

تحقیقی

آگاهی و عملکرد زنان نسبت به خوددرمانی با دارو براساس مدل اعتقاد بهداشتی

آسیه پیرزاده^{۱*}، دکتر غلامرضا شریفی راد^۲

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

۲- استاد گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

چکیده

زمینه و هدف: داروی بدون عارضه وجود ندارد و مصرف بی‌رویه و خودسرانه داروها به عوارض داروها می‌افزاید. این مطالعه به منظور تعیین آگاهی و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان نسبت به خوددرمانی با دارو براساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۳۸۵ نفر از زنان مراجعه کننده به ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر چهار قسمت (آگاهی، عملکرد و اجزای مختلف مدل اعتقاد بهداشتی) بود. داده‌ها توسط آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی زنان در زمینه خوددرمانی $82/97 \pm 13/80$ ، میانگین حساسیت درک شده $72/48 \pm 17/11$ ، شدت درک شده $71/60 \pm 14/73$ ، منافع درک شده $68/29 \pm 17/13$ و موانع درک شده $61/64 \pm 19/67$ تعیین شد. ۸۶ درصد از زنان طی ۶ ماه گذشته حداقل در مورد یک بیماری خوددرمانی کرده بودند که شامل سرماخوردگی $57/6$ درصد (۲۲۳ نفر)، سردرد $53/7$ درصد (۲۰۸ نفر) و کم‌خونی $13/2$ درصد (۵۱ نفر) بود. عمده‌ترین علل خوددرمانی نیز تجربه قبلی از بیماری و در دسترس بودن داروها بود. مهم‌ترین عامل پیشگیری کننده در زمینه خوددرمانی ترس از ابتلاء به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که می‌توان از میزان خوددرمانی با دارو از طریق افزایش آگاهی و آموزش اثرات جانبی داروها جلوگیری نمود.

کلید واژه‌ها: خود درمانی، دارو، آگاهی، عملکرد، مدل اعتقاد بهداشتی

* نویسنده مسؤول: آسیه پیرزاده، پست الکترونیکی pirazadeh62@yahoo.com

نشانی: اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت، تلفن ۷۹۲۲۷۰۷-۰۳۱۱، نمابر ۶۶۸۲۵۰۹

وصول مقاله: ۸۹/۶/۳۱، اصلاح نهایی: ۸۹/۱۰/۲۲، پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۱

مقدمه

مطالعات مختلف نشان داده‌اند؛ زنان تمایل ویژه‌ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می‌دهند و معمولاً به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون دیسمنوره، رفع علائم منوپوز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی از داروها استفاده می‌کنند که تمام این عوامل می‌تواند زمینه‌ساز خوددرمانی در زنان باشد (۱۷). همچنین استفاده خودسرانه از داروها در زنان مسؤول بیش از ۱۳ درصد موارد ناهنجاری‌های مادرزادی است (۱۶). تحقیقات Leung و همکاران نشان داد که تفاوتی بین میزان ایجاد ناهنجاری جنینی توسط داروهای گیاهی و شیمیایی وجود ندارد (۱۸). مطالعه Strandberg و همکاران نیز نشان داد که مصرف خودسرانه داروها در زنان باردار احتمال زایمان زودرس را ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد و یا موجب سقط و ناهنجاری جنین می‌شود (۱۹).

مصرف خودسرانه داروها یا خوددرمانی به عنوان یکی از مشکلات اجتماعی بهداشتی جوامع به حساب می‌آید. از طرفی با توجه به گستردگی روزافزون پدیده خوددرمانی در جوامع و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف داروها برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی داشته باشند؛ لازم است عوامل مؤثر بر تغییر رفتار برای دستیابی به رفتار بهداشتی (عدم مصرف خودسرانه داروها) شناسایی شوند. بدین منظور محققان از مدل‌ها برای شناسایی عوامل مؤثر بر تغییر رفتار کمک گرفته‌اند. یکی از این مدل‌های جامع و مؤثر در علوم بهداشتی - رفتاری، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. این مدل رفتارها را تابعی از دانش و نگرش افراد می‌داند و با توجه به اجزایی که دارد؛ براساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد (۲۰ و ۲۱). بدین صورت که می‌تواند حساسیت و شدت درک شده افراد را در خصوص مصرف خودسرانه داروها بالا برده و با توجه به منافع و موانع درک شده و راهنمای به عمل فرد را در جهت رفتار بهداشتی سوق دهد. با توجه به این که مصرف خودسرانه داروها در جوامع مختلف برحسب عادات فرهنگی آنها متفاوت می‌باشد و

