

## مصرف خودسرانه دارو در زنان شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن: یک مطالعه مقدماتی برای طراحی مداخله رفتاری مبتنی بر الگوی باور سلامت

**افسانه بهروزپور:** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

**محسن شمس:** دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران- نویسنده رابط: moshaisf@yahoo.com

**معصومه موسوی:** دانشجوی دوره دکتری، گروه اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

**رحیم استوار:** دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

**مصطفی ملکی:** کارشناس ارشد، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۲۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** خوددرمانی، به عنوان یک رفتار مخاطره آمیز سلامت شایع در ایران، باعث هزینه‌های مادی و غیرمادی زیادی برای ایرانیان می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت خود درمانی در زنان ساکن شهر یاسوج و عوامل مؤثر بر آن انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مقطعی بر روی ۱۹۲ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج انجام شد و شرکت کنندگان با روش نمونه گیری تصادفی ساده از بین پرونده‌های تحت پوشش هر مرکز انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد سازه های الگوی باور سلامت استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS 16 تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** شایع ترین بیماری برای خود درمانی سرماخوردگی گزارش شد. داروهای سرماخوردگی از گروه داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک و داروهای آنتی بیوتیک از گروه داروهای نیازمند نسخه پزشک، بیشترین مصرف جهت خود درمانی را داشتند. نتایج بررسی سازه‌های الگوی باور سلامت نشان داد که سازه حساسیت درک شده با میانگین امتیاز  $۱۷/۶۳ \pm ۳/۴۶$  اصلی ترین سازه مرتبط با خود درمانی در زنان بود. **نتیجه گیری:** بعد از مشخص شدن علل خود درمانی و ارتباط آن با سازه‌های الگوی باور سلامت، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش درک خطر مصرف خودسرانه دارو در بین اقشار مختلف جامعه به خصوص زنان ضروری به نظر می‌رسد. **واژگان کلیدی:** خود درمانی، زنان، الگوی باور سلامت

### مقدمه

است، شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف هستیم؛ به طوری که این دسترسی راحت، به صورت یک پدیده اجتماعی زیان بخش یعنی استفاده نا به جا و بی رویه از دارو شده است. بررسی ها نشان می- دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت

استفاده از اشکال مختلف دارو همواره به عنوان یکی از روش‌های مقابله با بیماری مطرح بوده است و می‌توان گفت تاریخ پیدایش مواد دارویی به اندازه تاریخ خلقت انسان قدمت دارد (Jayasuriya 1994). امروزه با پیشرفت های قابل توجهی که در زمینه های مختلف علمی به وجود آمده

درباره میزان خود درمانی در نقاط مختلف کشور، نتایج متفاوتی گزارش نموده است به طوری که این میزان در شهر تبریز ۶۳، بابل ۳۶، قزوین ۸۳ و شهرکرد ۵/۴٪ گزارش شده است (Sharifirad et al. 2011). به طور کلی ۸۳/۳٪ ایرانی‌ها خود درمانی با داروها را دارند (Masoudi Alavi et al. 2009).

با در نظر گرفتن مطالب ذکر شده توجه به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است که در این میان توجه به جمعیت زنان به دلیل واقع شدن در دوران‌های حساسی همچون بارداری و شیردهی و همچنین تماس بیشتر با افراد خانواده و الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده از اهمیت مضاعفی برخوردار است (Amarilles et al. 2006).

در راستای حصول به دانش و آگاهی کافی افراد برای تغییر رفتار مصرف خود سرانه دارو، تحقیقات نشان می‌دهند که شناخت عوامل موثر در رفتار، دستیابی به تغییر رفتار را آسان خواهد کرد. بدین منظور محققان از الگوها برای شناخت عوامل موثر بر رفتار کمک گرفته‌اند (Karimi et al. 2011). الگوی باور سلامت یکی از کاربردی ترین الگوهایی است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می‌کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش بینی کنند (Shams et al. 2011). الگوی باور سلامت از شش سازه مهم تشکیل شده است که این شش سازه، چارچوب نظری مفیدی برای بهتر دانستن تغییرات کوتاه مدت و بلند مدت رفتارهای سلامت فراهم می‌کند (Glanz and Rimer 1995). مطالعه خارقانی مقدم و همکاران نشان داد که استفاده از الگوی باور سلامت به منظور پیشگیری از مصرف خود سرانه دارو در زنان، عملکرد آنان را در زمینه مصرف خود سرانه دارو کاهش داده است (Kharqhanymoghadam et al. 2013). مطالعه نیک سادات و همکاران نیز نشان می‌دهد که استفاده از الگوی باور سلامت در مورد پیشگیری از

اپیدمیولوژیک بیماری‌ها همخوانی ندارد که این امر ناشی از خوددرمانی با داروها می‌باشد (Ahadian 2007).

