prescribing and Use of Drugs among General Practitioners in Tehran City, Iran

Bitra Shahrami¹, Maliheh Shahbalaee², Ali Hamzeh-Zadeh³, Mansoor Rastegarpanah⁴

Original Article

Abstract

Background: Accuracy and expertise are the essential factors that must be applied by general practitioners (GPs) due to their important role in preventing irrational prescribing. The aim of this study was to determine the knowledge, attitude, and practice of the rational use of drugs among general practitioners, and affecting factors.

Methods: In this descriptive cross-sectional study which was conducted in Tehran City, Iran, the knowledge and attitude of 135 general practitioners in the area of rational prescribing and use of drugs were assessed using a questionnaire and their performance was checked via a checklist. Checklists were carefully completed by trained patients (standard patient) following a doctor's visit.

Findings: 79.3% of general practitioners had good knowledge, and 45.9% of them had positive attitudes toward rational prescribing and use of drugs. 50.4% of physicians also had good performance in the field of rational drug prescribing. Physicians' performance or practice was significantly different in the two sex groups ($P = 0.03$, $t = 2.1$). In addition, it was a significant relationship between physicians' age ($P = 0.006$, $R = -0.23$) and occupational history ($P = 0.005$, $R = -0.16$) with knowledge level, and between the geographical area of the office with physicians' knowledge, attitude, and practice. ($P = 0.001$, $F = 2.4$).

Conclusion: It seems that general practitioners in Tehran City have a good knowledge of the rational prescribing and use of drugs, but most of them do not have a positive attitude in this regard and display a modest performance. Therefore, it is necessary to intervene in order to improve the attitudes and performance among general practitioners. It is necessary that some interventions should be done to promote physicians' attitude and practice in terms of rational use of drugs.

Keywords: Drug prescribing, Drug utilization evaluation, Knowledge, Attitudes, Practice, General practitioners

Citation: Shahrami B, Shahbalaee M, Hamzeh-Zadeh A, Rastegarpanah M. **Evaluation of Knowledge, Attitude, and Practice about Rational Prescribing and Use of Drugs among General General Practitioners in Tehran City, Iran.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(469): 156-67.

1- Resident, Department of Clinical Pharmacy, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Pharmacist, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- General Practitioner, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

4- Associate Professor, Department of Clinical Pharmacy, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mansoor Rastegarpanah, Email: rastegar@tums.ac.ir