بیماری و سلامتی دو واژه‌ای هستند که قدمت آنها به تاریخ خلقت بشر برمی‌گردد. در این راستا به نظر می‌آید که بیماری بیشتر از سلامتی توجه انسان را به خود معطوف داشته و استفاده از دارو به اشکال مختلف به عنوان یکی از راه‌های مبارزه با بیماری از گذشته مطرح بوده است (۱). از نظر درمانی در واقع دارو به آن ماده شیمیایی گفته می‌شود که در پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری‌ها به کار برده می‌شود (۲). امروزه شاهد دسترسی هرچه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم که به عنوان یک پدیده اجتماعی زیانبخش یعنی مصرف بی‌رویه دارو و به طور کلی خوددرمانی مطرح شده است. خوددرمانی می‌تواند از طریق مصرف یک داروی صنعتی یا داروی دست‌ساز، دستیابی به داروها بدون تجویز متخصص (۳ و ۴)، استفاده از داروهای تجویز شده قبلی در موارد مشابه، تقسیم داروهای تجویز شده قبلی در موارد مشابه (۵)، تقسیم داروهای تجویز شده برای یک نفر بین اعضای خانواده و آشنایان (۶)، استفاده از داروهای اضافی باقی‌مانده در منزل (۷) و یا خوددرمانی از عمل به تجویز داروی اصلی چه از راه مصرف اضافی دارو بدون تجویز پزشک یا عدم مصرف دارو به طور کامل انجام شود (۶ و ۷).

خوددرمانی نه تنها در جامعه ما بلکه در جوامع دیگر نیز شایع است. به طوری که شیوع خوددرمانی در مناطق شهری پرغال ۲۶/۲ درصد (۸)، در پاکستان ۵۱ درصد (۹)، در هند ۳۱ درصد (۱۰) و در نپال ۵۹ درصد (۱۱) گزارش شده است. شیوع خوددرمانی در ساکنین شمال غرب تبریز، زنان باردار قزوین و شهر کرد به ترتیب ۶۳ درصد، ۹/۶ درصد و ۵/۴ درصد گزارش شده است (۱۲-۱۴).

مصرف خودسرانه داروها می‌تواند عوارضی همچون تهوع، سوءهاضمه، ناراحتی معده، بی‌اشتهایی، سردرد، حالت منگی، کوتاه شدن میدان دید، ازدیاد ضربان قلب، اسهال، التهاب پوستی و خونریزی‌های نهفته را به وجود آورد (۱۵).

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 می‌باشد (۱۶).

پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوایی و با بهره‌گیری از نظرات افراد متخصص در این زمینه و همچنین با استفاده از منابع معتبر تهیه و پایایی ابزار نیز از طریق آزمون آلفا کرونباخ ۸۸ درصد تایید شد.

پایایی پرسشنامه نیز با تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۳۰ نفر از زنان تکمیل و پس از رفع اشکالات پایایی آن در بخش آگاهی ۰/۸۶، حساسیت درک شده ۰/۸۹، شدت درک شده ۰/۸۸، منافع درک شده ۰/۸۶ و موانع درک شده ۰/۸۷ به دست آمد.

در قسمت آگاهی به هر جواب صحیح ۱ امتیاز و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفت و در پایان امتیاز هر فرد براساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. بدین صورت که کمترین امتیاز صفر و بیشترین آن ۱۰۰ در نظر گرفته شد. در قسمت اجزای مدل (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده) امتیازدهی به صورت صفر تا ۴ از گزینه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در هر بخش برای هر سؤال در نظر گرفته شد و بعد میانگین هر بخش از ۱۰۰ نمره محاسبه گردید.

