

بررسی شیوع خوددرمانی و عوامل قابل تعدیل مؤثر بر آن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در سالمندان شهر گناباد

غلامرضا شریفی‌راد^۱، سیامک محبی^۲، محمد مطلبی^۳، محمدهادی عباسی^۴، فاطمه رجعتی^۴، آذر طل^۴

چکیده

مقدمه: حفظ سلامت از دغدغه‌های دیرین انسان‌ها است و از مؤلفه‌های متعددی تأثیر می‌پذیرد. اعلامیه‌ها و راهبردهای جهانی سلامت همواره بر تهیه و مصرف صحیح داروها و درمان مناسب تأکید می‌نمایند. خوددرمانی در ایران از معضلات سلامتی به شمار می‌رود و سه برابر متوسط جهانی و رتبه دوم در آسیا را دارا است. برای اثرگذاری بر این معضل، یکی از روش‌های علمی، بررسی عوامل مؤثر بر این رفتار بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی است. در این پژوهش عوامل مؤثر بر خوددرمانی با تعیین میزان تأثیر مورد شناسایی قرار گرفتند تا جهت اثرگذاری اولویت‌بندی شوند.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی تحلیلی مقطعی، ۳۸۰ سالمند شهر گناباد به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب انتخاب شدند. اطلاعات بر اساس پرسش‌نامه مشتمل بر ۴۷ سؤال به روش مصاحبه سازمان یافته در بخش‌های الگوی اعتقاد بهداشتی جمع‌آوری گردید. روایی و پایایی به روش‌های علمی تأیید گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان $5/31 \pm 66/2$ بود. ۳۶/۱ درصد بازنشسته، ۲۹/۴ درصد تحصیلات ابتدایی و ۵۳/۹ درصد بیمه درمانی داشتند. ۷۷/۶ درصد خودسرانه دارو مصرف می‌کردند و ۸۵/۳ درصد در منزل دارو نگه می‌داشتند. ۴۲/۳ درصد داروهای مصرف شده مسکن و ۱۵/۱ درصد مربوط به اعصاب و روان بودند. میانگین نمره حساسیت ۵۰/۲۱ و موانع درک شده ۷۰/۲۳ بود. بین جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات با خوددرمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. مهم‌ترین علت خوددرمانی، تجربه بهبودی قبلی و بی‌خطر دانستن داروها ذکر شد. وسایل ارتباط جمعی مؤثرترین راهنمای عمل در پیشگیری از خوددرمانی عنوان شد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه شیوع خوددرمانی بالا است و عوامل قابل تعدیل در شرایط نامطلوبی قرار داشتند. افراد در موارد الگوی اعتقاد بهداشتی حتی ۵۰ درصد حداقل‌ها را کسب نکردند ولی نمره Self-efficacy مطلوب به دست آمد که این اطمینان‌کاذب، خوددرمانی را تشدید کرد.

واژه‌های کلیدی: خوددرمانی، سالمندان، الگوی اعتقاد بهداشتی، گناباد.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۹۹/۴/۳

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۸

۱. استاد و عضو هیأت علمی، گروه بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: smohebi@muq.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، اصفهان، ایران.
۴. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

موارد معضلات مهمی را برای فرد و جامعه ایجاد نماید. طی دهه گذشته مصرف دارو به عنوان یک کالای استراتژیک مشمول یارانه و به عنوان یک نیاز اساسی عامه مردم در کشور افزایش یافت. مطالعات صورت گرفته حاکی از آن است که مصرف دارو در کشور فاقد الگوی صحیح است. تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاح این الگو از موفقیت چندانی برخوردار نبودند و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل مصرف بی‌رویه، نابجا و خودسرانه دارو روبرو است (۷). هر سال مقدار عرضه دارو بیشتر از سال قبل می‌شود و روند افزایش سالانه آن از متوسط رشد طبیعی بالاتر می‌باشد (۸).

همان طور که اشاره شد، مطالعات انجام شده در برخی جوامع و نیز در ایران حاکی از بالا بودن مصرف غیر منطقی دارو و شیوع بالای خوددرمانی است. به طوری که بر اساس آمار انستیتوی ملی سوء مصرف دارو در امریکا (NIDA، National institute on drug abuse) بین سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ میلادی، مصرف خودسرانه دارو از ۲۲/۱ درصد به ۳۲/۷ درصد رسیده است (۹). همچنین شیوع خوددرمانی در کشورهای بنگلادش، تانزانیا، نیجریه و نپال به ترتیب ۵۶، ۸۱ و ۷۵ درصد گزارش شده است (۱۰).

