

مقاله پژوهشی

بررسی شیوع و عوامل مرتبط با خوددرمانی در شهرستان فسا در سال ۱۳۹۷: مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت

آمنه زارع^۱، زهرا پورمنتصری^{۲*}، مهدی شرفی^۳

۱- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

۲- گروه بیماری‌های عفونی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان حضرت ولیعصر(عج)، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

۳- گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: خوددرمانی یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران به شمار می‌آید. هدف از این مطالعه، بررسی شیوع و عوامل مرتبط با خوددرمانی دارو در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان فسا بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی به روش توصیفی-تحلیلی و بر روی ۲۰۰۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان فسا سال ۱۳۹۷ انجام شد که نیمی از آن تعداد، روستایی و نیمی شهرنشین بودند. نمونه‌گیری در سه مرحله (نمونه‌گیری طبقه‌ای، خوشه‌ای و تصادفی ساده) انجام شد. برای گزارش اطلاعات از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و برای بررسی ارتباط بین متغیرها، از آزمون‌های آماری کای اسکویر و رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ آنالیز شدند.

نتایج: افراد موردبررسی، ۷۲۶ مرد (36.3%) و ۱۲۷۴ زن (63.7%) با میانگین سنی 37.36 سال بودند. در این میان، تعداد ۱۰۸۷ نفر (54.4%) خوددرمانی داشتند که در روستاییان بیشتر از شهرنشینان مشاهده شد ($p < 0.001$). همچنین احتمال خوددرمانی در دانشجویان، سربازان، افراد شاغل نسبت به دانش‌آموزان، کمتر بود ($p < 0.001$). همچنین مشاهده شد که خوددرمانی با سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). خوددرمانی در افرادی که منبع اطلاعات خوددرمانی آن‌ها داروخانه‌ها و داروسازها بودند بیشتر بود (نسبت شانس (OR) برابر با 0.25). با توجه به متغیرهای مرتبط با علل خوددرمانی، از نظر وضعیت اقتصادی، هزینه‌بر بودن معالجه (58.28%)، از نظر نوع نگرش به پزشک، عدم اعتماد به تشخیص پزشک (77.51%) و از نظر بهبودی علائم، بهبودی بر اساس تجربه قبلی (81.87%) بیشترین فراوانی را داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای خوددرمانی در شهرستان فسا، نیاز به ارائه برنامه‌های آموزشی لازم به‌صورت حضوری و از طریق رسانه‌ها در خصوص عوارض و پیامدهای خوددرمانی ضروری است. همچنین باید برنامه‌هایی جهت رفع کمبود پزشک و کادر درمانی و نیز بالا بردن کیفیت خدمات درمانی در روستاها تدوین گردد. محدود کردن خرید دارو بدون نسخه نیز می‌تواند تا حدودی خوددرمانی را در جامعه کاهش دهد.

کلمات کلیدی: شیوع، خوددرمانی، دارو، فسا

مقدمه

همخوانی ندارد که نشان‌دهنده مصرف خودسرانه دارو و خوددرمانی در جامعه است (۳). مصرف دارو بدون تجویز پزشک و بر اساس تشخیص خود بیمار، خوددرمانی نام دارد (۴). مصرف بی‌رویه و غیرمنطقی دارو امروزه به‌عنوان یک مشکل بزرگ به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه در آمده است که پیامدهایی چون نارضایتی بیمار، طولانی شدن و شدت بیماری، ایجاد عوارض جانبی خطرناک و بستری شدن در بیمارستان،

مصرف دارو، به‌عنوان حلقه اصلی از زنجیره‌ی درمان بیماری، اجتناب‌ناپذیر است که با تمام جوانب فرهنگی، اجتماعی، اعتقادی و مذهبی مردم در ارتباط است (۱، ۲). مطالعات نشان داده‌اند که میزان تجویز دارو با جمعیت کشور و فراوانی بیماری‌ها

*نویسنده مسئول: زهرا پورمنتصری، گروه بیماری‌های عفونی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان حضرت ولیعصر(عج)، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

Email: montaserizahra@fums.ac.ir
https://orcid.org/0000-0003-1245-0896

شناسایی کند و در امر آموزش و پیشگیری از تداوم این مشکل بهداشتی در گروه‌های پرخطر کمک‌کننده باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی، تحلیلی-توصیفی بود که در افراد بالای ۱۵ سال در شهرستان فسا در سال ۱۳۹۷ انجام شد. حجم نمونه ۲۰۰۰ نفر برآورد گردید که از این میان، تعداد ۱۰۰۰ نفر را روستاییان و تعداد ۱۰۰۰ نفر را شهرنشینان تشکیل دادند. چهارچوب نمونه‌گیری، فهرست مراکز بهداشتی درمانی موجود در مرکز بهداشت شهرستان فسا بود که به صورت پرسشنامه، جمع‌آوری گردید. متغیرهای مستقل مورد مطالعه شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه بیمه درمانی، تحصیلات، وضعیت اشتغال و محل سکونت و متغیر وابسته نیز، شامل خود اظهاری مصرف خودسرانه دارو طی یک سال گذشته بود. دلایل خوددرمانی از طریق پاسخ به سؤالات پرسشنامه (نوع نگرش به بیماری، نوع نگرش به پزشکان، مشکلات اقتصادی، منبع اطلاعات خوددرمانی و بهبودی سریع‌تر علائم) بررسی شد.