داده‌های گردآوری شده توسط میانگین و انحراف معیار و درصد توصیف شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه $31/54 \pm 7/93$ سال بود. ۹۲/۵ درصد زنان خانه‌دار و مابقی شاغل بودند. همچنین ۹۲/۵ درصد زنان متأهل بودند و از نظر سطح تحصیلات ۱ درصد از افراد بی‌سواد (۴ نفر)، ۸/۳ درصد ابتدایی (۳۲ نفر)، ۱۳/۴ درصد راهنمایی (۵۲ نفر)، ۴۸/۸ درصد دبیرستان (۱۸۹ نفر) و ۲۸/۴ درصد هم دانشگاهی (۱۱۰ نفر) بودند. از لحاظ دارا بودن دفترچه بیمه خدمات درمانی ۶۸/۷ درصد دارای دفترچه و ۳۱/۳ درصد فاقد دفترچه بیمه بودند.

میانگین نمره آگاهی زنان در زمینه خوددرمانی $82/97 \pm 13/80$ ، میانگین حساسیت درک شده $72/48 \pm 17/11$ ، شدت درک شده $71/60 \pm 14/73$ ، منافع درک شده $68/29 \pm 17/13$ و موانع درک شده $19/67 \pm 61/64$ تعیین شد.

۸۶ درصد از زنان طی ۶ ماه گذشته حداقل در مورد یک بیماری خوددرمانی کرده بودند که شامل سرماخوردگی

پژوهشی نیز در زمینه کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در بررسی وضعیت خوددرمانی در ایران و خارج از ایران یافت نشد؛ لذا این مطالعه به منظور تعیین آگاهی و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان نسبت به خوددرمانی با دارو براساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۳۸۵ نفر از زنان مراجعه کننده به ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ انجام گردید.

با توجه به پراکندگی جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای و براساس منطقه‌های شهرداری صورت گرفت. شهر اصفهان به ۱۴ منطقه تقسیم شده و اصولاً هر منطقه، خصوصیات اجتماعی فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی خاص خود را داراست؛ لذا برای تعدیل پراکندگی و افزایش دقت از درون هر منطقه یک مرکز بهداشتی درمانی به صورت تصادفی برای نمونه‌گیری و در مجموع ۱۴ مرکز در کل سطح شهر انتخاب شد.

نمونه‌گیری از زنان مراجعه کننده دریافت مراقبت‌های بهداشتی اولیه (پایش رشد کودک، واکسیناسیون، تنظیم خانواده و سایر) به صورت تصادفی، ترجیحاً از درون سالن انتظار مرکز که شامل ترکیب مناسبی از جمعیت مراجعه کننده به مرکز بود؛ صورت گرفت. از هر مرکز تقریباً ۲۰ نفر با معیار ورود زنان دریافت کننده مراقبت بهداشتی اولیه و با معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در مطالعه انتخاب و پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل گردید.

پرسشنامه محقق ساخت مشتمل بر پنج قسمت بود. قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک مادران مورد مطالعه و قسمت دوم شامل ۱۱ سؤال عملکرد زنان در زمینه خوددرمانی در مورد برخی از بیماری‌هایی بود که به طور شایع در آنها خوددرمانی صورت می‌گرفت. قسمت سوم شامل ۱۳ سؤال در مورد برخی از داروها با استعمال خودسرانه بود. قسمت چهارم شامل ۸ سؤال آگاهی بود. قسمت پنجم نیز شامل اجزای مدل اعتقاد بهداشتی بود که حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده (هر یک ۵ سؤال) و سؤالات راهنمای به عمل داخلی و خارجی را می‌سنجید. اعتبار

عمده‌ترین علل خوددرمانی به ترتیب شامل تجربه قبلی از بیماری ۳۶/۴ درصد (۱۴۱ نفر)، در دسترس بودن داروها ۲۶/۶ درصد (۱۰۳ نفر)، مهم تلقی نکردن بیماری‌ها ۲۶/۱ درصد (۱۰۱ نفر)، گرانی حق ویزیت پزشکان ۲۵/۸ درصد (۱۰۰ نفر)، تهیه آسان دارو از داروخانه بدون نسخه ۲۳/۳ درصد (۹۰ نفر)، نتیجه خوب از خوردن دارو بدون تجویز پزشک ۱۹/۴ درصد (۷۵ نفر) تعیین شد (جدول ۳).

ترس از ابتلاء به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها ۶۹/۵۴ درصد (۲۵۸ نفر)، عدم اعتقاد به خوددرمانی ۱۸/۸۷ درصد (۷۰ نفر) و حال عمومی مساعد ۱۱/۵۹ درصد (۴۳ نفر) به عنوان راهنماهای به عمل تعیین شد.