خود درمانی (Self-medication) از جمله مشکلات عمده موجود در چرخه درمان کشور ایران و بسیاری از کشورهای دیگر می‌باشد (Kharqhanymoghadam et al. 2013). این پدیده باعث عواملی هم چون افزایش سرانه مصرف دارو، مقاومت دارویی، عدم درمان بهینه، مسمومیت‌های دارویی، عوارض ناخواسته، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه، خطر سوء استفاده مجدد، استفاده بیش از حد و طولانی مدت از دارو، تاخیر احتمالی در درمان یک بیماری جدی، مخفی شدن نشانه‌هایی از یک بیماری شدید و تداخل با دیگر داروهای مصرفی توسط فرد می‌شود (Okumura et al. 2002).

بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت تا ۴۰٪ هزینه‌های درمانی صرف خرید خودسرانه داروها می‌شود (Baghiani Moghadam and Ehrampoush 2006). براساس آمارنامه دارویی کشور ایران در سال ۱۳۸۶، کل فروش دارویی حدود یک هزار و نهصد میلیارد تومان بود که سیصد میلیارد تومان آن مربوط به داروهای آنتی بیوتیک است. این رقم در مقایسه با سایر کشورها بسیار بالاست (Sharifirad et al. 2011). بر اساس تحقیقات انجام شده، هر ایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می‌کند که ۲ تا ۴ برابر بیش از استاندارد جهانی می‌باشد. سرانه مصرف داروهای تزریقی نیز در ایران طی سال‌های گذشته ۱۱/۴ است که این رقم ۴ برابر سرانه مصرف در جوامع دیگر می‌باشد (Mo'ayyeri and Mo'ayyeri 2014).

از طرفی، میزان متوسط اقلام تجویزی در نسخه پزشکان ایرانی ۳/۶ قلم داروست در حالی که این مقدار در کشورهای توسعه یافته ۱/۵ قلم دارو در هر نسخه می‌باشد. همچنین استاندارد متوسط اقلام تجویزی در هر نسخه ۲/۵ قلم می‌باشد که اشاره به وضعیت نامطلوب تجویز و مصرف دارو در کشور دارد (Movahed et al. 2014). آمارها

## روش کار

این مطالعه مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بین زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج انجام شد. معیار ورودی زنان به مطالعه این بود که دارای سن بالای ۱۵ سال و طی سه ماه گذشته حداقل در یک مورد خود درمانی انجام داده و اینکه تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند. تعداد نمونه‌های مورد نیاز در این مطالعه با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات مقطعی (Chehrei et al. 2002) محاسبه شد.

با در نظر گرفتن مقدار  $Z=(0/95)$ ،  $p=(0/833)$  با توجه به مطالعه (Poureza et al. 2011)، حجم اولیه نمونه ۲۱۴ نفر دست آمد که در نهایت ۱۹۲ نفر وارد مطالعه شدند.

برای مشخص کردن نمونه‌ها، اطلاعات جمعیتی مربوط به زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج از مرکز بهداشت شهرستان بویراحمد دریافت شد و با توجه به جمعیت تقریباً یکسان این مراکز، به هر مرکز ۴۸ نفر اختصاص یافت. این حجم نمونه در هر مرکز با توجه به شماره خانوارها و به صورت تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگران در بازه زمانی سه ماه از اول مهرماه تا آخر آذر ماه در روزهای مختلف هفته به این مراکز مراجعه نموده و پس از انتخاب تصادفی پرونده‌های تحت پوشش هر مرکز، با افراد نمونه تماس گرفته که به مراکز مراجعه کنند یا به درب منازل آنها مراجعه می‌شد و پس از توضیح هدف پژوهش و شیوه اجرای آن برای افراد واجد شرایط مطالعه، و پس از امضای رضایت نامه کتبی توسط آن‌ها و هم چنین تعهد پژوهشگران مبنی بر این که اطلاعات فردی آنان محرمانه بماند و تنها به صورت کلی منتشر شود، پرسشنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت. این پرسشنامه استاندارد مشتمل بر پنج قسمت بود: قسمت اول شامل مشخصات جمعیت شناختی زنان مورد مطالعه (سن- شغل- تحصیلات- وضعیت تاهل- تعداد فرزندان- بیمه

مصرف خودسرانه دارو باعث شده است که اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و مقایسه پس از مداخله آموزشی بوجود آید (Nicksadat et al. 2013).

با توجه به تفاوت باورهای رفتاری در جمعیت‌ها و گروه‌های هدف مختلف، اتخاذ رفتار سالم در گروهی طراحی و اجرای مداخله اختصاصی برای آن جامعه خاص خواهد بود. در مورد آمار مصرف دارو در استان کهگیلویه و بویراحمد با مراجعه به معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آمار دقیقی از مصرف خودسرانه دارو در استان یا فروش بدون نسخه داروها وجود نداشت تا مورد استناد تیم پژوهش قرار گیرد. بنابراین سنجش وضعیت خوددرمانی در این مطالعه می‌تواند آمار و اطلاعات قابل استفاده برای انواع مداخلات رفتاری را فراهم سازد. اما با توجه به اطلاعات مرتبط با رفتار خوددرمانی در کشور و برخی از استان‌ها، به نظر نمی‌رسد وضعیت در استان کهگیلویه و بویراحمد و شهر یاسوج مطلوب و در حد استاندارد باشد. لذا با توجه به موارد فوق‌الذکر شامل شیوع بالای رفتار خوددرمانی با داروها، وضعیت خاص زنان در این رفتار (که باعث می‌شود خوددرمانی برای اعضای خانواده و به ویژه فرزندان انجام گیرد و تبدیل به یک رسم رایج در خانواده شود)، نبود مستندات مداخلات رفتاری مبتنی بر الگوی مناسب در این حوزه برای استان و شهر یاسوج، تصمیم گرفته شد تا با انجام این پژوهش، علاوه بر تعیین عوامل موثر بر این رفتار مخاطره آمیز، نسبت به اصلاح آن در گروه زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج اقدام گردد. نتایج حاصل از این پژوهش برای ارائه به تصمیم‌گیرندگان در حوزه اصلاح رفتارهای مخاطره آمیز و نیز ارتقای سلامت زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج، سودمند خواهد بود.