محاسبه‌ی حجم نمونه‌ها: حجم جامعه ۱۴۰۰۰۰ نفر بود. حداقل حجم نمونه‌ها بر اساس مطالعه قلی‌پور و همکاران (۱۴) و نیز با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه (با در نظر گرفتن مقدار خطای α برابر با ۰/۰۵ و مقدار شیوع ۰/۴۶)، محاسبه شد که در نهایت حجم نمونه ۲۰۰۰ نفر برآورد گردید.

نمونه‌گیری: از ۲۰۰۰ نفر افراد مورد مطالعه، تعداد ۱۰۰۰ نفر $n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$ (۵۰٪) را روستاییان و تعداد ۱۰۰۰ نفر (۵۰٪) را شهرنشینان تشکیل دادند.

نمونه‌گیری به صورت سه مرحله‌ای انجام شد به طوری که در مرحله اول (نمونه‌گیری طبقه‌ای)، مناطق شهر و روستا در شهرستان فسا به صورت طبقه در نظر گرفته شد و متناسب با جمعیت هر منطقه، حجم نمونه برای آن لحاظ گردید. در مرحله دوم (نمونه‌گیری خوشه‌ای)، مراکز بهداشتی به عنوان خوشه و به صورت تصادفی انتخاب شد و مرحله سوم نمونه‌گیری (نمونه‌گیری تصادفی ساده)، خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند.

همچنین معیار ورود به مطالعه شامل تمامی افراد بالای ۱۵ سال در شهرستان فسا بود و معیار خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: عدم رضایت شخصی به شرکت در مطالعه و افرادی که

کم‌رنگ شدن ارتباط پزشک و بیمار، نهایتاً افزایش هزینه‌های درمانی برای افراد و دستگاه‌های دولتی و مهم‌تر از همه مشکل همیشگی کمبود دارو در کل کشور و اختلال در درمان نیازمندان را در برداشته باشد (۵، ۶). همچنین موجب مقاومت باکتریایی، مسمومیت و حتی مرگ می‌شود (۷). در حال حاضر خوددرمانی دارو از جمله مشکلات موجود در ایران محسوب می‌شود به طوری که این میزان، ۵۳ درصد تخمین زده شده است که فراتر از استاندارد جهانی است (۸).

عوامل مختلفی در خوددرمانی دارو دخیل است که شامل عدم رعایت ضوابط علمی و تحویل داروی بدون نسخه از سوی برخی داروخانه‌ها و نیز بالا بودن قلم‌های دارویی در نسخه‌های تجویزی از سوی پزشکان از مهم‌ترین آن‌ها است. از سوی دیگر ناآگاهی جامعه و فرهنگ و باورهای غلط رایج در میان مردم نیز عامل دیگری برای مصرف بی‌رویه دارو محسوب می‌شود (۹، ۱۰).

تاکنون مطالعات متعددی در خصوص شیوع خوددرمانی دارو در ایران و جهان انجام شده است اما در معدود مطالعاتی به برآورد میزان شیوع مبتنی بر جمعیت پرداخته است. به عبارت دیگر اکثر مطالعات اخیر در ایران میزان شیوع خوددرمانی را در زیرگروه‌های جمعیتی مثل دانش آموزان، دانشجویان، زنان باردار و سالمندان برآورد کرده‌اند. به عنوان مثال، خوددرمانی دارو در میان سالمندان شهر تهران (۱۳۸۶)، در زنان باردار شهرستان کاشان (۱۳۹۱)، در دانشجویان شهر اردبیل (۱۳۹۰) و رفسنجان (۱۳۹۵) و نیز در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۹، ۱۱-۱۳).

طبق مطالعات انجام شده در ایران از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، فراوانی خوددرمانی به طور میانگین ۵۳٪ بوده است؛ به طوری که شیوع خوددرمانی در میان دانشجویان به طور میانگین ۶۷٪، در افراد خانه‌دار ۳۶٪ و در افراد سالخورده ۶۸٪ گزارش شد (۸).

با توجه به اینکه شیوع و تداوم مصرف خودسرانه دارو به یک مشکل جهانی تبدیل شده و همچنین متفاوت بودن شیوع این پدیده از جمعیتی به جمعیت دیگر و از فرهنگی به فرهنگی دیگر نیاز به برنامه‌ای منظم و مشخص در جهت شناسایی وضعیت موجود و عوامل مؤثر بر آن در جامعه ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعه حاضر که به صورت مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت انجام شد، علل تأثیرگذار بر میزان خوددرمانی در شهر فسا مورد بررسی قرار گرفت تا بتواند گروه‌های با میزان شیوع بالا را

از میان شهرنشینان (۱۰۰۰ نفر)، ۵۹/۹٪ و از میان روستاییان (۱۰۰۰ نفر)، ۴۸/۱۸٪ خوددرمانی داشتند که از نظر آماری باهم اختلاف معنی‌داری داشتند ($P < 0.001$). همچنین از میان کل افراد مورد بررسی، ۳۶/۳٪ مرد و ۶۳/۷٪ زن بودند که از میان مردها، ۵۶/۱٪ و بین زن‌ها، ۵۳/۴٪ خوددرمانی داشتند که اختلاف معنی‌داری باهم نداشتند ($P > 0.05$). درصد تعداد افراد متأهل در این مطالعه، ۷۸/۶٪ و افراد مجرد ۲۱٪ بود که از نظر خوددرمانی، تفاوت معنی‌داری بین افراد متأهل (۵۵/۴٪) و افراد مجرد (۵۱/۲٪) وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۱).