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع علل خود درمانی

تعداد (درصد)	انواع علل خوددرمانی
۴۲ (۱۰/۹)	اصرار اطرافیان
۶۹ (۱۷/۸)	عدم دسترسی به پزشک
۱۰۰ (۲۵/۸)	گرانی حق ویزیت پزشکان
۱۰۱ (۲۶/۱)	مهم تلقی نکردن بیماری
۸۸ (۲۲/۷)	نتیجه خوب از خوردن دارو بدون تجویز قبلی
۷۵ (۱۹/۴)	نداشتن وقت کافی برای مراجعه به مطب یا بیمارستان
۱۴۱ (۳۶/۴)	تجربه قبلی از بیماری
۱۰۳ (۲۶/۶)	در دسترس بودن داروها (در منزل و یا گرفتن از آشنایان)
۹۰ (۲۳/۳)	تهیه آسان دارو از داروخانه بدون نسخه
۴۴ (۱۱/۴)	نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی
۳۴ (۸/۸)	عدم اطمینان به طبابت پزشکان
۴۱ (۱۰/۶)	عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها
۲۰ (۵/۲)	عدم اعتقاد به درمان بدون دارو
۳۲ (۸/۳)	اعتقاد به عدم عارضه داروها

مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات زنان مورد مطالعه در زمینه مصرف داروها در ۲۸۸ نفر (۷۶/۵۹ درصد) پزشک، در ۱۲۴ نفر (۳۲/۹۸ درصد) تلویزیون و در ۷۱ نفر (۱۸/۸۸ درصد) کتاب بیان شد.

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی $13/80 \pm 82/97$ تعیین شد. به طوری که ۷۲/۱ درصد افراد بیان کردند که مصرف

۵۷/۶ درصد (۲۲۳ نفر)، سردرد ۵۳/۷ درصد (۲۰۸ نفر) و کم‌خونی ۱۳/۲ درصد (۵۱ نفر) بود (جدول یک).

جدول ۱: توزیع فراوانی مصرف خودسرانه دارو برحسب بیماری

نوع بیماری	تعداد (درصد)
سرماخوردگی	۲۲۳ (۵۷/۶)
سردرد	۲۰۸ (۵۳/۷)
کم‌خونی	۵۱ (۱۳/۲)
پوستی	۸ (۲/۱)
گوارشی	۲۵ (۶/۵)
مفصلی	۹ (۲/۳)
عضلانی	۲۳ (۵/۹)
عصبی	۹ (۲/۳)
اختلالات قاعدگی	۴۵ (۱۱/۶)
تنفسی	۲ (۰/۵)
پوکی استخوان	۱۰ (۲/۶)

جدول ۲: توزیع فراوانی مصرف خودسرانه داروهای مختلف

نوع دارو	تعداد (درصد)
شربت یا قرص مولتی ویتامین	۶۰ (۱۵/۵)
اسید فولیک	۶۸ (۱۷/۶)
قرص آهن	۱۰۷ (۲۷/۶)
آنتی بیوتیک‌ها	۶۷ (۱۷/۳)
شربت‌ها و قرص‌های سرماخوردگی	۲۰۸ (۵۳/۷)
آرام‌بخش‌ها (خواب‌آورها)	۱۹ (۴/۹)
مسکن‌ها	۱۸۴ (۴۷/۵)
آنتی هیستامین‌ها (قرص ضد حساسیت)	۵۱ (۱۳/۲)
شربت معده	۵۱ (۱۳/۲)
داروهای استفراغ	۱۷ (۴/۴)
داروهای فشارخون	۸ (۲/۱)
تب‌برها	۵۱ (۱۳/۲)
داروهای گیاهی	۷۸ (۲۰/۲)

بیشترین فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع داروی مصرفی شامل شربت‌ها و قرص‌های سرماخوردگی ۵۳/۷ درصد (۲۰۸ نفر)، مسکن‌ها ۴۷/۵ درصد (۱۸۴ نفر)، قرص آهن ۲۷/۶ درصد (۱۰۷ نفر) و داروهای گیاهی ۲۰/۲ درصد (۷۸ نفر) بود (جدول ۲).