در ایران با توجه به فرهنگ دارویی جامعه، اوضاع و احوال مصرف غیر منطقی دارو بحرانی‌تر است. بر اساس آمارنامه دارویی سال ۱۳۸۶، کل فروش دارویی کشور حدود یک هزار و نهصد میلیارد تومان بود که سیصد میلیارد تومان آن مربوط به داروهای آنتی‌بیوتیک است. این رقم در مقایسه با سایر کشورها بسیار بالا است (۱۱). امروزه مشخص شده است که ۶۵ درصد بار بیماری‌ها در کشور به رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیر منطقی دارو بر می‌گردد. نرخ مصرف خودسرانه دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. از این رو ایران به لحاظ مصرف دارو جز ۲۰ کشور نخست دنیا و در آسیا بعد از چین رتبه دوم را دارد (۱۲).

بر اساس تحقیقات انجام شده، هر ایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می‌کند که ۲ تا ۴ برابر بیش از استاندارد جهانی

هدف طب، حفظ، ارتقای سطح سلامت جامعه و اعاده آن در بیماران است. این هدف از طریق مجموعه‌ای از عوامل تحقق می‌یابد که تهیه، توزیع و مصرف صحیح دارو یکی از نقش‌های اصلی در نیل به این هدف می‌باشد (۱). در واقع مصرف دارو از ارکان مهم درمان بیماری می‌باشد (۷۵ درصد درمان‌ها توسط دارو صورت می‌گیرد) اما مصرف غیر منطقی آن علاوه بر عدم درمان بیماری موجب ایجاد عوارض دارویی در طولانی مدت نیز می‌شود (۲). متأسفانه دیدگاه اجتماعی از دارو فقط جنبه بی‌خطری و شفاف‌خشی آن می‌باشد در حالی که متون پزشکی، دارو را مثابه تیغ دولبه‌ای تصور می‌کند که یک لبه آن عوامل بیماری‌زا مورد توجه قرار می‌دهد. لبه دیگرش به علت عدم آگاهی در مصرف صحیح آن، جان انسان را مورد تهاجم قرار می‌دهد (۳).

جامعه در مواجه با احساس کسالت یا بیماری و برای رهایی از مشکل پیش آمده، راه‌هایی را انتخاب می‌کند که از آن تحت عنوان رفتار در جستجوی درمان یاد می‌شود. این رفتار شامل عدم توجه به بیماری، اقدام به درمان با مراجعه به ارایه‌کنندگان خدمات درمانی و خوددرمانی می‌شود (۴). خوددرمانی که با مفهوم خود مراقبتی تفاوت دارد، رفتاری است که طی آن شخص سعی می‌کند بدون کمک و نظر افراد حرفه‌ای، بیماری یا مشکل سلامت خود را برطرف نماید. Neafsey خوددرمانی را استفاده از یک ماده تولیدی برای درمان بیماری، علایم بیماری، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی بدون تجویز یک متخصص تعریف کرد (۵).

در حال حاضر خوددرمانی از جمله مشکلات عمده موجود در چرخه درمان در کشور ایران و خیلی از کشورهای دیگر می‌باشد. این امر باعث ایجاد مقاومت باکتریایی، عدم درمان بهینه، مسمومیت‌های ناخواسته، آثار جانبی و عوارض ناخواسته، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی دارو در جامعه شده است (۶). به هر حال خوددرمانی یکی از مسایل مهم اجتماعی سلامت است که می‌تواند در بسیاری از

بهداشت در زمینه تغییر رفتار که بر اساس این اندیشه تدوین شده است که ادراک افراد از یک تهدید سلامتی، رفتار آنان را تغییر می‌دهد. در سالمندان شهر گناباد (دومین شهر پیر کشور) در سال ۱۳۸۸ می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی، تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۸۸ بر روی سالمندان صورت گرفت. در این مطالعه ۳۸۰ سالمند ساکن در شهر گناباد شرکت کردند.

$$\left[n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2} = 380 \right]$$

این عدد با توجه به فرمول روبرو با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، شیوع مصرف خودسرانه دارو در سالمندان بر اساس مطالعات قبل یعنی ۵۷ درصد و میزان دقت ۰/۰۵ به دست آمد (۱۸). بدین منظور با کمک نقشه جغرافیایی، شهر به ۴ منطقه تقسیم شد. از هر منطقه ۹۵ نفر به صورت غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها و گردآوری داده‌ها با مراجعه پرسشگر به درب منازل صورت گرفت. منظور از خوددرمانی در این مطالعه استفاده خودسرانه از هر نوع دارو بود که سالمندان گروه هدف بدون تجویز، تشخیص و یا نسخه پزشک در ۳ ماهه گذشته استفاده کردند. همچنین در این پژوهش سالمندان جوان (۶۰-۷۵ سال) مدنظر مطالعه بودند. افراد با سن بالاتر از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسش‌نامه مشتمل بر ۴۷ سؤال بود که در بخش‌های سؤالات دموگرافیک (۱۰ سؤال)، سؤالات اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و Self-efficacy (۲۵ سؤال)، راهنمای عمل (۲ سؤال) و مصرف خودسرانه دارو (۱۰ سؤال) طراحی شده بود. به دلیل

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. این در حالی است که تخمین زده می‌شود تنها یک نشانه از هر ۳۷ نشانه توسط پزشک بررسی و معالجه می‌شود و مابقی احتمالاً مسیر خوددرمانی را طی خواهد کرد (۱۳). از طرفی آمارها در خصوص میزان خوددرمانی 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 درصد گزارش شده است (۱۴). اگرچه در بسیاری از کشورها و حتی کشورهای توسعه یافته این شیوه درمانی وجود دارد ولی طبق تحقیقات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵۰ درصد بیماران در مواقع ضروری هم به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند (۱۲). به هر حال تخمین زده می‌شود که ۸۳/۳ درصد ایرانی‌ها به صورت خودسرانه دارو مصرف می‌کنند (۱۵).