در شهرستان فسا زندگی نمی‌کردند. آنالیز آماری: اطلاعات به‌دست‌آمده از مطالعه پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای گزارش داده‌های توصیفی از شاخص‌های حد مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و برای سنجش ارتباط بین متغیرها از آزمون مربع کای و محاسبه نسبت شانس (Odds Ratio) استفاده شد. همچنین از آمار توصیفی جهت گزارش میزان شیوع خوددرمانی دارو با سطح اطمینان ۹۵ درصد به‌صورت کلی و

جدول ۱- فراوانی متغیرها از نظر خوددرمانی

خوددرمانی		فراوانی کل (درصد)		متغیر	
مجموع (درصد)	P-value	فراوانی (درصد بر حسب متغیر)			
۱۰۸۷ (۵۴/۴)	<0.001	۵۹۹ (۵۹/۹)	۱۰۰۰ (۵۰)	شهر	مکان زندگی
		۴۸۸ (۴۸/۸)	۱۰۰۰ (۵۰)	روستا	
۱۰۸۷ (۵۴/۴)	0.24	۴۰۷ (۵۶/۱)	۷۲۶ (۳۶/۳)	مرد	جنسیت
		۶۸۰ (۵۳/۴)	۱۲۷۴ (۶۳/۷)	زن	
۱۰۸۵ (۵۴/۳۵)	0.26	۲۱۵ (۵۱/۲)	۴۲۰ (۲۱/۱)	مجرد	وضعیت تأهل
		۸۷۰ (۵۵/۴)	۱۵۷۲ (۷۸/۹)	متأهل	

فراوانی سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه و نیز خوددرمانی بر اساس سطح تحصیلات در جدول ۲ قابل مشاهده است. به‌طوری‌که بیشترین فراوانی افراد شرکت‌کننده از نظر سطح تحصیلات، مربوط به سطح ابتدایی-راهنمایی (۲۴/۷٪) و دیپلم (۲۳/۶٪) بود؛ در حالی‌که بیشترین خوددرمانی در بین تحصیلات مختلف، در گروه با تحصیلات لیسانس و بالاتر دیده شد؛ به‌طوری‌که ۵۸/۵٪ از این گروه، خوددرمانی داشتند (۴۱/۵٪ از این گروه، خوددرمانی نداشتند). همچنین مشاهده شد که خوددرمانی با سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$).

همچنین از بین افرادی که بیمه درمانی داشتند ۵۴/۸٪ (۱۷۸۳ نفر)، خوددرمانی و از بین افرادی که بیمه درمانی نداشتند ۵۳/۷٪ (۱۹۲ نفر) نیز، خوددرمانی داشتند که بین بیمه و خوددرمانی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس وضعیت اشتغال نیز بیشترین فراوانی افراد مورد بررسی، افراد خانه‌دار (۴۳/۷٪) بودند. کمترین میزان خوددرمانی در داخل هر گروه، مربوط به گروه دانش‌آموزان (۳۳/۸٪)

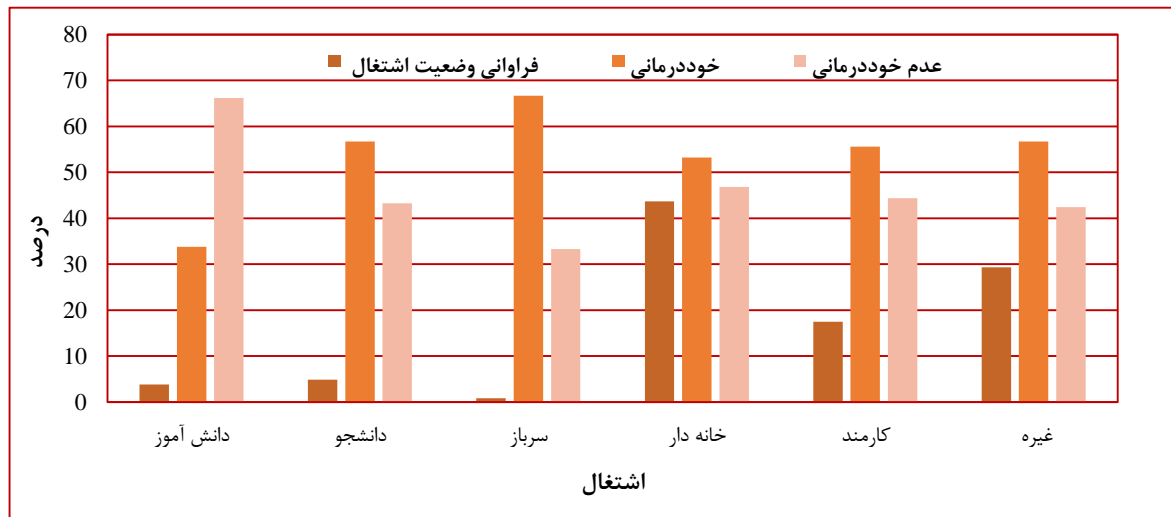
بر حسب سایر متغیرها نظیر جنس و وضعیت تأهل استفاده گردید. از مدل رگرسیون لجستیک نیز برای شناسایی متغیرهای پیشگو برای متغیر مورد مطالعه یعنی خوددرمانی استفاده شد که به این منظور، نسبت شانس خام (Crude Odds Ratio) و تطبیق یافته (Adjusted Odds Ratio) گزارش گردید. برای گزارش نسبت شانس تطبیق یافته، متغیرهایی که مقدار معنی‌داری آن‌ها (P -value) کمتر از ۰/۲۵ بود وارد مدل شد. در تمام فرایند آنالیز، مقدار P -value کمتر از ۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. برای کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، از رگرسیون لجستیک به‌صورت چند متغیره و تطبیق یافته استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش، به‌طورکلی از ۲۰۰۰ فرد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فسا و روستاهای اطراف آن در سال ۹۷، ۱۰۸۷ نفر (۵۴/۴٪) ابراز خوددرمانی کردند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه نیز ۳۷/۳۶ سال با انحراف معیار ۱۳/۵۷ سال و با دامنه سنی ۱۵ تا ۹۷ سال بود.