داروها بدون تجویز پزشک منجر به مقاوم‌تر شدن بیماری در بدن، تشدید عارضه و طولانی‌تر شدن بیماری در بدن می‌شود. در زمینه عملکرد ۸۶ درصد از زنان در طی ششماه گذشته حداقل در مورد یک بیماری بدون تشخیص یا تجویز پزشک اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده بودند که در مقایسه با مطالعه مقبل در رامهرمز (۲۲) ۹۴ درصد (کمتر) و در مقایسه با مطالعه صومی و همکاران (۱۲) در تبریز ۶۳ درصد (بیشتر) است. لذا بالا رفتن آگاهی سبب بهبود عملکرد می‌گردد.

اجزای مدل میانگین حساسیت و شدت درک شده زنان بالا بود و زنان معتقد بودند که به دلیل تجربه قبلی نباید دست به خود درمانی زد و یا این که نباید داروهای گیاهی یا سنتی را بدون تجویز پزشک مصرف نمود.

با توجه به بالا بودن میزان موانع درک شده آموزش در زمینه عدم مصرف خودسرانه داروها با تکیه بر سازه موانع درک شده؛ کمک شایانی در راستای کاهش میزان خوددرمانی در این گروه می‌تواند داشته 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 آموزش سبب کاهش این موانع می‌گردد. این یافته با مطالعات انجام گرفته براساس مدل اعتقاد بهداشتی مانند مطالعه خسروی و همکاران (۲۳) در زمینه اکتزازی و مطالعه شریفی راد و همکاران (۲۴) در زمینه مراقبت از پا در بیماران دیابتی هم‌خوانی دارد.

میانگین بالای اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده) سبب عملکرد مناسب در این زمینه شده است. به طوری که در مطالعات دیگر انجام شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی نیز افزایش در اجزای مدل سبب بهبود عملکرد شده است (۲۴-۲۱).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی خوددرمانی به تفکیک بیماری شامل سرماخوردگی (۵۷/۶ درصد) و سردرد (۵۳/۷ درصد) بود که با مطالعه رخشانی و همکاران در زاهدان (۲۵) و مقدم‌نیا و قدیمی در بابل (۲۶) هم‌خوانی دارد. در مطالعه Shankar و همکاران (۱۱) سردرد و تب (۴۶ درصد) و در مطالعه Berzanskyte و همکاران (۲۷) درد شایع‌ترین علل

خوددرمانی بود و در مطالعه Neafsey و همکاران (۲۸) فشارخون و دیابت (۶۵ درصد) شایع‌ترین علل خوددرمانی بودند.

در مطالعه حاضر کمترین فراوانی خوددرمانی مربوط به بیماری‌های تنفسی (۰/۵ درصد) است. در حالی که در مطالعه آصف‌زاده و همکاران در قزوین شایع‌ترین خوددرمانی مربوط به بیماری‌های تنفسی و اعصاب و روان بود (۲۹).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع داروهای مصرفی شامل شربت‌ها و قرص‌های سرماخوردگی (۵۳/۷ درصد) و مسکن‌ها (۴۷/۵ درصد) می‌باشد. در حالی که در مطالعه رخشانی و همکاران مسکن‌ها (۸۳ درصد) بالاترین میزان مصرف را داشتند (۲۵). این در حالی است که ایران را می‌توان به عنوان یکی از بزرگ‌ترین کشورهای مصرف کننده آنتی‌بیوتیک در جهان دانست (۳۰).

همچنین در مطالعه حاضر ۲۰/۲ درصد افراد مصرف خودسرانه داروهای گیاهی داشتند که با مطالعه آصف‌زاده و همکاران (۲۱ درصد) تقریباً برابر است (۲۹)؛ اما میزان مصرف خودسرانه این داروها در مطالعه Shankar و همکاران درصد کمتری (۹ درصد) را به خود اختصاص داده بود (۱۱).

درصد مصرف خودسرانه داروهای گیاهی در مطالعه حاضر بالاست. در کشورهای در حال توسعه این سوء استعمال داروها ریشه دیرینه‌ای دارد. به طوری که داروی تهیه شده طبیعی (گیاهی یا سنتی) ریشه در مجموعه فرهنگ اجتماعی اکثر کشورهای در حال توسعه دارد (۳۱).

