

Epidemiological study of self-medication and its associated factors in visitors to Birjand pharmacies, 2015

Zoya Tahergorabi¹, Zahra Kiani², Mitra Moodi³

Background and Aim: Nowadays, scientific and industrial advances in medical field and pharmaceutics have provided access to various types of medications which, without proper monitoring, can lead to willful drug use. The present study aimed at determining self-medication epidemiology and its related factors in pharmacy visitors in Birjand in 2015.

Materials and Methods: This analytical descriptive study was conducted on 944 Birjand pharmacy visitors, using stratified randomized sampling in the winter and spring of 2015. The necessary data was obtained by means of a validated and reliable questionnaire. Then, it was fed into SPSS (V:19) software and was analysed using the statistical testes X^2 , independent T, Mann Whitney, Kruskal-Wallis, and Tukey at the significant level $P < 0.05$.

Results: Mean age of the participants was 32.8 ± 10.8 years. Among them, 84.5% from whom 58% were men, expressed their inappropriate self-medication. Common cold, allergy (61.4%) and analgesics (43.9%) had the highest rate of use. Unavailability of physicians (33%), easy access to medications in pharmacies (44.5%) and similar prescriptions (30.6%) were the main reasons for inappropriate self-medication.

Conclusion: It was found that the inappropriate use of drugs, mainly in common cold, analgesic and antibiotic drugs, was high in the study population. The easy access to medicines pharmacies is probably the most important factor of the self medication.

Key Words: Self Medication, Drug, Epidemiology, Pharmacy Clients, Birjand

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016; 23(2): 158-169.

Received: January 25, 2016

Accepted: April 12, 2016

1 Social Determinants of Health Research Center, Department of Physiology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

2 Cellular and Molecular Research Center, Department of Pharmacology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

3 **Corresponding Author;** Social Determinants of Health Research Center, Department of Public Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. Email: mitra_m2561@yahoo.com Tel: 0098 915 3624931 Fax: 0098 5632381132

بررسی اپیدمیولوژیک خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در بین مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های سطح شهر بیرجند در سال 93-1394

زویا طاهرگورابی¹، زهرا کیانی²، میترا مودی³

چکیده

زمینه و هدف: امروزه پیشرفت‌های علمی و صنعتی در زمینه پزشکی و داروسازی، امکان دسترسی به انواع داروها را فراهم آورده است. چنانچه این دسترسی با نظارت صحیح همراه نباشد، می‌تواند موجب مصرف خودسرانه داروها گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های سطح شهر بیرجند انجام شد. **روش تحقیق:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی، به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی بر روی 944 نفر از مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شهر بیرجند در زمستان و بهار 1393-1394 انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه روا و پایا جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS (ویرایش 19)، با کمک آزمون‌های آماری Chi-Square، t-test مستقل، Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و Tukey در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده $32/8 \pm 10/8$ سال بود. 84/5% از افراد مصرف خودسرانه دارو را بیان کردند که 58% آنها مرد بودند. بیشترین مصرف خودسرانه مربوط به داروهای سرماخوردگی و حساسیت (61/4%) و مسکن‌ها (43/9%) بود. در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه، 33% آنها عدم دسترسی به پزشک، 44/5% آنها دسترسی راحت به دارو توسط داروخانه و 30/6% آنها تجویز نسخه مشابه از سوی پزشک را از مهمترین دلایل مصرف نابجای دارو عنوان کردند.

نتیجه‌گیری:

مصرف نابجای دارو در جامعه مورد مطالعه بسیار بالا بوده که عمدتاً، در دسته داروهای سرماخوردگی، مسکن و آنتی‌بیوتیک می‌باشند. دسترسی آسان به دارو در داروخانه‌ها، احتمالاً مهم‌ترین عامل خوددرمانی محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خوددرمانی، دارو، اپیدمیولوژی، مراجعه‌کنندگان داروخانه، بیرجند

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1395؛ 23 (2): 158-169.

دریافت: 1394/11/05 پذیرش: 1395/01/24

¹ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

² مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

³ نویسنده مسؤل؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: خیابان غفاری - دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - دانشکده بهداشت

تلفن: 05632395340 نمابر: 05632381132 پست الکترونیکی: mitra_m2561@yahoo.com

مقدمه

استفاده از دارو، یکی از حلقه‌های زنجیر درمان بیماری است. متخصصان علوم پزشکی بر این باورند که مصرف درست و اصولی دارو در بسیاری از موارد به بهبود بیماری می‌انجامد. امروزه پیشرفت‌های علمی و صنعتی در زمینه پزشکی و داروسازی، امکان دسترسی به انواع داروها را فراهم آورده است. چنانچه این دسترسی با برنامه‌ریزی و نظارت صحیح همراه نباشد، می‌تواند موجب مصرف بی‌رویه و نابه‌جای داروها گردد (1).

خوددرمانی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین گزینه‌های انتخابی، به‌صورت استفاده از محصولات دارویی توسط بیمار برای درمان اختلالات یا علائم خودشناخته، انتخاب دارو توسط بیمار بعد از تشخیص اولیه به‌وسیله پزشک برای موارد مزمن بیماری یا عود آن و همچنین تجویز محصولات دارویی برای اعضای خانواده به‌ویژه شیرخواران، کودکان و افراد مسن تعریف می‌شود (2).