درمانی) و قسمت دوم و سوم به صورت پرسشنامه خودگزارشی بود که در آن ۱۴ سوال در زمینه خوددرمانی در مورد برخی بیماری ها و ۲۴ سوال هم در مورد خوددرمانی با برخی از داروها وجود داشت. قسمت چهارم ۲۵ سوال مربوط به سازه های الگوی باور سلامت (حساسیت درک شده - شدت درک شده - منافع درک شده - موانع درک شده و خودکارآمدی هر کدام ۵ سوال) و قسمت پنجم دارای دو سوال مربوط به راهنماها برای عمل در مورد مصرف داروها بود و قسمت آخر هم از ۱۴ گزینه احتمالی که باعث می شد زنان به طور خودسرانه دارو مصرف کنند، پرسیده شد تا توسط زنان علامتگذاری شود. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS 16 انجام شد. داده های توصیفی با استفاده از آماره های توصیفی و داده های تحلیلی ها با محاسبه ضریب همبستگی تحلیل شد.

## نتایج

از میان افراد مورد مطالعه ۱۷۰ نفر (۸۸/۵٪) متأهل و بقیه مجرد بودند. میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $7/81 \pm$  ۳۱/۲۴ سال بود. از این تعداد تنها ۳۷ نفر (۱۹/۳٪) شاغل بودند. تحصیلات افراد در هفت سطح بیسواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر مورد بررسی قرار گرفت که از این میان ۳ نفر (۱/۶٪) بی سواد، ۲۵ نفر (۱۳٪) ابتدایی، ۱۶ نفر (۸/۳٪) راهنمایی، ۵۲ نفر (۲۷/۱٪) دیپلم، ۲۶ نفر (۱۳/۵٪) فوق دیپلم، ۶۳ نفر (۳۲/۸٪) لیسانس و ۷ نفر (۳/۶٪) فوق لیسانس و بالاتر بودند.

در گروه های تحصیلی لیسانس و دیپلم بیشترین فراوانی در ارتباط با مصرف خودسرانه دارو و در گروه تحصیلی بیسواد کمترین فراوانی در ارتباط با مصرف خودسرانه دارو وجود داشت. از نظر بیمه درمانی ۴۴/۸٪ از زنان مورد مطالعه دارای بیمه تامین اجتماعی، ۳۴/۴٪ دارای

بیمه خدمات درمانی، ۷/۸٪ بیمه نیروهای مسلح، ۲/۶٪ بیمه روستایی و ۱۰/۴٪ دیگر بیمه ها بودند. در این مطالعه، مهم ترین ناخوشی منجر به خود درمانی در زنان به ترتیب سرماخوردگی، سردرد، بیماری های گوارشی و کم خونی بیان شد. مهمترین علل خود درمانی به ترتیب تجربه قبلی از بیماری (۴۸/۴٪)، در دسترس بودن داروها (۴۲/۲٪) و عدم دسترسی به پزشک (۳۸٪) به دست آمد (جدول ۱). بیشترین داروهای مصرفی به صورت خودسرانه در مورد داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک (OTC: Over-The-Counter) سه دسته دارویی سرماخوردگی ۱۴۵ نفر (۷۵/۵٪)، استامینوفن ۱۲۸ نفر (۶۶/۷٪) و مسکن ها ۸۸ نفر (۴۵/۸٪)، و در مورد داروهای نیازمند نسخه پزشک (POM: Prescription-Only-Medicine) آنتی بیوتیک ها با ۸۴ نفر (۴۳/۸ درصد) بیشترین بودند (جدول ۲)

ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سازه ها مشخص کرد که بین سازه حساسیت درک شده با وضعیت تاهل، سازه منافع درک شده با سن، شغل و تعداد فرزندان و سازه موانع درک شده با تحصیلات ارتباط معنی دار وجود دارد (جدول ۳). میزان خود درمانی در بین زنان در مورد داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک ۹۶ نفر (۵۰٪) و نیز در مورد داروهای نیازمند نسخه پزشک ۹۶ نفر (۵۰٪) بود. در بین سازه های الگوی باور سلامت، میانگین امتیاز حساسیت درک شده زنان در زمینه خود درمانی ۱۷/۶۳، شدت درک شده ۱۸/۵۷، منافع درک شده ۱۸/۵۲، موانع درک شده ۱۷/۰۱ و خودکارآمدی ۱۸/۵۲ تعیین شد (جدول ۴). مهمترین راهنماهای عمل خارجی افراد در مورد مصرف داروها در این مطالعه پزشک (۵۹/۴٪)، پزشک و تلویزیون (۹/۴٪)، تلویزیون (۴/۷٪) و سپس کتاب (۲/۱٪)، و راهنمای عمل داخلی این افراد ترس از عوارض ناشی از خود درمانی ۱۱۶ نفر (۶۰/۴٪)، عدم اعتقاد به خود درمانی ۳۵ نفر (۱۸/۲٪) و حال عمومی مساعد ۱۸ نفر (۹/۴٪) بود.