در مطالعه ما عمده‌ترین علل خوددرمانی شامل تجربه قبلی از بیماری (۳۶/۴ درصد)، در دسترس بودن داروها (۲۶/۶ درصد) و گرانی حق ویزیت پزشکان (۲۵/۸ درصد) ذکر شد. در حالی که در مطالعات انجام شده در نقاط دیگر دلایل ذکر شده به صورت مهم تلقی نکردن بیماری، دسترسی سریع‌تر و آسان‌تر به دارو، بی‌خطر دانستن داروهای گیاهی و عدم احساس ضرورت مراجعه به پزشک بیان شده است (۱۱ و ۳۴-۳۲).

مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در مطالعه حاضر پزشک بود که با مطالعه حاجی‌سیدجوادی در قزوین (۱۳) و Neafsey و همکاران (۲۸) هم‌خوانی دارد. همچنین مهم‌ترین عامل پیشگیری کننده از خوددرمانی در جمعیت مورد مطالعه ترس

کاهش خوددرمانی برداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ۱۸۷۱۰۹) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. بدین وسیله قدردانی خود را از معاونت پژوهشی و تمام شرکت کنندگان در مطالعه که ما را در اجرای این تحقیق یاری نمودند؛ اعلام می‌داریم.

References

1. Jayasuriya DC. Let pharmacists do more for health in developing countries. *World Health Forum*. 1994;15(4):403-5.
2. Benet LZ, Massoud N, Gambertoglio JG. The pharmacological basis of therapeutic. 8th. New York: Pergamon Press. 1990; pp:1640-90.
3. [No authors listed] Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. Drug Utilization Research Group, Latin America. *Clin Pharmacol Ther*. 1997 Apr; 61(4):488-93.
4. Kamat VR, Nichter M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Soc Sci Med*. 1998 Sep; 47(6):779-94.
5. Greenhalgh T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Soc Sci Med*. 1987;25(3):307-18.
6. Segall A. A community survey of self-medication activities. *Med Care*. 1990 Apr;28(4):301-10.
7. Wilkinson IF, Darby DN, Mant A. Self-care and self-medication. An evaluation of individuals' health care decisions. *Med Care*. 1987 Oct;25(10):965-78.
8. Martins AP, Miranda Ada C, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002 Jul-Aug; 11(5):409-14.
9. Haider S, Thaver IH. Self medication or self care: implication for primary health care strategies. *J Pak Med Assoc*. 1995 Nov; 45(11):297-8.
10. Deshpande SG, Tiwari R. Self medication--a growing concern. *Indian J Med Sci*. 1997 Mar;51(3):93-6.
11. 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 Sep;3:17.
12. Somi MH, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh, Jabbari H, Yavari Kia P, et al. [Health seeking behavior of residents in northwestern Tabriz]. *Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2003; 25(3):77-81. [Article In Persian]
13. Haji Seyed Javadi ES. [Knowledge of pregnant women on drug use during pregnancy]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2005;9(3):80-3. [Article in Persian]
14. Sereshti M, Azari P, Rafeian M, Kheiri S. [Use of herbal medicines by pregnant women in Shahr-e-Kord]. *J Reprod Infertility*. 2006;7(2): 131-25. [Article in Persian]

از ابتلاء به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها بود که نشان‌دهنده بالا بودن شدت درک شده در افراد می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به بالا بودن میانگین موانع درک شده در زمینه خوددرمانی به نظر می‌رسد با تمرکز بر این سازه و کاهش موانع درک شده در نظر زنان می‌توان گام مؤثری در راستای