در این میان یکی از گروه‌های جمعیتی که به دلیل ابتلا بیشتر به بیماری‌ها ممکن است اقدام به مصرف خودسرانه نمایند، سالمندان می‌باشند (۱۶). تغییرات بیوشیمیایی، فیزیولوژیکی و فارماکوکینتیکی در سالمندان منجر به مصرف بیش از حد یا نادرست دارو می‌گردد. از طرف دیگر حساسیت نسج به دارو افزایش می‌دهد (۱۷). این امر اهمیت مصرف خودسرانه دارو یا خوددرمانی را در کنار گسترش روز افزون داروهای قابل دسترس در این گروه سنی که بر اساس آمارهای موجود از رشد سریعی در کشور برخوردار می‌باشد، بیشتر می‌کند.

با توجه به مطالعات بسیار معدود در خصوص خوددرمانی به ویژه در گروه سالمندان که به نظر می‌رسد به دلیل مشکلات سلامتی بیشتر در این گروه و همچنین وجود فرهنگ دارویی خاص (دانش، باورها و اعتقادات سلامتی) در آنان میزان خوددرمانی بالاتر باشد، این مطالعه انجام شد. هدف این مطالعه تعیین شیوع خوددرمانی و عوامل مؤثر بر آن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی (یکی از الگوهای آموزش

یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان گروه هدف در این مطالعه $66/2 \pm 5/31$ سال بود. $57/4$ درصد (۲۱۸ نفر) مرد و $42/6$ درصد (۱۶۲ نفر) زن، $76/6$ درصد متأهل و $23/4$ درصد مجرد بودند. $36/1$ درصد سالمندان تحت مطالعه بازنشسته، $33/4$ درصد خانه‌دار، $20/8$ درصد کشاورز، $7/6$ درصد شغل آزاد و $2/1$ درصد بیکار بودند. در خصوص تحصیلات آنان $10/3$ درصد بی‌سواد، $29/4$ درصد تحصیلات ابتدایی، $27/9$ درصد تحصیلات راهنمایی، $26/1$ درصد تحصیلات متوسطه و $6/3$ درصد تحصیلات عالی داشتند. $53/9$ درصد تحت پوشش تأمین اجتماعی، $34/5$ درصد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و $11/6$ فاقد هر گونه پوشش بیمه درمانی بودند.

$77/6$ درصد (۲۹۵ نفر) سالمندان در ۳ ماه گذشته مصرف خودسرانه دارو داشتند. تنها $22/4$ درصد (۸۵ نفر) در این مدت خوددرمانی نکرده بودند. همچنین $85/3$ درصد آنان (۳۲۴ نفر) در منزل دارو نگهداری می‌کردند که $42/3$ درصد این داروها مسکن، $16/7$ درصد آنتی‌بیوتیک، $20/7$ درصد داروهای گوارشی، $5/2$ درصد ویتامین‌ها و $15/1$ درصد داروهای اعصاب و روان بودند. یافته‌ها نشان داد که بین جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات با خوددرمانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱).

البته در این مطالعه بین تعداد فرزندان ($P = 0/153$)، وضعیت شغلی ($P = 0/211$)، وضعیت بیمه درمانی ($P = 0/208$)، سطح درآمد ماهانه ($P = 0/12$) و سن ($P = 0/41$) با خوددرمانی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین نمره آگاهی در خصوص خوددرمانی در گروه هدف $37/52$ ، حساسیت درک‌شده $50/21$ ، شدت درک‌شده $42/25$ ، منافع درک‌شده $58/21$ ، موانع درک‌شده $70/23$ و Self-efficacy $69/28$ نمره به دست آمد که به تفکیک سالمندانی که خوددرمانی کرده یا نکرده بودند، در جدول ۲ آمده است.

شرایط ویژه گروه هدف، داده‌ها به روش مصاحبه سازمان یافته توسط پرسشگران با لهجه محلی گردآوری شد.

روایی پرسش‌نامه حاضر به شیوه روایی صوری و محتوایی سنجیده شد. بدین صورت که پرسش‌نامه با توجه به منابع و کتب معتبر در این خصوص تهیه شد. سپس توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی و ۲ نفر از کارشناسان معاونت دارو و غذای دانشگاه علوم پزشکی گناباد بررسی شد. سپس نظرات آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید. پایایی آن نیز از طریق آزمون آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر از سالمندان مشابه گروه هدف سنجیده شد که مقدار آن در سؤالات آگاهی $0/89$ ، در قسمت ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی $0/84$ و در قسمت مصرف خودسرانه دارو $0/91$ به دست آمد.