جدول ۲- درصد فراوانی تحصیلات و نیز درصد فراوانی خوددرمانی بر اساس میزان تحصیلات

سطح تحصیلات	درصد فراوانی سطح تحصیلات	خوددرمانی (درصد)	سطح معنی داری خوددرمانی (P-value)
بی سواد	۹/۹	۵۵/۶	۰/۳۱
ابتدایی-راهنمایی	۲۴/۷	۵۴/۳	
متوسطه	۱۲/۸	۴۹/۸	
دیپلم	۲۳/۶	۵۴/۸	
فوق دیپلم	۹/۵	۵۰/۸	
لیسانس و بالاتر	۱۹/۵	۵۸/۵	



نمودار ۱- درصد فراوانی اشتغال و نیز درصد فراوانی خوددرمانی بر اساس اشتغال

هزینه بر بودن معالجه (۵۸/۲۸٪)، نداشتن وقت کافی (۳۸/۲۵٪) و هزینه بر بودن و نداشتن وقت کافی (۳/۴۸٪) بیشترین میزان بودند. از نظر نوع نگرش به پزشکان (از ۴۱۸ پاسخ)، ۷۷/۵۱٪ عدم اعتماد به تشخیص پزشکان و ۲۲/۴۹٪ نیز عدم صداقت پزشکان را عنوان نمودند. از نظر نوع نگرش به بیماری (علائم) (۱۰۲۸ پاسخ)، خفیف بودن بیماری، ۵۱/۸۵٪ و موقت بودن بیماری نیز ۴۸/۴۴٪ گزارش شد. همچنین از نظر بهبودی علائم (از ۹۹۳ پاسخ)، افرادی که پس از خوددرمانی های قبل، بهبودی علائم داشتند، ۸۱۳ نفر (۸۱/۸۷٪) بودند.

همچنین بر اساس نتایج، محل سکونت (OR برابر ۱/۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ برابر با ۱/۳-۱/۸۷) و شغل (OR برابر ۰/۴۶ و فاصله اطمینان ۹۵٪ برابر با ۰/۰۷-۰/۸۴) و منبع خوددرمانی

خوددرمانی و ۶۶/۲٪ عدم خوددرمانی) بود؛ در حالی که بیشترین خوددرمانی داخل گروهی مربوط به سربازها (۶۶/۷٪ خوددرمانی و ۳۳/۳٪ عدم خوددرمانی) بود. جزئیات در نمودار ۱ قابل مشاهده است.

در افرادی که خوددرمانی داشتند، منبع اطلاعات خوددرمانی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳). بیشترین منبعی را که مراجعه کنندگان به عنوان خوددرمانی ذکر کردند، تجربه خود شخص (۶۲/۸۴٪) بود.

در این مطالعه، متغیرهایی که به عنوان علل خوددرمانی در نظر گرفته شدند، شامل وضعیت اقتصادی، نوع نگرش به پزشکان، نوع نگرش به بیماری (علائم)، بهبودی علائم بودند. از نظر وضعیت اقتصادی، از ۹۱۸ نفری که به این سؤال پاسخ دادند، به ترتیب

جدول ۳- فراوانی خوددرمانی بر اساس منبع اطلاعات

منبع اطلاعات خوددرمانی	تعداد خوددرمانی (درصد)
دوستان و خانواده	۱۹۱ (۱۷/۹۷)
داروخانه و داروساز	۱۸۳ (۱۷/۲۱)
تجربه خود شخص	۶۶۸ (۶۲/۸۴)
دوستان و خانواده- داروخانه و داروساز	۲ (۰/۱۹)
دوستان و خانواده-تجربه خود شخص	۱۴ (۱/۳۲)
داروخانه و داروساز-تجربه خود شخص	۵ (۰/۴۷)
جمع کل	۱۰۶۳ (۱۰۰)