15. Sadighi J, Maftoon F, Ziaei SA. [Herbal medicine: Knowledge, attitude and practice in Tehran]. *J Med Plants*. 2005;4(1):60-7. [Article in Persian]
16. Reiff-Eldridge R, Heffner CR, Ephross SA, Tennis PS, White AD, Andrews EB. Monitoring pregnancy outcomes after prenatal drug exposure through prospective pregnancy registries: a pharmaceutical company commitment. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Jan; 182(1 Pt 1):159-63.
17. Tesch BJ. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 May;188(5 Suppl): S44-55.
18. Leung KY, Lee YP, Chan HY, Lee CP, Tang MH. Are herbal medicinal products less teratogenic than Western pharmaceutical products. *Acta Pharmacol Sin*. 2002 Dec;23(12):1169-72.
19. Strandberg TE, Järvenpää AL, Vanhanen H, McKeigue PM. Birth outcome in relation to licorice consumption during pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2001 Jun;153(11):1085-8.
20. Heidarnia A. [Topics in process of health education]. 1st. Tehran: Zamani Publication. 2003; pp:88-112. [Persian]
21. Nouri K, Shojaezadeh D. [Health education and change behavior]. 1st. Tehran: Neshaneh Publication. 2004; p:23. [Persian]
22. Moghbel A. [The main causes indiscriminate use of drugs in the Ramhormoz city]. *Daru va Darman*. 1993; 10:13-21. [Article in Persian]
23. Khosravi Sh, Jahani F, Gazerani N, Eshrati B, Moghimi M. [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*. 2007;10(2):15-21. [Article in Persian]
24. Sharifirad Gh, Hazavehie SMM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. [The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients]. *Iran J Endocrinol Metab*. 2006;8(3):231-9. [Article in Persian]
25. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. [Self-medication in Zahedan city in 1999]. *FEYZ, Kashan University of Medical Sciences and Health Services*. 2002;6(2):45-52. [Article in Persian]
26. Moghadam Nia AA, Ghadimi R. [Self-medication of patients with common cold among 15-45 year old individuals, Babol, 1998]. *J Babol Univ Med Sci*. 2000;2(1): 26-32. [Article in Persian]
27. Berzanskyte A, Valinteliene R, Haaajier-Ruskamp FM, Gurevicius R, Grigoryan L. Self-medication with antibiotics in

Lithuania. *Int J Occup Med Environ Health*. 2006;19(4):246-53.

28. Neafsey PN, Jarrin O, Luciano S, Coffman MJ. Self-medication practices of Spanish-Speaking older adults in Hartford, Connecticut. *Hispanic Health Care International*. 2007; 5(4): 169-79.

29. Asefzadeh S, Anbarloei M, Habibi Sh, Rezaei M. [Self-medication among the in-patients of Qazvin teaching hospitals]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2002; 5(4): 4854. [Article in Persian]

30. Motamedi H. [Understanding and application of antibiotics]. 1st. Tehran: Nazaja Educational Research Center. 1996; pp:12-14. [Persian]

31. Farokhseir M, Giti S, Barzi M. [Drugs and their risks]. 1st. Tehran: Daru Pakhsh Publication. 1990; pp:15-20. [Persian]

32. Sepehri Ch, Kohan S, Ghazanfari Z. [The knowledge of patients referred to Kerman pharmacies about their dispensed drugs, 1997]. *J Babol Univ Med Sci*. 2001;3(9): 52-8. [Article in Persian]

33. Dinarvand R, Nikzard A. [Status of prescription and drug usage in Tehran in 1998]. *Hakim Res J*. 2000;3(3): 230-3. [Article in Persian]

34. Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Vaqar T, Shaikh M, et al. Self-medication amongst university students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. *J Pak Med Assoc*. 2008 Apr; 58(4):214-7.

Archive of SID

Original Paper

Knowledge and practice among women about self-medication based on health belief model

Pirzadeh A (MSc)*¹, Sharifirad Gh (PhD)²

¹PhD Student in Health Education, Department of health education and promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ²Professor, Department of Health Education and Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and Objective: The majority of medicines are associated with some form of side effects due to high prevalence of self-medication in Iran. There is not any drug without side effects; the prevalence of self-medication in Iran's provinces is increasing. This study was done to determine the knowledge and practice among woman about self-medication based on health belief model.

Materials and Methods: This cross-sectional study carried out on 385 women whom referred to health centers in Isfahan, Iran during 2008. Data were collected by a questionnaire including knowledge, practice and health belief model structures.

Results: The mean score of knowledge was 82.97 ± 13.80 and means score of perceived susceptibility 72.48 ± 17.11 , severity 71.60 ± 14.73 , benefits 68.29 ± 17.13 and barriers 61.64 ± 19.67 . 86% of women have done self-medication at least in one disease in 6 months earlier Including: cold 225 (57.6%), headache 28 (53.7%) and anemia 51 (13.2%). The main reasons for self-medication were previous experience and medicine accessibility. The main reasons to avoid self-medication was the side effects of medicine.

Conclusion: Self-medication can be prevented thought increasing knowledge and education about severity of drug side effects.

Keywords: Self-medication, Drug, Knowledge, Practice, Health Belief Model

* Corresponding Author: Pirzadeh A (MSc), E-mail: as_pirzadeh@hlth.mui.ac.ir

Received 22 September 2010 Revised 12 January 2011 Accepted 2 March 2011