نحوه محاسبه پرسش‌نامه فوق بدین شکل است که در قسمت آگاهی، به پاسخ صحیح امتیاز یک و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق گرفت و نمرات در پایان بر حسب نمره از ۱۰۰ بیان شد. در قسمت سؤالات ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و self-efficacy) که از مقیاس لیکرت استفاده شد. امتیازات یک الی چهار به گزینه‌ها تعلق گرفت. در این قسمت نیز نمرات بر حسب نمره از ۱۰۰ اعلام شد. همچنین سؤالات راهنمای عمل و نیز سؤالات مصرف خودسرانه دارو به صورت فراوانی محاسبه شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن بیان اهداف مطالعه به گروه هدف، رضایت آنان جهت شرکت در طرح اخذ گردید. همچنین پژوهشگران متعهد شدند که اطلاعات فردی آنان محرمانه بماند و تنها به صورت کلی منتشر شود. پس از پایان گردآوری اطلاعات، پژوهشگران به هر کدام از سالمندان تحت مطالعه [پمفلت‌های آموزشی از قبل آماده شده در خصوص مصرف خودسرانه دارو و عوارض آن ارایه نمودند. در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS و با کمک شاخص‌های آمار مرکزی، آزمون‌های کای اسکویر و t -test مستقل تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی گروه هدف بر اساس جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات

P	درصد	تعداد	خوددرمانی	مشخصات دموگرافیک	
P = ۰/۰۰۳	۴۷/۶	۱۸۱	بلی	مرد	جنس
	۹/۷	۳۷	خیر	(n = ۲۱۸)	
	۳۰	۱۱۴	بلی	زن	
	۱۲/۷	۴۸	خیر	(n = ۱۶۲)	
P < ۰/۰۰۱	۲۲/۶	۸۶	بلی	مجرد	وضعیت تأهل
	۰/۸	۳	خیر	(n = ۸۹)	
	۵۵	۲۰۹	بلی	متأهل	
	۲۱/۶	۸۲	خیر	(n = ۲۹۱)	
P = ۰/۰۳۶	۶/۱	۲۳	بلی	بی سواد	تحصیلات
	۴/۲	۱۶	خیر	(n = ۳۹)	
	۲۲/۶	۸۶	بلی	ابتدایی	
	۶/۸	۲۶	خیر	(n = ۱۱۲)	
	۲۲/۱	۸۴	بلی	راهنمایی	
	۵/۸	۲۲	خیر	(n = ۱۰۶)	
	۲۱/۹	۸۳	بلی	متوسطه	
	۴/۲	۱۶	خیر	(n = ۹۹)	
	۵	۱۹	بلی	عالی	
	۱/۳	۵	خیر	(n = ۲۴)	

جدول ۲: میانگین نمرات آگاهی و اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص خوددرمانی در گروه هدف

متغیرهای مطالعه	خوددرمانی	میانگین	انحراف معیار	آزمون t-test مستقل
آگاهی	بلی	۳۱/۵۹	۱۷/۱۲	P = ۰/۰۱۲
	خیر	۴۳/۴۵	۱۸/۱۴	
حساسیت درک شده	بلی	۴۱/۰۵	۱۲/۴	P < ۰/۰۰۱
	خیر	۵۹/۳۷	۱۲/۳۳	
شدت درک شده	بلی	۳۴/۰۸	۱۱/۸۴	P < ۰/۰۰۱
	خیر	۵۰/۴۲	۱۲/۶۴	
منافع درک شده	بلی	۵۲/۲۳	۱۱/۲۷	P = ۰/۰۱۲
	خیر	۶۴/۱۹	۱۱/۵۴	
موانع درک شده	بلی	۶۰/۳۸	۹/۲۳	P < ۰/۰۰۱
	خیر	۸۰/۰۸	۷/۳۵	
Self-efficacy	بلی	۶۱/۴۲	۱۰/۱۴	P < ۰/۰۰۱
	خیر	۷۷/۱۴	۱۰/۸۴	