## بحث

در این مطالعه میزان خوددرمانی با داروهای OTC در زنان ۵۰٪ برآورد شد که با مطالعه انجام شده در شهر تهران (۴۷٪) تقریباً همخوانی داشت (Mortazavi and Hajjabi 2003) ولی از مطالعه انجام شده در جنوب استرالیا (۱۷٪) بیشتر بود (Goh et al. 2009). همچنین در این مطالعه میزان خود درمانی با داروهای POM در زنان ۵۰٪ گزارش شد که در مقایسه با مطالعه انجام شده در همدان (۳۵٪) (Jalilian et al. 2013) و نیز مطالعه انجام شده در پולاند (۴۱٪) (Muras et al. 2013). یکی از دلایل این امر می تواند ناشی از این باشد که در مطالعه حاضر جمعیت هدف تنها زنان هستند و زنان تمایل بیشتری به مصرف خودسرانه داروها دارند که این خود با مطالعه انجام شده در فلسطین در مورد مصرف خودسرانه دارو در زنان (۶۳٪) مطابقت دارد (Asefzadeh et al. 2001).

در پژوهش حاضر سطح تحصیلات در مورد اقدام به خود درمانی مورد ارزیابی قرارگرفت که بیشترین خود درمانی در بین افراد دارای تحصیلات دیپلم (۲۷٪) و لیسانس (۳۲٪) بوده است که این امر می تواند به این دلیل باشد که این افراد تصور می کنند می توانند اطلاعات کافی را از منابع مربوط به داروها به دست آورند یا اینکه پس از چند بار تجویز دارو توسط پزشک خود می توانند برای دفعات بعد بیماری را تشخیص داده و در نتیجه از داروهای تجویز شده قبلی استفاده کنند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در استان مازندران و اصفهان و گناباد مطابقت دارد (Mo'ayyeri and Sharifirad et al. 2011; Mo'ayyeri 2014, Pirzadeh and Sharifirad 2011).

در بین داروهای OTC بیشترین داروی مصرفی بصورت خودسرانه مربوط به دسته داروهای سرماخوردگی (۷۵٪) بود که این یافته با نتایج حاصل از مطالعات انجام

شده در اصفهان و تبریز مطابقت دارد (Pirzadeh and Sharifirad 2011; Sahebi et al. 2007).

در بین داروهای POM بیشترین فراوانی مربوط به آنتی بیوتیکها (۴۳٪) بود که این یافته با نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در تبریز، تهران و ویتنام مطابقت دارد (Sahebi et al. 2007; Okumura et al. 2002; Pourreza et al. 2011).

در این مطالعه زنان بیماری‌هایی را که بیشتر با خود درمانی مداوم می‌کردند به ترتیب سرماخوردگی (۷۷٪)، سردرد (۷۰٪)، بیماری‌های گوارشی و کم خونی (۲۶٪) بیان کردند. مطالعه ای در بین زنان در اصفهان در سال ۱۳۸۸ نشان دهنده این است که بیشترین مصرف دارو برای سرماخوردگی (۵۷٪)، سردرد (۵۳٪) و کم خونی (۱۳٪) بود (Pirzadeh and sharifirad 2011). مطالعه دیگر در میان دانشجویان پزشکی در جنوب هند در سال ۲۰۱۲ نشان می‌دهد که بیشترین دردها برای خود درمانی شامل سرماخوردگی، تب و سردرد بود (Badiger et al. 2002).

در این مطالعه زنان علت های خود درمانی خود را به ترتیب تجربه قبلی از بیماری (۴۸٪)، در دسترس بودن داروها (۴۲٪) و عدم دسترسی به پزشک (۳۸٪) بیان کردند. در مطالعه‌ای در جنوب هند در سال ۲۰۰۹ افراد به دلایلی چون نداشتن وقت (۴۱٪)، خفیف بودن بیماری (۱۰٪) و تسکین سریع درد (۱۰٪) به خود درمانی روی آورده بودند (Balamurugan and Ganesh 2011). در مطالعه ای دیگر در بین افراد روستایی در بنخارا غرب نپال در سال ۲۰۰۱ بیشترین استدلال رایج برای مصرف خود سرانه دارو خفیف بودن بیماری، تجربه قبلی از بیماری و در دسترس نبودن پرسنل درمانی بود (Shankar et al. 2002). در مطالعه دیگری در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۰ نشان داد تجربه قبلی از بیماری (۵۱٪)، در دسترس بودن داروها (۲۸٪) و مهم تلقی