با وجود تلاش‌هایی که برای بهبود وضعیت خوددرمانی انجام می‌شود، این مسئله به‌صورت زنگ خطری در کل دنیا در حال افزایش است که ممکن است تهدیدی جدی برای سلامتی افراد و جوامع بشری باشد (3). این میزان 68% در کشورهای اروپایی، 61% در مکزیک و 60-40% در ویتنام و در کشورهای در حال توسعه از جمله کویت 92% در بزرگسالان بیان شده است (4-6). میزان شیوع در کشورهای مجاور ایران، 51/63% در هند، 59% در نپال (7)، 81/3% در بنگلادش و 98% در دانشجویان فلسطینی گزارش شده است (8، 9). در پاکستان میزان خوددرمانی حدود 51% گزارش شده است (10).

سطوح بالای خوددرمانی با داروهای Over The Counter (OTC) و درمان‌های جایگزین و مکمل (Complementary and Alternative Medications (CAM)) در استرالیا و کشورهای قابل قیاس با آن گزارش شده است. وسیع‌ترین بررسی جمعیت استرالیایی

جنوبی در سال 2004، CAM را در 52/2% افراد پاسخ‌دهنده نشان داد که از این میزان، در 26/5% افراد، داروهای جایگزین و مکمل تجویز شده بود (11). بر طبق یک مطالعه مروری سیستماتیک، در ایران نیز در حدود 53/8% مطالعات، شیوع خوددرمانی را بالای 50% گزارش کرده بودند (12).

خوددرمانی در بین زنان، افراد جوان، کسانی که تنها زندگی می‌کنند، افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و روانی، شایع‌تر می‌باشد (13).

فواید فردی و اجتماعی بسیاری برای خوددرمانی نشان داده شده است. از جمله، خوددرمانی دسترسی سریع بیمار برای تهیه دارو را فراهم می‌سازد که اهمیت آن به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مشخص می‌شود؛ زیرا دسترسی به خدمات بهداشت عمومی، سخت‌تر از کشورهای پیشرفته است و تأخیر در دسترسی به دارو می‌تواند بیمار و کارایی درمان وی را به مخاطره بیندازد. همچنین سهولت دسترسی به دارو می‌تواند در فراهم‌آوردن یک حمایت سایکولوژیک برای بیماران با بیماری مزمن و کاهش اضطراب آنان مؤثر باشد. از جنبه اجتماعی، خوددرمانی، بیماران را به سمت استقلال بیشتر در تصمیم‌گیری برای مدیریت مسائل کوچک بهداشتی سوق می‌دهد که با آگاهی مؤثر بیمار در کنترل شرایط سلامت و بیماری‌اش به‌طور ایده‌آل مطابقت دارد. از جنبه اقتصادی نیز به اجتناب از مشاوره‌های پزشکی غیر ضروری کمک می‌نماید و هزینه‌های برنامه‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه را کاهش می‌دهد (2).

با وجود فواید ذکرشده، خوددرمانی می‌تواند با خطراتی برای بیماری که خوددرمانی می‌کند و در مواردی در سطح جامعه، همراه باشد. از جمله خطرات خوددرمانی می‌توان به خودتشخیصی غیرصحیح و مشکلات اساسی سلامتی متعاقب آن، عدم دریافت توصیه‌های فوری پزشکی، عوارض جانبی نادر ولی شدید، ناموفق بودن در شناخت کنتراندیکاسیون‌ها و تداخلات بالقوه دارو- دارو و دارو- غذا (تداخل دارویی

5 داروخانه بر اساس لیست داروخانه‌های آن منطقه به صورت سیستماتیک مشخص شد. در هر داروخانه نیز برای 40-50 نفر مراجعه‌کننده به داروخانه، پرسشنامه تکمیل شد.

بر اساس فرمول برآورد نسبت (فرمول 1) و بر اساس نتایج مطالعه جلیلیان و همکاران (1) با $P=0/32$ و $d=0/04$ ، حجم نمونه ابتدایی 521 نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن ضریب اصلاح روش نمونه‌گیری خوشه‌ای $1/8$ ، حجم نهایی 938 نفر برآورد شد که برای اطمینان 950 نفر مد نظر قرار گرفت. در نهایت برای 945 نفر پرسشنامه تکمیل شد؛ ولی به دلیل نقص در یک پرسشنامه، تجزیه و تحلیل نهایی بر روی 944 پرسشنامه انجام گرفت.