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوع خوددرمانی در سالمندان گروه هدف ۷۷/۶ درصد است. این رقم در مقایسه با مطالعه مشابه در سالمندان شهر تهران که توسط دواتی و همکاران صورت گرفته است، بالاتر است. مطالعه وی شیوع ۵۷/۷ درصد خوددرمانی را گزارش کرده است (۱۸). تفاوت در میزان شیوع خوددرمانی در مطالعات مختلف بر روی گروه‌های دیگر نیز قابل مشاهده است. شیوع خوددرمانی در مطالعه خاکسار و همکاران ۸۳/۷ درصد در دانشجویان شیراز (۱۹)، باقیانی مقدم و احرامپوش ۸۳ درصد در دانشجویان یزد (۲۰)، تاجیک و همکاران ۵۴ درصد در زنان باردار اراک (۱۴)، سیام ۶۱/۵ درصد در رشت (۲۱) و عباسی و عابدزاده ۱۵/۹ درصد در ایلام (۲۲) گزارش نمودند. به طور خلاصه نتایج این مطالعه و مقایسه آن با نتایج دیگر نشان می‌دهد که خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو از مشکلات اساسی در اغلب اقشار جامعه در سراسر کشور به شمار می‌رود. البته این مشکل در سایر نقاط دنیا نیز دیده می‌شود به طوری که شیوع خوددرمانی در هنگ کنگ ۹۴ درصد (۲۳)، دانش‌آموزان کویت ۹۲ درصد (۲۴)، کارمندان دانشگاه کالیفرنیا ۴۲ درصد (۲۵)، نیال ۷۰ درصد (۲۶) گزارش شده است. این ارقام حاکی از پذیرفته بودن خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو نزد جوامع مختلف نیز می‌باشد.

همچنین در این مطالعه ۸۵/۳ درصد سالمندان، در منزل دارو نگهداری می‌کردند که بدون توجه به شرایط نگهداری آن رقم قابل توجهی است. این رقم در مطالعه دواتی و همکاران ۷۲ درصد گزارش شد (۱۸). Amoako و همکاران نیز نشان دادند که نگهداری دارو در سالمندان گروه هدف بالا است (۲۷). سهولت تهیه دارو بدون نسخه، دسترسی آسان به آن و تجویز بیش از حد آن در نوبت‌های قبلی بیماری توسط پزشک از عواملی هستند که می‌توانند به عنوان دلایل انبار کردن دارو در منزل مطرح باشند. نگهداری دارو در منزل نه تنها احتمال مصرف خودسرانه را بالا می‌برد بلکه مسایل نحوه نگهداری صحیح دارو، تاریخ انقضا، احتمال خطا در نحوه صحیح مصرف و نیز دسترسی آسان سایرین را بیشتر می‌کند.

نتایج نشان داد که مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی در سالمندانی که خوددرمانی نکرده بودند، به ترتیب رادیو و تلویزیون (۴۰ درصد)، کارکنان درمانی (۲۴/۷ درصد)، خانواده (۲۲/۴ درصد)، دوستان و آشنایان (۸/۲ درصد) و روزنامه‌ها و مجلات (۴/۷ درصد) بود. همچنین راهنمای عمل داخلی این سالمندان (افرادی که خوددرمانی نکرده بودند) به ترتیب نگرانی یا ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی (۴۳/۵ درصد)، عدم اعتقاد درونی به خوددرمانی (۲۱/۲ درصد)، حال عمومی مساعد (۱۴/۰۱ درصد)، تکیه به اطلاعات شخصی در خصوص عدم خوددرمانی (۱۴/۱ درصد) و احساس سلامتی بیشتر در صورت عدم خوددرمانی (۷/۱ درصد) بود. همچنین در جدول ۳ عمده‌ترین دلایل خوددرمانی در سالمندانی که اقدام به خوددرمانی کرده بودند، مشخص شده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی مهم‌ترین دلایل خوددرمانی در سالمندانی که خوددرمانی داشتند

مهم‌ترین علل خوددرمانی	تعداد	درصد
استفاده قبلی از دارو و بهبودی علایم	۱۰۳	۲۵
جزیی بودن علایم بیماری و عدم نیاز به پزشک (بی‌خطر دانستن بیماری)	۷۵	۲۵/۴
اطمینان از بی‌خطر بودن دارو	۴۹	۱۶/۶
عدم توانایی مالی برای پرداخت ویزیت پزشک	۲۱	۷/۱
نداشتن بیمه درمانی	۱۹	۶/۴
سهولت خرید دارو از داروخانه	۱۴	۴/۷
شلوغی مطب پزشکان و یا مراکز درمانی	۵	۱/۷
توصیه افراد دیگر	۴	۱/۴
عدم دسترسی به پزشک یا مراکز درمانی	۳	۱
عدم اعتماد به پزشک جهت تشخیص بیماری و درمان	۲	۰/۷
جمع کل	۲۹۵	۱۰۰

مشابه مطالعه توکلی (۳۳)، دواتی و همکاران (۱۸)، Porteous و همکاران (۳۴) و تاجیک و همکاران (۱۴) است. شاید مصرف خودسرانه دارو به میزان بیشتر در افراد تحصیل کرده، به اطمینان کاذب در خصوص اطلاعات دارویی آنان بر گردد.

بین خوددرمانی و مشخصات دموگرافیک دیگر نظیر تعداد فرزندان، وضعیت شغلی، وضعیت بیمه، سطح درآمد ماهانه و سن ارتباط معنی داری دیده نشد که نتایج مطالعات دیگری در همین راستا موجود می باشد (۳۵، ۱۸).