۵۰ درصد امتیاز هم نرسید که این اجزا با شیوع بالای خوددرمانی بی ربط نیست. این نتایج تا حدودی با نتایج پژوهش کیفی در خصوص تجربه های خوددرمانی مطابقت دارد. در مطالعه مسعودی علوی و همکاران به طور ضمنی به سازه‌ها و اجزای مدل اشاره شده است (Masoudi Alavi et al. 2009). شمسی و همکاران (Shamsi et al. 2009) نیز که الگوی اعتقاد بهداشتی را در خصوص خود درمانی به کار بردند، نشان دادند که قبل از مداخله آموزشی میزان آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده در حد متوسطی است. سازه موانع درک شده امتیاز پایین تری کسب کرد که با توجه به امتیاز پایین این سازه و با تکیه بر آموزش در زمینه مصرف خودسرانه داروها بر اساس سازه موانع درک شده می‌تواند کمک شایانی در راستای کاهش میزان خود درمانی در جامعه هدف باشد. موانع درک شده در زنان شامل عدم وقت کافی برای مراجعه به پزشک، وضعیت اقتصادی نامناسب، عدم دسترسی به پزشک، عدم اعتقاد به درمان پزشکان و درد شدید بود که با مطالعات انجام شده مانند مطالعه خسروی و همکاران در زمینه اکستازی و مطالعه شریفی راد و همکاران در زمینه مراقبت از پا در بیماران دیابتی هم خوانی دارد (Khosravi et al. 2007; Sharifirad et al. 2006). سازه حساسیت درک شده نامطلوب تر از بقیه متغیرها به دست آمد. میانگین حساسیت درک شده در این مطالعه بیانگر این نکته است که زنان گروه هدف خود را در معرض خطرناشی از خود درمانی در نظر نگرفتند. حساسیت به این موضوع که سلامتی آنان می‌تواند با مصرف خود سرانه دارو تحت تاثیر قرار گیرد. در این مطالعه نتایج نشان داد که سازه حساسیت درک شده بدترین وضعیت را دارد و می‌تواند در طراحی مداخله مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه‌ای که توسط شریفی راد و همکاران در گناباد انجام شد سازه حساسیت درک شده اصلی‌ترین فاکتور دخیل در

نکردن بیماری (۲۲/۹٪) مهمترین عوامل موثر بر خود درمانی و مصرف خود سرانه دارو بودند (Pourreza et al. 2011).

نتایج نشان داد که مهمترین راهنمای عمل خارجی زنان در مورد مصرف داروها به ترتیب پزشک (۵۹/۴٪)، پزشک و تلویزیون (۹/۴٪)، تلویزیون (۴/۷٪) و کتاب (۲۱٪) بود همچنین راهنمای عمل داخلی برای زنان به ترتیب ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خود درمانی (۶۰/۴٪)، عدم اعتقاد به خود درمانی (۱۸/۲٪) و حال عمومی مساعد (۹/۴٪) بود. در مطالعه‌ای در اصفهان در بین زنان در سال ۱۳۸۸ مهمترین راهنمای عمل خارجی پزشک و راهنمای عمل داخلی ترس از ابتلا به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه دارو بیان شد (Pirzadeh and Sharifirad 2011). در مطالعه دیگر در بین سالمندان شهرگناباد در سال ۱۳۸۸ مهمترین راهنمای عمل خارجی در مورد مصرف داروها رادیو و تلویزیون و راهنمای عمل داخلی ترس از ابتلا به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه دارو بود (Sharifirad et al. 2011). ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سازه‌ها مشخص کرد که بین سازه حساسیت درک شده با وضعیت تاهل، سازه منافع درک شده با سن، شغل و تعداد فرزندان و سازه موانع درک شده با تحصیلات ارتباط معنی دار وجود دارد. مطالعه آندرسون و همکاران در سودان نشان داد که شدت درک شده، جنس و وضعیت اقتصادی- اجتماعی از عوامل موثر در مصرف خود سرانه دارو می باشند (Andersson et al. 1999) ولی در مطالعه Häußinger با عنوان باورهای بهداشتی و مصرف داروهای بدون نسخه در آلمان، میان مشخصات جمعیت شناختی با مصرف دارو رابطه مشاهده نشد (Häußinger et al. 2009).

میانگین سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی الگوی باور سلامت نشان داد که وضعیت این سازه ها در شرایط مطلوبی قرار ندارد و میانگین این سازه ها حتی به

۲- چون بیشترین دارو های مورد مصرف در خوددرمانی، آنتی بیوتیک ها و داروهای مربوط به سرماخوردگی بودند، کنترل فروش این داروها در داروخانه ها و همچنین، تجویز مناسب از سوی پزشک امری ضروری است.

۳- محدود کردن خرید دارو ها بدون نسخه، اطلاع رسانی گسترده و مستمر به عموم مردم و به ویژه زنان به عنوان الگوی خانواده، دربارهٔ زیان های مصرف خودسرانه داروهای OTC و POM و دیگر داروها، به ویژه داروهای پرمصرف نیز، ضروری به نظر می رسد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با شماره ۲۳/۲/۲۲۰۱/پ مورد تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج قرار گرفته و با حمایت مالی این معاونت اجرا شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه مدیران و کارکنان این معاونت، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهید صدوقی، شهید دستغیب، شهید شفیعی و شهید اشرفی یاسوج، و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش، تشکر نمایند.