فرمول (1):

$$n = \frac{pqz}{d^2}$$

شرکت‌کنندگان در مطالعه در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام این طرح توجیه شدند؛ همچنین تمام شرکت‌کنندگان با تمایل وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه کتبی بود. پرسشنامه، با استفاده از دو روش «خودایفا» برای شرکت‌کنندگان باسواد و «مصاحبه» برای افراد بی‌سواد تکمیل گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه‌ای خودساخته شامل دو بخش بود. بخش اول شامل 10 سؤال در رابطه با اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، تعداد فرزندان، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، نوع بیمه، وضعیت بیمه تکمیلی، رضایت از بیمه و ارزیابی فرد از میزان درآمد خانواده بود. بخش دوم پرسشنامه شامل یک سؤال آگاهی در مورد خوددرمانی، 10 سؤال نگرش و باورهای افراد در مورد خوددرمانی، 11 سؤال در مورد علل خوددرمانی و 5 سؤال در مورد عملکرد فرد نسبت به مصرف دارو و خوددرمانی بود. سؤالات نگرش بر اساس مقیاس لیکرت سه‌تایی شامل: «موافق»، «نظری ندارم» و «مخالف» طراحی شد که نمره

به صورت تغییر اثر یک دارو به وسیله تجویز قبلی همزمان دارو یا غذای دیگر تعریف می‌شود)، روش نادرست تجویز، دوزاژ ناکافی، خطر وابستگی یا سوء مصرف دارو، نگهداشتن دارو در شرایط نادرست و انتخاب نادرست درمان اشاره نمود. در سطح جامعه نیز خوددرمانی نادرست، یک افزایش در بیماری القاشده توسط دارو تولید می‌کند که با افزایش بعدی در هزینه‌های بهداشت عمومی همراه است (2).

با توجه به شیوع بالای خوددرمانی در سراسر دنیا و در کشور ایران و عوامل و خطرات متعدّد مرتبط با آن، انجام مطالعه در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. طبق بررسی‌های محققان این مطالعه، بررسی جامعی در زمینه اپیدمیولوژی خوددرمانی در سطح بیرجند انجام نشده است؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های سطح شهر بیرجند انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود که در زمستان و بهار سال 1393-1394 بر روی مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شهر بیرجند انجام گرفت. پس از هماهنگی با مسئولین معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی شهر بیرجند و مسئولین فنی داروخانه‌ها، شرکت‌کنندگان در مطالعه از بین مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌ها انتخاب شدند. سپس به صورت نمونه‌گیری در دسترس برای مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌ها، پرسشنامه مورد نظر تکمیل شد. لازم به ذکر است فقط افرادی وارد مطالعه شدند که بدون نسخه پزشک اقدام به تهیه دارو می‌کردند.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی شده استفاده شد. ابتدا شهر بیرجند بر اساس خصوصیات جغرافیایی و اقتصادی - اجتماعی، به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و هر یک از این مناطق به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. در هر منطقه

از نظر مهمترین راه‌های انتخاب درمان در صورت بیمارشدن، 698 نفر (9/73%) مراجعه به پزشک، 197 نفر (9/20%) استفاده از داروهای گیاهی و درمان‌های خانگی و 121 نفر (8/12%) مراجعه به داروخانه و گرفتن دارو را گزارش کردند. 155 نفر (16%)، ایجاد عارضه جانبی در اثر استفاده از دارویی خاص را گزارش کردند که بیشترین عارضه مربوط به مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در 28 نفر (18%) و داروهای مسکن و اعصاب در 26 نفر (8/16%) بود.

یافته‌های مطالعه نشان داد که 84/5% از افراد مورد مطالعه، دارو را به صورت خودسرانه و بدون تجویز پزشک مصرف می‌کردند. بیشترین مصرف خوددرمانی مربوط به داروهای سرماخوردگی و حساسیت (61%)، مسکن‌ها و ضد دردها (9/43%) و آنتی‌بیوتیک‌ها (7/28%) بود (جدول 1).

جدول 1- توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع دارو در افراد مورد مطالعه

نوع دارو	تعداد	درصد
سرماخوردگی و حساسیت	580	61/4
ضد دردها و مسکن‌ها	414	43/9
آنتی‌بیوتیک‌ها	271	28/7
تقویتی و مکمل‌ها	171	18/1
گوارشی	130	13/8
کورتون‌ها	98	10/4
خواب‌آور - آرام‌بخش	71	7/5
سایر موارد	14	1/5

افراد مورد مطالعه، مهمترین دلایل خوددرمانی را دسترسی سریع و راحت به دارو در داروخانه‌ها (5/44%)، عدم دسترسی به پزشک (33%) و عدم استطاعت مالی برای پرداخت حق ویزیت (8/30%) بیان کردند (جدول 2).

توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و تأهل نشان داد که در گروه سنی 30 سال و کمتر (86%)، جنس مرد (4/85%)، افراد بی‌سواد (92%)، خانه‌دار (8/86%) و مجرد (6/87%)، میزان خوددرمانی بیشتر بود؛ ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب ارزیابی افراد از میزان درآمد، معنی‌دار بود