OR برابر ۱/۸ و فاصله اطمینان ۹۵٪ برابر با (۱/۱۷-۳/۴۲)، با خوددرمانی ارتباط آماری معنی‌داری را در آنالیز رگرسیون لجستیک نشان دادند ($P < 0.05$). به نحوی که افرادی که در روستا زندگی می‌کردند نسبت به شهرنشینان ۱/۱۵۶٪ بیشتر احتمال خوددرمانی داشتند ($P < 0.05$). همچنین از نظر شغل نیز دانشجوی، سرباز، خانه‌دار، کارمند و سایر مشاغل نسبت به دانش‌آموزان، احتمال کمتری برای خوددرمانی داشتند. افرادی که منبع اطلاعات خوددرمانی آن‌ها داروخانه و داروساز بود، نسبت به کسانی که منبع آن‌ها دوستان و خانواده بودند، ۱/۱۸۰٪ بیشتر احتمال خوددرمانی داشتند. افرادی که منبع اطلاعات خوددرمانی آن‌ها تجربه خود شخص بود، نسبت به افرادی که منبع آن‌ها دوستان و خانواده بود ۲/۶۷ برابر شانس بیشتری برای خوددرمانی داشتند.

بحث

مصرف منطقی دارو و پیشگیری از مصرف بی‌رویه آن و نیز خوددرمانی، همواره یکی از موضوعات مورد توجه در سطح جهانی

و سازمان جهانی بهداشت (WHO) است که تا به حال راهکارهای متعددی برای مقابله با آن ارائه شده است (۱۷-۱۵). خوددرمانی و مصرف بی‌رویه دارو در سراسر دنیا به خصوص کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود که در ایران بیش از استاندارد جهانی گزارش شده است و از معضلات سیستم بهداشتی و درمانی ایران نیز محسوب می‌شود (۳، ۸، ۱۸). از این رو بررسی وضعیت خوددرمانی در جوامع مختلف و به خصوص در کشور ما ضروری است.

در این پژوهش میزان خوددرمانی دارو در سال ۹۷ در شهرستان فسا (۲۰۰۰ نفر) و با محدوده سنی ۱۵ تا ۹۷ سال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد از میان تعداد کل افراد مورد بررسی، تعداد ۱۰۸۷ نفر (۵۴/۴٪) خوددرمانی داشتند. مطالعه مروری انجام شده در ایران (در سال ۲۰۱۵) نیز میزان خوددرمانی را ۵۳٪ گزارش نمود که با مطالعه ما همخوانی داشت (۸). همچنین مطالعه حاضر با مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۷ بر روی زنان شهر اراک انجام شد (۵۴٪)، برابر بود (۱۹). در مطالعه مروری سیستماتیک دیگری، میزان خوددرمانی در ۵۳/۸٪ از مطالعات در داخل و خارج از کشور، بیشتر از ۵۰٪ گزارش شد، به طوری که در ایران ۹۱-۸/۳٪ و در خارج از ایران نیز ۹۸-۸/۵٪ بود که ۸/۳٪ خوددرمانی در بین معلم‌ها و ۹۸٪ در بین دانشجویان گزارش شده است. از علل فراوانی متفاوت و متنوع به دست آمده از گزارش‌ها، می‌توان به دلیل حجم و جامعه مورد مطالعه، منطقه جغرافیایی، میزان سطح آگاهی مردم از مصرف خودسرانه دارو اشاره کرد (۲۰).

در این مطالعه، بین جنسیت و خوددرمانی رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$). نتیجه حاصل، با نتایج مطالعه امانی و همکاران (۱۳۸۹) که در میان دانشجویان دانشگاه‌های اردبیل انجام شد (۱۱) و ایرا (۲۰۱۵) در بنگلادش (۴۸) و شانکار و همکاران (۲۰۰۲) در نیپال (۲۱) و پاراما و همکاران (۲۰۰۲) در کاربین (۲۲) انجام شدند، هم‌راستا بود؛ ولی در مطالعه نجفی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) که بر روی دانشجویان پزشکی رفسنجان (۲۳) و مطالعه ساهران و همکاران (۲۰۱۵) در مردم مومبائی (۲۴) و مطالعه ساوالها و همکاران (۲۰۰۹) در فلسطین (۲۵) انجام گرفت، هم‌راستا نبود. همچنین مطالعه حاضر با مطالعه دشیپاند و همکاران (۲۶) و کشاری و همکاران (۲۰۱۴) در هند (۲۷) هم‌راستا نبود که در این مطالعه‌ها مردان بیشتر از زنان خوددرمانی داشتند.

خوددرمانی رابطه معنی‌داری به دست آمد ($p=0.014$) که بیشترین علت خوددرمانی، تجربه خود شخص بود که علت آن را می‌توان در دسترس بودن اینترنت و بالا رفتن سطح آگاهی مردم در مقایسه با گذشته، فروش بدون نسخه دارو، عوامل اقتصادی و نگهداری دارو در خانه‌ها بیان کرد. نتیجه حاصل با نتایج مطالعه، راهبر و همکاران در قم (۱۳۹۵) (۱۳)، مطالعه طبیعی و همکاران در میان دانشجویان بیرجند (۱۳۹۱) (۲۹)، مطالعه ساه و همکاران در میان دانشجویان پرستاری نیال (۲۰۱۶) (۳۰)، مطالعه نجفی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) (۲۳) هم‌راستا بود. بر اساس مطالعه مروری شقاقی و همکاران (۲۰۱۴) و نیز مطالعه مروری اعظمی آغداش (۲۰۱۵)، تشخیص خودسرانه بیماری بر اساس تجربه قبلی شخص یکی از عوامل عمده خوددرمانی در میان ایرانیان بوده است (۸، ۲۰).