خود درمانی در سالمندان بود و میزان پایین آن، سالمندان را به سمت خود درمانی سوق داده است ( Sharifirad et al. 2011). از محدودیت های این پژوهش می توان به بحث خود گزارشی زنان اشاره کرد که امکان دارد که به دلیل آگاه نبودن و عدم اطمینان از محرمانه بودن اطلاعاتشان جواب صحیح ندهند بنابراین پیشنهاد می شود با تعریف درست خود درمانی و اطمینان دادن به زنان که اطلاعات آنها محرمانه می باشد، به آنان کمک خواهد شد که راحت تر پرسشنامه خود گزارشی را تکمیل کنند. عدم تمایل برخی از زنان جهت شرکت در مطالعه نیز بخشی از محدودیت های مطالعه بود که باید پرونده دیگری جایگزین می شد.

### نتیجه گیری

مهمترین یافته های این پژوهش را می توان در بندهای زیر خلاصه کرد:

۱- برای کنترل مصرف دارو در جامعه، به ویژه در زنان، با توجه به سازه حساسیت درک شده الگوی باور سلامت برگزاری کلاس های آموزش مصرف منطقی داروها و آشنایی با عوارض سوء مصرف داروها مهم به نظر می رسد.

جدول ۱- توزیع فراوانی علل خوددرمانی در بین زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج - ۱۳۹۴

درصد	فراوانی	علل	درصد	فراوانی	علل
۲۷/۶	۵۳	عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها	۴۸/۴	۹۳	تجربه قبلی از بیماری
۲۵	۴۸	گرانی حق ویزیت پزشکان	۴۲/۲	۸۱	در دسترس بودن داروها
۲۰/۳	۳۹	اصرار اطرافیان	۳۸	۷۳	عدم دسترسی به پزشک
۱۳/۵	۲۶	عدم اعتقاد به درمان بدون دارو	۳۴/۴	۶۶	نتیجه خوب خوددرمانی های قبلی
۱۲	۲۳	اعتقاد به این که داروها عارضه ای ندارند	۳۲/۸	۶۳	مهم تلقی نکردن بیماری ها
۱۰/۹	۲۱	عدم اطمینان به طبابت پزشکان	۳۰/۷	۵۹	تهیه آسان دارو از داروخانه ها بدون نسخه
۹/۴	۱۸	نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی	۲۷/۶	۵۳	نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان

جدول ۲- توزیع فراوانی مصرف داروهای OTC و POM در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج - ۱۳۹۴

POM	OTC	دارو	POM	OTC	دارو
فراوانی	فراوانی		فراوانی	فراوانی	
(درصد)	(درصد)		(درصد)	(درصد)	
	(۸/۹)۱۷	قطره بازکننده بینی		(۷۵/۵)۱۴۵	قرص یا شربت سرماخوردگی
	(۸/۹)۱۷	پماد تتراسیکلین		(۶۶/۷)۱۲۸	قرص یا شربت استامینوفن
	(۸/۳)۱۶	قرص شربت و قطره ضد استفراغ		(۴۵/۸)۸۸	قرص یا کپسول مسکن
	(۷/۳)۱۴	قرص های خواب آور	(۴۳/۸)۸۴	-	قرص، کپسول یا شربت آنتی بیوتیک
(۶/۳)۱۲	-	قرص های آرام بخش		(۳۸)۷۳	قرص اسیدفولیک
	(۴/۲)۸	قطره اشک مصنوعی		(۳۲/۸)۶۳	قرص یا شربت معده
	(۳/۶)۷	سرم خوراکی برای اسهال (ORS)		(۳۰/۷)۵۹	قرص یا شربت آهن
	(۳/۱)۶	قرص سرگیجه		(۲۸/۱)۵۴	قرص آنتی هیستامین
	(۳/۱)۶	محلول شستشوی چشم		(۲۱/۹)۴۲	قرص یا کپسول مولتی ویتامین
(۲/۶)۵	-	قرص یا آمپول کورتن		(۱۴/۱)۲۷	پمادهای مسکن
	(۲/۱)۴	پماد کورتن		(۱۳)۲۵	قرص جلوگیری از بارداری
(۱/۶)۳	-	قرص و کپسول فشارخون		(۱۰/۴)۲۰	پماد سوختگی



جدول ۳- بررسی رابطه اجزاء الگوی باورسلامت با متغیرهای جمعیت شناختی براساس آزمون ضریب همبستگی در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج- ۱۳۹۴