بین 1 تا 3 را به خود اختصاص می‌داد. برای تعیین روایی محتوایی و تعیین CVI Content Validity Index (CVR) Content Validity Ratio، پرسشنامه توسط ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه در گروه فارماکولوژی، فیزیولوژی، بهداشت و پرستاری تکمیل شد. بدین ترتیب CVR پرسشنامه 0/77 و CVI آن 0/93 به دست آمد. پس از اعمال نظرات اعضای هیأت علمی، پرسشنامه نهایی توسط 20 نفر از افراد مشابه نمونه مورد مطالعه، تکمیل و آلفای کرونباخ 0/84 به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 19) وارد شد و با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-Square، t-test مستقل، Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و Tukey در سطح $\alpha=0/05$ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه $32/8 \pm 10/8$ سال و میانگین تعداد فرزندان $1/78 \pm 1/54$ نفر بود. 531 نفر (2/56%) از شرکت‌کنندگان مرد و 688 نفر (9/72%) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات 25 نفر (6/25%) بی‌سواد، 160 نفر زیردیپلم (9/16%)، 283 نفر (30%) دیپلم و 461 نفر (9/48%) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند؛ 15 نفر (6/1%) نیز تحصیلات خود را بیان نکردند. شغل 299 نفر (7/31%) آزاد بود؛ تعداد 159 نفر (8/16%) خانه‌دار، 244 نفر (6/25%) کارمند و 137 نفر (6/14%) دانشجو بودند؛ 107 نفر (3/11%) نیز شغل خود را ذکر نکردند.

از نظر نوع بیمه، 459 نفر (6/48%) بیمه تأمین اجتماعی، 240 نفر (4/25%) بیمه خدمات درمانی، 68 نفر (3/7%) بیمه نیروهای مسلح، 92 نفر (7/9%) بیمه روستایی و 22 نفر (2/3%) بیمه سلامت داشتند؛ 21 نفر (2/2%) از سایر بیمه‌ها استفاده می‌کردند و 42 نفر (5/4%) نیز بدون بیمه بودند. 579 نفر (1/35%) بیمه تکمیلی داشتند. 537 نفر (9/56%) از بیمه خود رضایت داشتند.

(P=0/009) و افرادی که ارزیابی آنها از میزان درآمدشان ضعیف بود، میزان خوددرمانی در آنها بیشتر بود (جدول 3).

جدول 2- توزیع فراوانی علل خوددرمانی در افراد مورد مطالعه

درصد	تعداد	علل خوددرمانی
44/5	420	دسترسی سریع و راحت به دارو توسط داروخانه
33	312	عدم دسترسی به پزشک
30/8	291	عدم استطاعت مالی برای پرداخت حق ویزیت
30/6	289	تجویز نسخه مشابه از سوی پزشک
29/6	280	نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک
28	265	شلوغی مطب پزشکان یا مراکز درمانی
19/4	183	عدم اطلاع از عوارض ناشی از مصرف خودسرانه دارو
14/5	137	توصیه پزشک برای عدم مراجعه بعدی به‌ویژه در بیماری‌های مزمن
12/4	117	توصیه افراد غیر متخصص به فواید درمانی دارو
11	104	اعتقاد نداشتن به درمان پزشکان
0/5	5	سایر علل

جدول 3- توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در افراد مورد مطالعه

سطح معنی داری Chi-Square آزمون	خوددرمانی		متغیر	
	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)		
0/24	62 (14)	380 (86)	30 سال و کمتر بالای 30 سال	گروه سنی
	79 (15/9)	418 (84/1)		
0/38	77 (14/6)	451 (85/4)	مرد زن	جنس
	60 (15/5)	327 (84/5)		
0/61	2 (8)	23 (92)	بی‌سواد زیردیپلم دیپلم دانشگاهی	تحصیلات
	28 (17/5)	132 (82/5)		
	41 (14/5)	242 (85/5)		
0/53	69 (15/1)	388 (84/9)	آزاد خانه دار کارمند دانشجو	شغل
	42 (14/1)	256 (85/9)		
	21 (13/2)	138 (86/8)		
0/32	43 (17/9)	197 (82/1)	مجرد همسر دار مطلقه و بیوه	تأهل
	20 (14/7)	116 (85/3)		
	30 (12/4)	212 (87/6)		
0/009	108 (15/6)	577 (86/4)	ضعیف متوسط خوب	ارزیابی از میزان درآمد
	2 (25)	6 (75)		
	45 (12)	330 (88)		
	66 (15/7)	354 (84/3)		
	(28)	(72) 36		

میانگین نمره نگرش و باورهای افراد نسبت به مصرف دارو $20 \pm 3/9$ از 30 نمره بود. مقایسه میانگین نمره نگرش و باورهای افراد نسبت به مصرف دارو بر حسب متغیرهای جنس ($P=0/003$)، تحصیلات ($P=0/03$)، شغل ($P=0/013$)، بیمه ($P=0/018$) و رضایت از بیمه معنی‌دار شد. آزمون تعقیبی Tukey اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش افراد زیر دیپلم و دانشگاهی ($P=0/02$)، افراد خانه‌دار با گروه کارمند و بازنشسته ($P=0/006$) و افراد دارای بیمه خدمات درمانی با بیمه روستایی ($P=0/012$) و بدون بیمه ($P=0/021$) نشان داد (جدول 5).