بر اساس مطالعه پاگان و مالی در مکزیک (۲۰۰۶) (۳۱) و مطالعه ساهران و همکاران در مومبائی (۲۰۱۵) (۲۴) نشان داد که بین وضعیت اقتصادی و خوددرمانی رابطه معنی‌داری وجود داشت اما بر اساس نتایج مطالعات ما، هیچ‌گونه رابطه معنی‌داری با وضعیت اقتصادی مردمان شهرستان فسا وجود نداشت؛ که علت آن را می‌توان طرح تحول سلامت و پزشک خانواده عنوان کرد چون هزینه‌های پزشکی بر اساس این طرح کاهش چشمگیری داشت.

یکی از مهم‌ترین عللی که می‌توان درباره‌ی مصرف بی‌رویه دارو و خوددرمانی در کشور ذکر کرد، کمبود اطلاعات در هر دو گروه تجویزکننده و مصرف‌کننده‌ی دارو است (۳۲). به‌طوری‌که در مطالعه رضایی جابری (۱۳۹۶)، اثربخشی برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه داروها در زنان مراجعه‌کننده بر مراکز بهداشتی بندرعباس، تأیید شد (۳۳). در کشور ما بخش عظیمی از منابع بهداشتی و درمانی صرف تهیه و تدارک داروهای اساسی موردنیاز در جامعه می‌شود، باوجودآنکه تأمین اعتبارات مالی و تهیه و تولید فرآورده‌های دارویی از اولویتهای اصلی برنامه‌های بخش بهداشت و درمان است، اما به دلیل مشکلات موجود در تجویز دارو، فرهنگ مصرف دارو و عدم آگاهی جامعه (با توجه به اینکه در این مطالعه نیز بین سطح تحصیلات و خوددرمانی دارو رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد) از پیامدهای مصرف بی‌رویه دارو، جامعه‌ی بیماران همچنان با مشکلاتی چون کمبود دارو یا تهیه‌ی داروی موردنیاز مواجه هستند (۳۴). رفع این

همچنین طبق آمار به‌دست‌آمده در این مطالعه، بین خوددرمانی و نوع شغل افراد، ارتباط معنی‌داری به دست آمد ($p<0.05$) که با مطالعه معیری و همکاران (۱۳۹۲) (۲۸) که بر روی مراجعه‌کننده به درمانگاه شبانه‌روزی شهرستان عباس‌آباد مازندران انجام‌گرفته هم‌راستا بود. بر اساس مطالعه حاضر، بیشترین خوددرمانی در دانش‌آموزان دیده شد که با مطالعات پیشین همخوانی داشت (۸) که ممکن است دلیل آن، نداشتن وقت کافی دانش‌آموزان به دلیل حضور در مدرسه و یا به علت تجویز خودسرانه دارو توسط والدین آن‌ها باشد و نیز با توجه به اینکه دانش‌آموزان تحت تکلف والدین خود بودند و در صورت صلاحدید آن‌ها به پزشک مراجعه می‌کردند. همچنین تعداد قابل‌توجهی از دانش‌آموزان از اثرات نامطلوب دارو که خودشان آن‌ها را مصرف می‌کردند و به دیگران نیز توصیه می‌کردند، بی‌اطلاع بودند؛ به همین علت میزان خوددرمانی در آن‌ها بالاتر مشاهده شد.

همچنین بین خوددرمانی و سطح تحصیلات رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0.05$). از این‌رو، تحصیلات بالاتر در این منطقه باعث افزایش آگاهی نسبت به خطرات خوددرمانی نشد.

همچنین در این پژوهش بین خوددرمانی و محل سکونت افراد ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<0.001$) که بیشترین خوددرمانی در افراد روستایی بود که علت آن را می‌توان دور بودن از مراکز درمانی و همچنین هزینه‌بر بودن رفت‌وآمد و پایین بودن سطح درآمد و معیشتی روستاییان و نیز پایین بودن سطح آگاهی و نداشتن وقت کافی این افراد دانست. در مطالعه باقری و همکاران (۱۳۹۳) نیز خوددرمانی در زنان باردار مناطق روستایی کاشان، بالاتر از شهری بود که ضعف و سستی و افزایش وزن آن‌ها و عدم آگاهی از عوارض خوددرمانی دارو از دلایل اصلی عدم مراجعه به پزشک ذکر شد (۱۲).

در این مطالعه بین خوددرمانی و وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد ($p>0.05$). نتایج مطالعه نجفی‌پور و همکاران در رفسنجان (۱۳۹۵) (۲۳) نشان داد که خوددرمانی در مجردها بیشتر بود که با این مطالعه هم‌راستا نبود.

به‌علاوه، در این پژوهش، بین میزان تحصیلات با خوددرمانی رابطه‌ای مشاهده نشد که با نتایج راهبر و همکاران در قم (۱۳۹۵) (۱۳) همسو بود.