نتایج پژوهش در خصوص عوامل مؤثر قابل تعدیل در زمینه خوددرمانی که بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی شده بودند، نشان داد که وضعیت آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده در شرایط مطلوبی قرار ندارد و میانگین آگاهی حتی به ۵۰ درصد نمره هم نرسید. حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع درک شده در حد متوسط و موانع درک شده نامطلوب تر از بقیه متغیرها به دست آمد. لازم به یادآوری می باشد که قطعاً پایین بودن نمرات این اجزا با شیوع بالای خوددرمانی در آنان بی ربط نیست. در جدول ۲ این امر به خوبی نمایان است. البته باید اشاره کرد که میزان Self-efficacy در حد مطلوبی قرار داشت اما به دلیل اطمینان کاذب به خود (اعتماد به نفس کاذب) در مسیر اشتباه قرار گرفت و موجب بالا رفتن میزان مصرف خودسرانه دارو شد.

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 سازه ها و اجزای مدل اشاره شده است (۱۵). مطالعه صاحبی و همکاران هم نشان داد که وضعیت آگاهی در خصوص مصرف خودسرانه دارو بسیار ضعیف می باشد (۳۶). مطالعه سپهری و همکاران هم نتایج مشابهی را در کرمان در این خصوص ارائه کرد (۳۷). تحقیق باقیانی مقدم و احرامپوش هم حاکی از پایین بودن نگرش در گروه مورد مطالعه در خصوص خوددرمانی است (۲۰). شمسی و بیاتی نیز که الگوی اعتقاد بهداشتی را در خصوص خوددرمانی به کار بردند، نشان دادند که قبل از مداخله آموزشی میزان آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده در حد متوسطی است (۳۹، ۳۸).

بیشترین داروی نگهداری شده در منزل مسکن ها، آنتی بیوتیک ها و داروهای گوارشی است. مشابه این نتایج در مطالعه دواتی و همکاران در سالمندان شهر تهران (۱۸)، Loyola و همکاران در سالمندان برزیل (۲۸)، Linjakumpu و همکاران در سالمندان فیلیپین (۲۹) و Riedemann و همکاران در آلمان (۳۰) نیز دیده می شود. شاید بالا بودن میزان نگهداری این داروها در منزل به مشکلات خاص آن ها، تجویز بیشتر این اقلام توسط پزشکان و نیز ارزانی این داروها در مقایسه با سایر داروها بر گردد.

آزمون کای اسکویر نشان داد که در خصوص خوددرمانی تفاوت معنی داری بین زن و مرد وجود دارد ($P = 0.003$) به طوری که ۶۱/۴ درصد مردان در مقایسه با ۳۸/۶ درصد زنان به مصرف خودسرانه دارو اقدام نمودند. به عبارتی مردان بیش از زنان خوددرمانی کردند. مطالعات باقیانی مقدم و احرامپوش (۲۰) و خاکسار و همکاران (۱۹) نیز بیانگر شیوع بالاتر خوددرمانی در مردان هستند. اما این نتیجه با مطالعه سیام (۲۱) و Drhova (۳۱) همخوانی ندارد. البته مطالعاتی نیز وجود دارند که اختلاف معنی داری را بین دو جنس در خصوص خوددرمانی نشان ندادند (۱۸، ۳).

از سویی نتایج نشان داد که به طور معنی داری مجردین (کسانی که به تنهایی زندگی می کردند و شامل مجردها، همسر فوت شده و متارکه بودند) بیشتر از متأهلین خوددرمانی می کردند ($P < 0.001$) به طوری که ۹۶/۶ درصد مجردین خوددرمانی می کردند در حالی که این رقم در متأهلین ۷۱/۸ درصد بود. دواتی و همکاران (۱۸) و Isacson و Antonov در سوئد (۳۲) نیز نشان دادند که مجردها بیشتر خوددرمانی می کردند. به نظر می رسد تنهایی در افراد مسن باعث می شود که هنگام بیماری کمتر جهت دریافت خدمات درمانی اقدام و احتمالاً بیشتر خوددرمانی کنند.

یافته های مطالعه نشان داد که مبادرت ورزیدن به خوددرمانی در افراد دارای سواد کافی نسبت به افراد کم سواد بیشتر است به طوری که ۳۴/۵ درصد افرادی که خوددرمانی کردند، دارای تحصیلات متوسطه و بالاتر بودند. این نتیجه