در جدول 4 نیز توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع بیمه و بیمه تکمیلی نشان داده شده است. نتایج در مورد مهمترین منبع کسب اطلاعات نشان داد که 69/8% افراد، اطلاعات لازم در مورد نحوه مصرف داروها را از پزشک معالج و 27/5% از داروخانه به‌دست می‌آوردند. این در حالی بود که فقط 36/2% افراد بیان کردند که علاوه بر نحوه مصرف دارو، در مورد عوارض مصرف دارو نیز به آنها اطلاعات داده شده است. بررسی میزان آگاهی افراد از داروهای پیشخوان نشان داد که 75/4% افراد مورد مطالعه از داروهای پیشخوان (OTC) آگاهی نداشتند.

جدول 4- توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع بیمه و بیمه تکمیلی در افراد مورد مطالعه

سطح معنی‌داری آزمون آماری Chi-Square	خوددرمانی		متغیر	نوع بیمه
	خیبر	بلی		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
0/029	43 (18/1)	194 (81/9)	خدمات درمانی	نوع بیمه
	68 (14/8)	390 (85/2)	تأمین اجتماعی	
	15 (22/1)	53 (77/9)	نیروهای مسلح	
	8 (8/7)	84 (91/3)	روستایی	
	6 (14)	37 (86)	سایر بیمه‌ها	
	1 (2/4)	40 (97/6)	بیمه ندارد	
0/007	64 (19/5)	265 (80/5)	دارد	بیمه
	72 (12/5)	505 (87/5)	ندارد	تکمیلی

جدول 5- مقایسه میانگین نمره نگرش و باورهای فرد نسبت به مصرف داروها بر حسب متغیرهای جنس، شغل، بیمه و رضایت از بیمه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری آزمون آماری
جنس	مرد	20/31	3/99	0/003*
	زن	19/62	3/89	
تحصیلات	بیسواد	18/87	6/25	0/03**
	زیر دیپلم	19/39	4/91	
	دیپلم	19/96	4/06	
	دانشگاهی	20/32	3/35	
شغل	آزاد	19/75	4/39	0/013**
	خانه دار	19/22	4/16	
	دانشجو	19/79	3/7	
	کارمند و بازنشسته	20/56	3/42	
بیمه	خدمات درمانی	20/63	3/81	0/018**
	تامین اجتماعی	19/93	3/96	
	نیروهای مسلح	20/58	3/88	
	روستایی	19/02	4/52	
	سایر بیمه ها	19/88	2/53	
	بیمه ندارد	18/48	5/43	
رضایت از بیمه	بلی	19/95	3/85	0/005*
	خیر	20/57	3/96	

**آزمون Kruskal-Wallis

*آزمون Mann-Whitney

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که 84/5% از مراجعه کنندگان به داروخانه‌ها در طی یک سال گذشته خوددرمانی داشتند. مطالعه طبیعی و همکاران (1391) نیز نشان داد که 86/7% از دانشجویان دانشگاه‌های بیرجند خوددرمانی داشتند (15). مقایسه نتایج این دو مطالعه در شهر بیرجند بیانگر این مطلب است که میزان خوددرمانی در این شهر در مقایسه با مطالعات انجام شده در سایر نقاط ایران از جمله تبریز (1387)(16) همدان (1392)(1)، اراک (1388)(17) و زرنديه (1390)(18) بالاتر است.

شقایق و همکاران در یک مرور سیستماتیک، میزان خوددرمانی در مطالعات انجام شده در ایران را بین 91%- 8/3% و در مطالعات خارج از ایران این میزان را بین 98%-

خوددرمانی به طور گسترده‌ای در سراسر دنیا و به خصوص در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود (14). اگرچه استفاده از دارو، یکی از حلقه‌های اصلی زنجیره درمان بیماری است و متخصصان علوم پزشکی معتقدند که مصرف درست و اصولی دارو در بسیاری از موارد به بهبود بیماری می‌انجامد، اما مصرف بی‌رویه و خودسرانه دارو به دلیل عوارض جانبی، خطرات و هزینه‌های سنگین آن در بودجه دارویی کشور، شرکت‌های بیمه و برای افراد جامعه، از معضلات عمده سیستم بهداشتی و درمانی کشور محسوب می‌شود (1). از این رو بررسی وضعیت خوددرمانی در جوامع مختلف، ضروری به نظر می‌رسد.

داشتند، خوددرمانی بیشتر بود (21). همچنین طبیعی و همکاران (1391) نشان دادند در دانشجویانی که بیمه نیروهای مسلح و بیمه روستایی داشتند، میزان خوددرمانی بالاتر بود (15).

یکی از دلایل ارتباط بین نوع بیمه و به‌خصوص داشتن بیمه تکمیلی با میزان خوددرمانی را می‌توان به نوع و میزان تعهدات و خدمات بیمه‌های مختلف در قبال افراد بیمه‌شده نسبت داد؛ به طوری که در افرادی که بیمه تکمیلی دارند، چون هزینه ویزیت پزشک و دارو توسط بیمه پرداخت می‌شود، بنابراین افراد به پزشک مراجعه می‌کنند و طبق تجویز پزشک دارو را خود تهیه کرده و مصرف می‌نمایند؛ بنابراین میزان خوددرمانی کمتر است.