همچنین در این پژوهش، بین خود درمانی و منبع اطلاعات



حدودی خوددرمانی را در جامعه کاهش دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، مستخرج از پایان‌نامه خانم آمنه زارع دانشجوی دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی فسا با کد ثبت ۴۵۰ است. به این وسیله لازم است از مشاوران محترم واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ولیعصر(عج) و دانشگاه علوم پزشکی فسا که در این تحقیق همکاری صمیمانه‌ای را داشته‌اند، تشکر و قدردانی شود. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی (با کد اخلاقی IR.FUMS.IEC.1397.090) شامل حفظ حریم و آرامش افراد، کسب اجازه از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی فسا، بیان اهداف طرح به افراد حاضر در مطالعه و کسب اجازه شفاهی، امانت‌داری در انتقال و پردازش داده‌ها و عدم سوءاستفاده از داده‌های خام بود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H-42, HHS Publication No. 11-4667 [Internet]. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012. Available from: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2k10MH_Findings/2k10MH_Findings/2k10MH_Results.htm
2. Tavakoli R. Review of the social and cultural impact of economic variables on self-medication. *Daneshvar Med.* 2001;8(34):9-12. [In Persian]
3. Moghaddamnia A. Self medication in cold among population above 15 years of age in Babol. *JBUMS.* 2007;2(1):26-32. [In Persian]
4. Ershadpour R, Zare Marzouni H, Kalani N. Review survey of the reasons of the prevalence of self-medication among the people of Iran. *Navid No J.* 2015;18(60):16-23. [In Persian]
5. Griffiths P, Mcketin R. Developing a global perspective on drug consumption patterns and trends—the challenge for drug epidemiology. *B Narcotics.* 2003;4(1):1-7.

معضلات درگرو برنامه‌ریزی آموزشی و مدیریتی و بالا بردن سطح آگاهی نسبت به امر دارو است (۳۵)؛ اما طراحی، تدوین و اجرای صحیح این برنامه‌ها تنها در کنار ارزیابی و پویس‌های لازم پیرامون موضوع امکان‌پذیر خواهد بود. در این مطالعه نمونه‌گیری مناسب و حجم نمونه جامع از نقاط قوت پژوهش بود؛ هرچند بررسی نوع داروهای خوددرمانی در این منطقه، اطلاعات جامع‌تری در خصوص فراوانی مصرف داروها و بهبود مدیریت و آموزش مردم دربر داشت که باید در مطالعات آتی موردبررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای خوددرمانی در این مطالعه و سایر مطالعات پیشین، باید برنامه‌های آموزشی لازم توسط سیاست‌گذاران تدوین و به‌طور جدی به‌صورت حضوری و از طریق رسانه‌ها در خصوص عوارض و پیامدهای خوددرمانی آموزش داده شود. همچنین باید برنامه‌هایی جهت رفع کمبود پزشک و کادر درمانی و نیز بالا بردن کیفیت خدمات درمانی در روستاها تدوین گردد. محدود کردن خرید دارو بدون نسخه نیز می‌تواند تا

6. World Health Organization [Internet]. editor database on medicines use in developing and transitional countries; work in progress. Department of Medicines Policy and Standards, Geneva Initial results presented at the 2nd International Conference for Improving the Use of Medicines, Chiang Mai; 2004. Available from: <http://www.icium.org>
7. Rather IA, Kim B-C, Bajpai VK, Park Y-H. Self-medication and antibiotic resistance: Crisis, current challenges, and prevention. *Saudi J Biol Sci.* 2017;24(4):808-12.
8. Azami-Aghdash S, Mohseni M, Etemadi M, Royani S, Moosavi A, Nakhaee M. Prevalence and cause of self-medication in Iran: a systematic review and meta-analysis article. *Iran J Public Health.* 2015;44(12):1580. [In Persian]
9. Davati A, Jafari F, Samadpoor M, Tabar K. Survey of medication in ageing of Tehran city. *MJIRI.* 2008;25:450-6. [In Persian]
10. Doustar SM, Sobhani A. Pattern of drug consumption and its changes during the first trimester of pregnancy. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2002; 20:55-61. [In Persian]