این امر قابل پیش‌بینی می‌باشد. البته در مطالعات دیگر به طور ضمنی به این موارد اشاره شد (۴۰-۳۸). نتایج این طرح با توجه به اظهارات سالمندان در خصوص خوددرمانی است (خودگزارش دهی) و در کنار عدم دسترسی به سالمندان، محدودیت‌های این مطالعه را تشکیل می‌دهند. همچنین در این طرح مصرف داروهای گیاهی که به نظر می‌رسد از شیوع بالاتری در این گروه سنی برخوردار باشد، لحاظ نگردید.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که میزان شیوع خوددرمانی در سالمندان تحت مطالعه در مقایسه با مطالعات دیگر بالا می‌باشد. با توجه به فاکتورهای قابل تعدیل مورد بررسی، وضعیت حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده در حد مطلوبی نبود. مقایسه این فاکتورها بین دو گروه افرادی که خوددرمانی کردند و نکردند نیز به خوبی نشان می‌دهد که این میزان فاکتورها در افرادی که مصرف خودسرانه دارو نداشتند، به مراتب بیشتر است. از این رو استفاده از برنامه‌های آموزشی متناسب با ویژگی‌های سالمندان مانند برنامه‌های آموزش همسالان (Peer education)، آموزش‌های برگرفته از الگوهای و مدل‌های آموزش بهداشت و نیز اطلاع رسانی گسترده توسط رسانه‌های جمعی به ویژه رسانه‌های مکتوب محلی جهت ارتقای فاکتورهای مؤثر قابل تعدیل ضروری می‌باشد. همچنین برای پیشگیری از خوددرمانی و عدم اقدام به مصرف خودسرانه دارو، در کنار برنامه‌های نظارتی بر داروخانه‌ها جهت جلوگیری از فروش دارو بدن نسخه، کاهش اقلام دارویی در هر نسخه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدرانی

این مطالعه با حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شد و با سپاسگزاری از همکاران محترم این سازمان، از سالمندان عزیز و محترم شهر گناباد که در این طرح مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

میانگین حساسیت درک‌شده در این مطالعه بیانگر این نکته است که سالمندان گروه هدف، خود را در معرض خطر ناشی از خوددرمانی در نظر نگرفتند. حساسیت به این موضوع که سلامتی آنان می‌تواند با مصرف خودسرانه دارو تحت تأثیر قرار گیرد. وضعیت نمره شدت درک‌شده نیز بیانگر این موضوع می‌باشد که آنان به وخامت و شدت عوارض ناشی از خوددرمانی بی‌توجه هستند و نه تنها به منافع حاصل از عدم خوددرمانی توجهی ندارند بلکه موانع زیادی را در این راه پیش راه خود می‌بینند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین آگاهی و سایر اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و Self-efficacy) در سالمندانی که خوددرمانی کردند و نکردند، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان این تفاوت در حساسیت درک‌شده نسبت به سایر اجزای قابل توجه است. از این رو با توجه به آن به نظر می‌رسد که حساسیت درک‌شده یکی از اصلی‌ترین فاکتورهای دخیل در خوددرمانی در سالمندان است و میزان پایین آن سالمندان را به سمت خوددرمانی سوق می‌دهد. همچنین بررسی راهنمای عمل خارجی در سالمندانی که خوددرمانی نکردند، نشان داد که آنان رادیو و تلویزیون را در کنار کارکنان بهداشتی درمانی، مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات خود در خصوص خوددرمانی و عدم اقدام به آن معرفی کردند. به عبارتی اطلاع رسانی توسط این دو منبع در سالمندان موفق می‌باشد به طوری که شمسی و همکاران نیز این منابع را مورد تأیید قرار دادند (۳۸). از سویی نگرانی یا ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی مهم‌ترین راهنمای عمل داخلی بود که با توجه به نمره حساسیت درک‌شده قابل توجه می‌باشد. این موضوع در مطالعه شمسی و همکاران نیز گزارش شد (۳۸). در این مطالعه یکی از عمده‌ترین علل خوددرمانی بنا به اظهارات سالمندان، استفاده قبلی از دارو، بهبودی علایم و بی‌خطر دانستن بیماری خویش است که با توجه به پایین بودن میزان حساسیت درک‌شده و نیز میزان بالای موانع درک‌شده