در مطالعه حاضر، بیشترین مصرف خوددرمانی مربوط به داروهای سرماخوردگی و حساسیت، مسکن‌ها و ضد درد‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها بود. مطالعه جلیلیان در همدان (1392) نشان داد که مسکن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای سرماخوردگی، بیشترین داروها برای خوددرمانی در بین مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های استان همدان بودند (1). در مطالعه صاحبی بر روی مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شهر تبریز نیز از بین داروهای OTC¹، مسکن‌ها و از بین داروهای POM²، آنتی‌بیوتیک‌ها بیشترین میزان خوددرمانی را به خود اختصاص دادند (16) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه Imtiaz و همکاران (2013)، شایع‌ترین داروی خوددرمانی در سرماخوردگی (87%)، سردرد (82%) و سایر داروها (83%) بیان شد (22). در مطالعه Gaddam (2012) نیز سرماخوردگی (92/74%)، سردرد و تب (83/93%) شایع‌ترین دلایل خوددرمانی ذکر شد (23). شرکت‌کنندگان در مطالعه Bollu و همکاران (2014) اظهار داشتند که بیماری‌هایی از جمله تب، درد بدن، سرماخوردگی، سرفه، سردرد، اسهال، استفراغ، درد معده، مشکلات گوارشی و

8/5% گزارش نمودند. در مجموع، این مطالعه مروری بیان کرد که شیوع خوددرمانی در 53/8% از مطالعات، از 50% بیشتر بود (12).

نگاهی اجمالی به آمارها نشان می‌دهد که مصرف بی‌رویه و خودسرانه دارو اگرچه گسترش جهانی دارد، در ایران نیز ابعاد گسترده‌ای دارد و به‌عنوان یکی از چالش‌های عمده بخش بهداشت و درمان کشور بایستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین شیوع خوددرمانی به‌دلیل تعاریف مختلف از خوددرمانی به‌خصوص از نظر دوره زمانی که به خوددرمانی اختصاص داده شده است، ویژگی‌های فرهنگی منطقه‌ای که خوددرمانی در آن بررسی شده است و نوع روش مطالعه، نمی‌تواند در مطالعات مختلف با هم مقایسه شود.

توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و تأهل در این مطالعه نشان داد که در گروه سنی 30 سال و کمتر (86%)، جنس مرد (85/4%)، افراد بی‌سواد (92%)، خانه‌دار (86/8%) و مجرد (87/6%)، میزان خوددرمانی بیشتر بود؛ ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. توزیع فراوانی خوددرمانی برحسب ارزیابی افراد از میزان درآمد معنی‌دار بود ($P=0/009$)؛ به طوری که افرادی که ارزیابی آنها از میزان درآمدشان ضعیف بود، میزان خوددرمانی در آنها بیشتر بود. همچنین افرادی که دارای بیمه روستایی بودند و بیمه تکمیلی نداشتند، خوددرمانی بیشتر داشتند.

در مطالعه Keshari و همکاران (2014)، خوددرمانی در مردان بیشتر از زنان بود (19)؛ اما در مطالعه Sawalha (2009) خوددرمانی در زنان بیشتر از مردان بود (9). صاحبی و همکاران (1387)، در مطالعه بر روی مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شهر تبریز نشان دادند که در گروه سنی بالای 30 سال، دیپلم، متأهل، خانه‌دار و بیکار، میزان خوددرمانی بالاتر بود؛ هرچند از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (16). در مطالعه قانعی و همکاران (1392) نیز گروه سنی تفاوت معنی‌داری نداشت (20). آصف‌زاده و همکاران (1380) در مطالعه خود نیز نشان دادند که در افرادی که بیمه روستایی

¹ Over The Counter

² Prescription Only Medicine

آگاهی نداشتند. همچنین میانگین نمره نگرش و باورهای افراد نسبت به مصرف دارو $20 \pm 3/9$ از 30 نمره بود. مقایسه میانگین نمره نگرش و باورهای افراد نسبت به مصرف دارو بر حسب متغیرهای دموگرافیک نیز نشان داد که میانگین نمره نگرش مردان از زنان، افراد دانشگاهی از زیردیپلم و بیسواد و نیز افراد کارمند و بازنشسته از افراد خانه‌دار بیشتر بود. آگاهی اغلب بیماران در مورد داروهایشان براساس ارتباط پزشک با بیمار در مراجعه به پزشک حاصل می‌شود. در این مطالعه نزدیک به 70% افراد اطلاعات لازم در مورد نحوه مصرف داروها را از پزشک معالج به‌دست آورده بودند، ولی 75/4% آنها آگاهی مناسبی نداشتند؛ بنابراین می‌توان گفت که ارتباط پزشک-بیمار اغلب ضعیف بوده است.

در مطالعات نشان داده شده است که پزشکان به‌طور متوسط چهار دقیقه برای ویزیت هر بیمار اختصاص می‌دهند؛ حتی نیمی از بیماران فرصت سؤال کردن از پزشک در مورد نحوه مصرف داروهایشان را نمی‌یابند. این ارتباط ضعیف و نامناسب پزشک-بیمار، باعث عملکرد نامناسب در مصرف دارو می‌گردد (26).