نوع بیمه درمانی	تعداد فرزندان	وضعیت تاهل	تحصیلات	شغل	سن	
۰/۰۳	۰/۰۲	**۰/۱۹	۰۳	۴۰	-۰/۰۱	حساسیت درک شده
۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۰۳	۰/۱	۰/۰۷	۰/۰۴	شدت درک شده
۰/۰۳	*۰/۱۶	-۰/۱۰	۰/۰۸	**۰/۲۱	**۰/۲۳	منافع درک شده
-۰/۰۶	-۰/۱۴	-۰/۰۵	**۰/۲۷	۰/۱۰	-۰/۱۰	موانع درک شده
-۰/۰۳	۰/۰۷	-۰/۰۵	-۰/۰۴	-۰/۰۳	۰/۰۴	خودکارآمدی

\* سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، \*\* سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱

جدول ۴- میانگین نمرات سازه های الگوی باورسلامت در زمینه خوددرمانی در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج-

۱۳۹۴

ردیف	سازه ها	میانگین	انحراف معیار
۱	شدت درک شده	۱۸/۵۷	۳/۳۰
۲	منافع درک شده	۱۸/۵۲	۳/۰۷
۳	خودکارآمدی	۱۸/۵۲	۳/۶۹
۴	حساسیت درک شده	۱۷/۶۳	۳/۴۶
۵	موانع درک شده	۱۷/۰۱	۳/۷۲
۶	جمع کل	۹۰/۲۵	۱۷/۲۵

## References

- Ahadian, M., 2007. Self-medication and drug abuse. *Journal of drug nedaye Mahya*, **1**(3), pp. 14-35. [In Persian]
- Amarilles, P., Gonzalez, I. and Giraldo, NA., 2006. Prevalence of self-treatment with complementary products and therapies for weight loss: A Randomized cross-sectional study in overweight and obese patients in Colombia. *Curr Ther Res*, **67**, pp. 66-78.
- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I. and Scherstén, B., 1999. Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health*, **53**(8), pp. 503-509.
- Asefzadeh, S., Anbarloei, M., Habibi, S.H. and Rezaei, M., 2001. Self-medication among the in-patient of Qazvin teaching hospitals. *Journal of Qazvin University of medical Sciences & Health Service*, **5**(4), pp. 48-54. [In Persian]
- Badiger, S., Kundapur, R., Jain, A., Kumar, A., Pattanshetty, S. and Thakolkaran, N., 2012. Self-medication patterns among medical students in South India. *Australasian Medical Journal*, **5**(4), pp. 217-20.
- Baghiani Moghadam, M. and Ehrampoush, M., 2006. Evaluation of attitude and

- practice of students of Yazd University of medical sciences to self-medication. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, **8**(2), pp. 111-119. [In Persian]
- Balamurugan, E. and Ganesh, K., 2011. Prevalence and pattern of self-medication use in Coastal regions of south India. *BJMP*, **4**(3), pp.1-3.
- Chehreai, E., Saberi, M., Mohamad sadeghi, H., Montazer, M., Shahgholi, N. and Sadigh, N., 2002. Sampling and calculation of sample size in studies of medical science. *Medical student research committee of Tehran University Medical Science.*, Tehran: Sara:58.
- Glanz, K. and Rimer, B.K., 1995. *Theory at a Glance: A Guide to Health Promotion Practice*. Bethesda MD: National Cancer Institute. 2<sup>nd</sup> edition 2005. NIH Publ, pp. 05-3896
- Goh, L.Y., Vitry, A., Semple, S., Esterman, A. and Luszcz, M., 2009. Self-medication with Over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia elderly population. *BMC complementary and alternative medicine*, **9**(42), pp.1-10.
- Häußinger, C., Ruhl, UE. and Hach, I., 2009. Health beliefs and over-the-counter product use, *An Pharmacotherapy*; **43**(6), pp. 1122-7.
- Jalilian, F., Hazavehi, S.M.M., Vahidinia, A.A., Jalilian, M. and Moghimbeigi, A., 2013. Prevalence and Related Factors for choosing Self-medication among pharmacies visitors based on Health Belief Model in Hamadan Province, West of Iran. *Journal of Research Health Science*, **13**(1), pp. 81-85.
- Jayasuriya, D.C., 1994. Let pharmacists do more for health in developing countries. *World Health Forum*, **15**(4), pp. 403-405.
- Karimi, M., Heidarnia, A. and Ghofranipour, F., 2011. Reasons affecting on self-medication in elderly covered by urban centers Zarandieh by using Health Belief Model. *Journal of Arak University Medical Sciences*, **58**(5), pp. 70-8. [In Persian]
- Kharqany Moghadam, M., Shojaeizadeh, D., Mahmoudi, M., Shojaeizadeh, A., Farhand, H. and Khalili, S., 2013. Investigation the effect of education based on health belief model to prevent self-medication in women referred to health centers in Sabzevar. *Journal of Health System Research, Special Health Training*, pp. 1876-88. [In Persian]
- Khosravi, Sh., Jahani, F., Gazerani, N., Eshrati, B. and Moghimi, M., 2007. Determining knowledge and attitude of students in Arak University of medical sciences about Ecstasy based on Health Belief Model in 2006. *J Arak Univ Med Sci*, **10**(2), pp. 15-21. [In Persian]
- Masoudi Alavi, N., Izadi, F., Ebadi, A. and Hajbagheri, A., 2009. Self-treatment experience in diadetes mellitus type 2. *Iran J Endocrinol Metab*, **10**(6), pp. 580-581. [In Persian]
- Mo'ayyeri, A. and Mo'ayyeri, A., 2014. Investigation Factors related to the indiscriminate use of medicines in referrers to clinics of Abbas Abad town, Mazandaran. *Scientific- research Journal of University of Medical SciencesIlam*, **22**(19), pp. 11-19. [In Persian]
- Mortazavi, A. and Hajjaji, G., 2003. Investigation of knowledge and information referred patients to pharmacies throughout Tehran, about their asked OTC drugs by them. Medical research. *Journal of Medical University*, **27**(4), pp. 299-304. [In Persian]
- Movahed, A., Shojaeizadeh, M., Zarepour, Z., Shaahmdy, F. and Ameri, M., 2014. Effect of education based on health belief model on the status of self-medication in middle school son students. *Journal of health education and health promotion*, **2**(1), pp. 65-72. [In Persian]