References

1. Asef Zadeh S, Anbarloei M, Habibi SH, Rezaei M. Self-medication among the in-patients of Qazvin teaching hospitals. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2001; 5(4): 48-54.
2. Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Akbari Sari A, Rahimi A. A Toll Healthcare-Seeking Behavior in Tehran, Iran and Factors Affecting it. *Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches* 2009; 2(7): 1-13.
3. Moghadam Nia A. Self medication in cold among population above 15 years of age in Babol. *Journal of Babol University of Medical Science* 2007; 9(6): 26-32.
4. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decision-making process of health care utilization in Mexico. *Health Policy* 2005; 72(1): 81-91.
5. Neafsey PJ, Luciano S, Coffman M. Self-Medication Practices of Spanish-Speaking Older Adults. *Hispanic Health Care International* 2007; 5(4): 169-79.
6. Ziayee T, Azgholi G, Yaghmaei F, Akbar Zadeh AR. The survey of self medication in woman with pregnancy in Tehran. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Service* 2008; 18(62): 35-9.
7. Mosleh A, Darbooy SH, Khoshnevis Ansari SH, Mohammadi M. Drug prescription based on WHO indicators: Tehran university of medical sciences facilities with pharmacy. *Tehran University Medical Journal* 2007; 65(Suppl.2): 12-5.
8. Sharifi M, Mahyar A, Kashani Pour N, Karim Zadeh T, Mohammadi F. The use of non-prescribed antibiotic in diarrheal children by mothers in Qods Children Hospital. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2005; 9(3): 74-9.
9. Awad A, Al-Rabiy S, Abahussain E. Self-medication practices among diabetic patients in Kuwait. *Med Princ Pract* 2008; 17(4): 315-20.
10. Mortazavi AR, Hajebi G. The knowledge of referres to Tehran pharmacies of OTC drugs requested. *Journal of Research In Medical Sciences* 2003; 27(4): 299-304.
11. Solaimani F, Majdzadeh SR, Cheragh Ali A, Dinarvand R, Golestan B. Process evaluation indicators in prescribing and drug. *Razi Pharmaceutical Journal* 2009; 20(7): 613-24.
12. Food and Drug Department, Ministry of Health. *Pharmaceutical Statistics 2003 to 2008* [Online]. 2009; Available from: URL: <http://hamahangi.behdasht.gov.ir/>
13. Stevenson FA, Britten N, Barry CA, Bradley CP, Barber N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? *Soc Sci Med* 2003; 57(3): 513-27.
14. Tajik R, Shamsi M, Mohammad Beigi A. Prevalence of Self medication and some of the factors affecting it in women Arak city. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2008; 16(1): 29-34.
15. Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A. Self Treatment Experience in Diabetes Mellitus Type 2. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2009; 10(6): 581-8.
16. Maftoon F, Nik Pour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. Elderlies and medical services: Demand and utilization in Tehran. *Payesh* 2002; 1(2): 51-5.
17. Saboor M. Drug therapy problems in the elderly. *Salmand, Iranian Journal of Aging* 2007; 2(3): 216-22.
18. Davati A, Jaffari F, Samad Pour M, Tabar K. Medication review in elderly in Tehran. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2007; 25(4): 450-6.
19. Khaksar A, Nader F, Mosavi Zadeh K. A survey of the frequency of admini stering drugs without prescription among the students of medicine and engineering. *Journal of Jahrom Medical School* 2006; 3(3): 21-8.
20. Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2006; 8(2): 111-20.
21. Seyam SH. The status of self-medication in Rasht. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2003; 10(1): 3-5.
22. Abasi N, Abdeh Zadeh M. The status of self-medication in Ilam. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2004; 12(1-2): 53-9.
23. Lau GS, Lee KK, Luk CT. Self-medication among university students in Hong Kong. *Asia Pac J Public Health* 1995; 8(3): 153-7.
24. Abahussain E, Matowe LK, Nicholls PJ. Self-reported medication use among adolescents in Kuwait. *Med Princ Pract* 2005; 14(3): 161-4.

25. Matano RA, Wanat SF, Westrup D, Koopman C, Whitsell SD. Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce. *J Behav Health Serv Res* 2002; 29(1): 30-44.
26. Shankar PR, Partha P, Shenoy N. Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: a questionnaire-based study. *BMC Fam Pract* 2002; 3: 17.
27. Amoako EP, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. *J Gerontol Nurs* 2003; 29(8): 10-5.
28. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambui Health and Aging Study (BHAS)]. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2): 545-53.
29. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55(8): 809-17.
30. Riedemann JP, Illesca M, Droghetti J. Self medication among patients with musculoskeletal symptoms in Araucania region. *Rev Med Chil* 2001; 129(6): 647-52.
31. Drhova L. Knowledge, attitudes, and behaviour of the population of the Czech Republic to self-medication--II. Knowledge of and information about drugs. *Ceska Slov Farm* 2005; 54(4): 168-72.
32. Antonov K, Isacson D. Use of analgesics in Sweden--the importance of sociodemographic factors, physical fitness, health and health-related factors, and working conditions. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1473-81.
33. Tavakkoli R. Influences of educational status on self-medication: A comparative survey. *Kowsar Medical Journal* 1996; 1(143): 48.
34. Porteous T, Bond C, Hannaford P, Sinclair H. How and why are non-prescription analgesics used in Scotland? *Fam Pract* 2005; 22(1): 78-85.
35. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med* 2005; 3: 16.
36. Sahebi L, Seidy A, Amini S, Mousa Khani M. Self medication Status among referring patients to Tabriz pharmacies. *Pharmaceutical Sciences* 2008; 14(4): 174-81.
37. Sepehri CH, Kohan S, Ghazanfari Z. The knowledge of patients referred to Kerman pharmacies about their dispensed drugs. *Journal of Babol University of Medical Science* 2000; 3(1): 52-8.
38. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal* 2009; 12(3): 44-53.
39. Shamsi M, Bayati A. The effect of education on knowledge, attitude and practice of pregnant woman referring to health centers about self medication in Arak city. *Ofogh-e-Danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services* 2009; 15(3): 37-5.
40. Heidari MR, Karami Nejad M, Rezaei Far M, Rezaei Dastjerdi E. Determination of the most prevalent reasons for requesting drugs without prescription in Kerman pharmacies. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 1998; 1(4): 3237.