11. Amani F MS, Shaker A, Shahbazzadegan S. Study of arbitrary drug use among students in Universities of Ardabil city in 2010. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2010;11(3):201-7. [In Persian]
12. Bagheri A EN, Abbaszadeh F. Self-medication and supplement used by pregnant women in Kashan rural and urban areas. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013;22(96):151-7. [In Persian]
13. Rahbar H GZ, Arsang-Jang SH, Ebraze A, Kazazlou Z. Perceived benefits and barriers about self-medication among woman referring to health center in Qom city-2016. *AMUJ*. 2017;20(119):33-45. [In Persian]
14. Gholipour K TJ, Haghgoshayee E, Soltani R, Mousazadeh Y, Rasi V. Investigating factors affecting self-medication and its pattern among students of Tabriz University of Medical Sciences, Iran, in 2012. *J Health Syst Res*. 2015;11(4):736-40. [In Persian]
15. The Ministry of Health and Medical Education (MOHME) of Iran. Available from: http://fdo.behdasht.gov.ir/uploads/114_1363_8_iran90.pdf
16. James H, Handu SS, Al Khaja KA, Otoom S, Sequeira RP. Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Med Princ Pract*. 2006;15(4):270-5.
17. Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC, Fisher BD, Cooper M. *Lippincott's Illustrated Reviews: Pharmacology*. 4th ed. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins. 2009. P. 10-878.
18. Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. Benefits and risks of self medication. *Drug Saf*. 2001;24(14):1027-37.
19. Tajik R SM, Mohammad Beigi M. Prevalence of self-medication and some of its effective factors in women in Arak. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2008;16(1):29-34. [In Persian]
20. Shaghaghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2014;43(2):136. [In Persian]
21. Shankar P, 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(1):17.
22. Parimi N, Pereira LMP, Prabhakar P. The general public's perceptions and use of antimicrobials in Trinidad and Tobago. *Pan Am J Public Health*. 2002;12:11-8.
23. Najafipour R SF, Ahmadinia H, Rezaeian M. The frequency of self-medication in medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *J Rafsanjan Univ Med*. 2016;17(4):331-4. [In Persian]
24. Saharan V, Pandey M. A study of prevalence of self medication practice among people of Mumbai. *Int J Pharm Sci*. 2015;7(7):253-6.
25. 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.
26. Deshpande S, Tiwari R. Self medication-a growing concern. *Indian J Med Sci*. 1997;51(3):93-6.
27. Keshari SS, Kesarwani P, Mishra M. Prevalence and pattern of self-medication practices in rural area of Barabanki. *IJCP*. 2014;25(7):636-9.
28. Moayeri A AF, Tavafian S, Moayeri A. Assessing Related Factorson the Illicit Use of Medications in Abbas Abad City (mazandaran): A Cross Sectional Study. *J Ilam Univ Med Sci*. 2014;22(5):11-9. [In Persian]
29. Tabiei S. Self-medication with drug amongst university students of Birjand. *J Nurs Midwifery Sci*. 2016;3(2): 47-51.
30. Sah AK, Jha RK, Shah D. Self-medication with antibiotics among nursing students of Nepal. *Int J Pharm Sci*. 2016;7:427-30.
31. Pagán JA, Pauly MV. Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults. *Health Serv Res*. 2006;41(3):788-803.
32. Ghahramani Saghiri H. How to prevent the drug wasting. The first congress of prevention from wasting national resources; Tehran: Academy of sciences of Islamic Republic of Iran; 2004: 171-9. [In Persian]
33. Rezaei Jabere S HL, Aghamolaei T, Mohseni Sh, Islamic H. Study on the effect of educational intervention based on health belief model to prevent the arbitrary use of drugs in women referring to health centers of Bandar Abbas. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2017;6(1):1-11. [In Persian]
34. H A. *Social Psychology*. 2nd ed. Shiraz: Shiraz University; 2008. P. 45-49.
35. Keyvanara M SL, Karimi S, Shojaiezadeh N. Rational Use and Prescription of Drugs: A Review on WHO's 12 Strategies. *Hakim Health Syst Res J*. 2015;17(294-305). [In Persian]

Original Article

**Prevalence and Factors Associated with Self-Medication in Fasa in 2018:
Community-Based Cross-Sectional Study**Zare A¹, Pourmontaseri Z^{2*}, Sharafi M³

1. Faculty of Medicine, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran
2. Department of Infectious Diseases, Clinical Research Development Unit of Vali Asr Hospital, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran
3. Department of Epidemiology, Research Center of Disease Control and Prevention, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran

Received: 13 Dec 2019

Accepted: 14 Apr 2020

Abstract

Background & Objective: self-medication is considered as one of the main social, health and economic problems of various communities including Iran. The aim of the study was to investigate the prevalence and factors affecting the self-medication in people referred to the health centers of Fasa.

Materials & Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was performed on 2000 individuals referring to the health centers in Fasa city, half of them were living in the rural areas. Sampling was done in three steps including caste, social level and random sampling methods. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, and percentage. Chi-square and logistic regression tests at $\alpha = 0.05$ were also applied to evaluate the relationship between the variables. Data were analyzed using SPSS version 22.

Results: The studied populations included 726 males (36.3%) and 1274 females (63.7%) with the mean age of 37.36 years. 1087 (54.4%) were remarked as self-medication which was higher in rural than in the urban areas ($p < 0.05$). Furthermore, it was found that self-medication was lower among the university students, soldiers, and employees than the high school students ($p < 0.05$). However, no significant correlation was found between self-medication and educational status. The chance of self-medication among those advised by pharmacists was also higher ($OR = 0.25$). The most frequent factors influencing the self-medication were the cost of treatment (58.28%), mistrusting the physician diagnosis (77.51%) and recovery based on previous experiences (81/87%).

Conclusion: Concerning the high prevalence of self-medication in Fasa, the complementary training programs on the side effects and consequences of self-medication are crucial for people especially living in the rural areas. Providing sufficient physicians and other medical staff as well as improving the quality of health services in the villages are also essential. Restricting purchase of drugs without proper prescriptions can also reduce the self-medication in the community to some extent.

Keywords: prevalence, self-medication, drug, Fasa

*Corresponding Author: Pourmontaseri Zahra, Department of Infectious Diseases, Clinical Research Development Unit of Vali Asr Hospital, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran
Email: montaserizahra@fums.ac.ir
<https://orcid.org/0000-0003-1245-0896>