نتایج این مطالعه نشان داد که نقش داروخانه‌ها در مورد اطلاع‌رسانی و آموزش در مورد نحوه مصرف داروها و به‌ویژه عوارض داروها ضعیف می‌باشد؛ بنابراین برگزاری کارگاه‌های آموزش مداوم برای داروسازان و پرسنل داروخانه‌ها به‌منظور تأکید هرچه بیشتر در زمینه آموزش به مراجعه‌کنندگان در زمینه نحوه مصرف داروها و عوارض احتمالی، ضروری به‌نظر می‌رسد.

عوامل اجتماعی و جمعیتی مانند تحصیلات و شغل ممکن است بر نگرش‌ها و اعتقادات افراد در مورد مصرف داروها اثرات مهمی داشته باشد. همچنین تصورات و باورهای نادرست افراد در مورد داروها نیز می‌تواند در نوع نگرش افراد تأثیرگذار باشد. این تصورات و باورهای نادرست می‌تواند از منابع کسب اطلاعاتی غیر معتبر مانند سایت‌های نامعتبر اینترنت، دوستان و نزدیکان و غیره باشد؛ بنابراین افراد

بیماری‌های آلرژیک جزء بیماری‌های خفیفی هستند که نیاز به مداخله پزشک ندارند (24).

مصرف بالای داروهای سرماخوردگی، حساسیت، مسکن‌ها و ضد درد‌ها در مطالعه حاضر شاید به این دلیل باشد که افراد مورد مطالعه نیز این بیماری‌ها را جزء بیماری‌های خفیف و جزئی در نظر گرفته‌اند که نیازی به ویزیت پزشک ندارد؛ حال آنکه این بیماری‌های خفیف و جزئی در صورت عدم تشخیص صحیح می‌توانند منجر به بیماری‌های جدی شوند.

آنتی‌بیوتیک‌ها از مهمترین داروهایی هستند که اگر هنگام نیاز بدن تجویز نشوند، علاوه بر عوارض خطرناک و گاه کشنده، باعث ایجاد مقاومت میکروبی می‌شوند و در صورتی که اقدام جدی صورت نگیرد ممکن است به شرایطی مشابه قرن نوزدهم برگردیم. در آن زمان، جراحی‌های ساده، به‌دلیل عفونت باعث مرگ می‌شد. همچنین ممکن است در آینده‌ای نزدیک دیگر نتوان درمان سرطان و پیوند اعضا را هم انجام داد. در سال 2014 سازمان بهداشت جهانی از مقاومت دارویی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها به‌عنوان یک تهدید بزرگ جهانی نام برده است. با توجه به بروز مقاومت‌های میکروبی به‌دنبال مصرف بی‌رویه و نادرست آنتی‌بیوتیک‌ها در سراسر دنیا و در ایران که شانزده برابر استاندارد جهانی است و نیز با توجه به اینکه مصرف آن در بیرجند نیز در رده سوم مصرف داروهای خوددرمانی می‌باشد، تأکید و آموزش در مورد مصرف منطقی داروها حائز اهمیت است (25).

نتایج در مورد مهمترین منبع کسب اطلاعات نشان داد که 69/8% افراد، اطلاعات لازم در مورد نحوه مصرف داروها را از پزشک معالج و 27/5% از داروخانه به‌دست می‌آوردند؛ این در حالی بود که فقط 36/2% افراد بیان کردند که علاوه بر نحوه مصرف دارو، در مورد عوارض مصرف دارو نیز به آنها اطلاعات داده شده است.

بررسی میزان آگاهی افراد از داروهای پیشخوان نشان داد که 75/4% افراد مورد مطالعه از داروهای پیشخوان (OTC)

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که خوددرمانی در جامعه مورد مطالعه بسیار بالا و آگاهی در مورد داروهای OTC پایین بود که به‌صورت زنگ خطری بایستی مورد توجه مسئولین امر قرار گیرد.

، مصرف نابجای دارو در جامعه مورد مطالعه بسیار بالا بود که عمدتاً، مربوط به دسته داروهای سرماخوردگی، مسکن و آنتی‌بیوتیک بود. دسترسی آسان به دارو در داروخانه‌ها، احتمالاً مهم‌ترین عامل خوددرمانی محسوب می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد 1042 و کد اخلاق Ir.bums.1394.158 می‌باشد. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به خاطر حمایت‌های مالی‌شان ابراز می‌دارند. همچنین از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

بایستی سعی کنند از منابع اطلاعاتی معتبر به‌ویژه پزشکان معالج و داروخانه‌ها اطلاعات صحیح در مورد نحوه مصرف دارو و عوارض داروها را کسب نمایند. از عوامل تأثیرگذار دیگر بر باورها و نگرش افراد می‌توان به فرهنگ هر منطقه اشاره کرد؛ به طوری که در بعضی از مناطق توجه خاصی به مصرف داروهای گیاهی و استفاده از طب سنتی برای درمان بیماری‌ها وجود دارد و به سایر افراد توصیه می‌شود. در این مطالعه نیز 21% افراد از داروهای گیاهی و درمان‌های خانگی استفاده می‌کردند.