- Muras, M., Krajewski, J., Nocun, M., Godycki, M. and Wirko, C., 2013. A survey of patient behaviors and beliefs regarding antibiotic, self-medication for respiratory tract infections in Poland. *Arch Med Sci*, **9**(5), pp. 854-857.
- Nicksadat, N., Solhi, M., Shojaeizadeh, D. and Gohari, M.R., 2013. Investigation effect of educational intervention base on Health Belief Model on promotion of preventive behaviors from self-medication in women covered the third area health centers in Tehran. *Journal of Razi Medical Sciences*, **20**(13), pp. 48-58. [In Persian]
- Okumura, J., Wakai, S. and Umenai, T., 2002. Drug utilization and self-medication in rural communities in Vietnam. *Soc Sci Med*, **54**(12), pp. 1875-1886.
- Pirzad, A. and Sharifirad, G.H.R., 2011. Knowledge and practice of women about self-medication with drugs based on health belief model. *Journal of University of Medical Sciences Gorgan*. **13**(4), pp. 76-83. [In Persian]
- Pourreza, A., Khalafi, A., Ghiyasi, A., Mujahid, F. and Noor Mohammad, M., 2011. Investigation the prevalence of self-medication and factors associated with it in students of Tehran University of Medical Sciences in 2011. **8**(4), pp. 40-46. [In Persian]
- Sahebi, L., Saedi, A., Amini, S. and Moosakhani, M., 2005. Investigation the status of self-medication of referrers in pharmacies throughout the city of Tabriz. **14**(4), pp. 174-81. [In Persian]
- Shams, M., Soleyman ekhteyari, Y. and Pariyani, A., 2011. Essential skills for correction of behavior in health, Tehran: *Mehr Matin*. pp. 112-13. [In Persian]
- Shamsi, M., Tajik, R. and Mohammad Beigi, A., 2009. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers refering to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal*; **12**(3), pp. 44-53. [In Persian]
- Shankar, P.R., Partha, P. and Shenoy, N., 2002. Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara Valley, Western Nepal: A questionnaire-based study. *BMC Family Practice*, **3**(17), pp. 1-7.
- Sharifirad, A., Mohebi, S., Motalebi, F., Abasi, M.H., Rojaati, F. and Tal, A., 2001. Investigation the prevalence of self-medication and modifiable reasons affecting on based on health belief model in the elderly Gonabad. *Magazine of Health System Research*. **7**(4), pp. 411-421. [In Persian]
- Sharifirad, Gh., Hazavehie, S.M.M., Mohebi, S., Rahimi, M.A. and Hasanzadeh, A., 2006. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients]. *Iran J Endocrinol Metab*; **8**(3), pp. 231-9. [In Persian]

## **Self-Medication Among Women in Yasouj City and Factors Associated with it: A Preliminary Study for Designing an Intervention Based on Health Belief Model**

**Behroozpour, A.**, MSc. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Yasuj University of Medical Sciences, Student Research Committee, Yasuj, Iran

**Shams, M., Ph.D.** Associate Professor, Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran- Corresponding Author: moshaisf@yahoo.com

**Mousavi, M.**, Ph.D. Student, Department of Epidemiology, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Ostovar, R., Ph.D.** Associate Professor, Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

**Maleki, M.**, MSc. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Student research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: Apr 23, 2016

Accepted: Oct 17, 2016

### **ABSTRACT**

**Background and Aim:** Self-medication, as a common risky health behavior, has financial and non-financial costs for Iranians. This study aimed at determining the situation of self-medication and factors influencing it among women in Yasuj, Iran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was performed on 192 women referred to urban health care centers in Yasuj, selected randomly from the existing health files at the centers. Data were collected using a standard questionnaire based on the Health Belief Model and analyzed by SPSS 16 statistical software.

**Results:** The most widely used medicines for self-medication were those for common cold and antibiotics from among over-the-counter (OTC) drugs and prescription-only-medicines (POM), respectively. Perceived susceptibility ( $17.63 \pm 3.46$ ) was the main construct associated with self-medication among women.

**Conclusion:** Once the causes of self-medication and its relationship with the Health Belief Model constructs are known, designing and implementing educational programs aiming at promoting awareness and perception of population groups, especially women, seems necessary.

**Keywords:** Self-Medication, Women, Health Belief Model