در تمام موارد گفته شده، بر ضرورت آموزش همگانی به سطوح مختلف جامعه در مورد درمان صحیح و به‌موقع بیماری‌ها و استفاده صحیح از داروها از طریق رسانه‌های گروهی به‌ویژه صدا و سیما محلی، روزنامه‌ها و آموزش مداوم به پرسنل و کادر بهداشت و درمان به‌ویژه پزشکان و کارکنان داروخانه‌ها از طریق دانشگاه علوم پزشکی، تأکید می‌شود.

منابع:

- 1- Jalilian F, Hazavehei SMM, Vahidinia AA, Moghimbeigi A, Zinat Motlagh F, Mirzaei Alavijeh M. Study of Causes of Self-Medication among Hamadan Province Pharmacies Visitors. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2013; 20(2): 160-6. [Persian]
- 2- Ruiz ME. Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf*. 2010; 5(4): 315-23.
- 3- Nunes de Melo M, Madureira B, Nunes Ferreira AP, Mendes Z, Miranda Ada C, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci*. 2006; 28(1): 19-25.
- 4- Bretagne JF, Richard-Molard B, Honnorat C, Caekaert A, Barthélemy P. [Gastroesophageal reflux in the French general population: national survey of 8000 adults]. *Presse Med*. 2006; 35(1 Pt 1): 23-31.
- 5- Abahussain E, Matowe LK, Nicholls PJ. Self-reported medication use among adolescents in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2005; 14(3): 161-4.
- 6- Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Soc Sci Med*. 2002; 54(12): 1875-86.
- 7- Rawlani SM, Rawlani S, Bhowte R, Degwekar S, Rawalani S, Chandak R. Prevalence of self-medication among dental patients in rural area of Maharashtra, India: A cross-sectional study. *Indian J Oral Sci*. 2015; 6(2): 51-4.
- 8- Ahmed SM, Tomson G, Petzold M, Kabir ZN. Socioeconomic status overrides age and gender in determining health-seeking behaviour in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(2): 109-17.
- 9- Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Res Social Adm Pharm*. 2008; 4(2): 164-72.

- 10- Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Waqar T, Shaikh M, et al. Self-medication amongst university students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. *J Pak Med Assoc.* 2008; 58(4): 214-7.
- 11- MacLennan A, Myers SP, Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Med J Aust.* 2006; 184(1): 27-31.
- 12- Shaghghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: a systematic review. *Iran J Public Health.* 2014; 43(2): 136-46.
- 13- Sharma R, Verma U, Sharma CL, Kapoor B. Self-medication among urban population of Jammu city. *Indian J Pharmacol.* 2005; 37(1): 40-3.
- 14- Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. Benefits and risks of self medication. *Drug Saf.* 2001; 24(14): 1027-37.
- 15- Tabiei S, Farajzadeh Z, Eizadpanah AM. Self-medication with drug amongst university students of Birjand. *Mod care J.* 2012; 9(4): 371-8. [Persian]
- 16- Sahebi L, Seydi A, Amini S, Mousakhani M. Self-medication Status among referring patients to Tabriz Pharmacies. *Pharmaceutical Sciences.* 2009; 14(4): 174-81. [Persian]
- 17- Shamsi M, Bayati A. A survey of prevalence of self-medication and the factors affecting in pregnant mother referring in health centers in Arak city, 2009. *J Jahrom Univ Med Sci.* 2010; 7(3): 34-42. [Persian]
- 18- Karimy M, Heidarnia A, Ghofrani F. Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model. *J Arak Univ Med Sci.* 2011; 14(5): 70-8. [Persian]
- 19- Keshari SS, Kesarwani Priyanka, Mili M. Prevalence and Pattern of Self-medication Practices in Rural Area of Barabanki. *Indian Journal of Clinical Practice.* 2014; 25(7): 636-9.
- 20- Ghaneie R, Hemmati Maslakpak M, Baghi V. Self-Medication in Pregnant Women. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery.* 2013; 10(1): 92-8. [Persian]
- 21- Asefzadeh S, Anbarlouei M, Habibi S, Rezaei M. Self-medication among the in-patients of Qazvin teaching hospitals. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2002; 5(4): 48-54. [Persian]
- 22- Imtiaz S, Salam NA. Conditions, frequencies, and sociodemographic factors leading self medication practice in sargodha area of Punjab Pakistan. *J App Pharm.* 2013; 5(4): 819-26.
- 23- Gaddam D. Assessment of Self-medication Practices among Medical, Pharmacy and Nursing Students at a Tertiary Care Teaching Hospital. *Indian J Hosp Pharm.* 2012; 49: 79-83.
- 24- Bollu M, Vasanthi B, Chowdary PS, Sri D, Chaitanya P, Nadendla RR. Prevalence of self-medication among the pharmacy students in Guntur: A questionnaire based study. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences.* 2014; 3(12): 810-26.
- 25- Lv B, Zhou Z, Xu G, Yang D, Wu L, Shen Q, et al. Knowledge, attitudes and practices concerning self-medication with antibiotics among university students in western China. *Trop Med Int Health.* 2014; 19(7): 769-79.
- 26- MacLennan PA, Owsley C, Rue LW III, McGwin Jr G. 2009 Older Adults' Knowledge About Medications That Can Impact Driving. Foundation for Traffic Safety. United States of America: Washington, DC; 2009.