دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۵، صفحه ۱۰۴۴– ۱۰۳۴ (آذر و دی ۱۳۹۴)

ISMJ 2015; 18(5): 1034-1044

بررسی فراوانی و علل خوددرمانی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز سال ۹۲

پوراندخت افشاری [۱]، سلماز محمدی [۱*]، شوسی کشته [۱]، سید زهرا پژوهیده [۱]، حامد تابش [۲]

[۱] گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
[۲] گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

(دریافت مقاله: ۹۳/۳/۲۶- پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۱۹)

چکیده

زمینه: امروزه با پیشرفت‌های قابل توجهی که در زمینه‌های علمی به وجود آمده شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف و مصرف خودسرانه آن هستیم که برای سیستم بهداشت و درمان مشکلاتی را به همراه داشته است بنابراین این تحقیق با هدف تعیین فراوانی و علل آن در زنان شهراهواز انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی ۳۶۴ زن مراجعه کننده به ۷ مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز بر اساس شماره پرونده خانوار و با تخصیص متناسب به هر مرکز به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه نیمه سازماندهی شده از طریق مصاحبه تکمیل شد. جهت آنالیز داده از تست‌های آماری کای دو و مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. (P<۰/۰۵) معنادار در نظر گرفته شد

یافته‌ها: خود درمانی در ۷۰/۱ درصد زنان وجود داشت. بیشترین فراوانی خود درمانی به گروه سنی بیشتر از ۳۰ سال تعلق داشت. شایع‌ترین موارد خود درمانی، اختلالات ادراری – تناسلی (۵۸/۷ درصد) بود. بین تحصیلات (P=۰/۰۰۳) و تعداد زایمان (P=۰/۰۰۳) با مصرف خودسرانه دارو ارتباط معنی‌داری وجود داشت. شایع‌ترین علل مصرف داروهای صناعی سابقه ابتلای قبلی (۴۸/۶ درصد) و گران بودن هزینه‌های پزشکی (۵۰/۶ درصد)، در مورد داروهای گیاهی، گران بودن هزینه‌های پزشکی (۴۱/۱درصد) و برای گیاهان دارویی مؤثر بودن این محصولات (۳۸/۱ درصد) بوده است.

نتیجه‌گیری: بالا بودن میزان خود درمانی در جامعه مورد بررسی، ضرورت بکارگیری آموزش در زمینه مصرف صحیح دارو را از طریق رسانه‌های جمعی ایجاب می‌کند.

واژگان کلیدی: خود درمانی، داروهای صناعی، داروهای گیاهی، گیاهان دارویی، زنان

*اهواز، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، دانشکده پرستاری و مامایی

E-mail: sl.mohammadi89 @yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

مقدمه

امروزه با پیشرفت‌های قابل توجهی که در زمینه‌های مختلف علمی به عمل آمده است شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم به طوری که این دسترسی راحت، خود به عنوان یک پدیده اجتماعی زیان‌بخش یعنی استفاده نابه‌جا و بی رویه دارو دامنگیر بشر شده است. امروزه خوددرمانی از جمله بزرگ‌ترین مشکل اجتماعی- بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران محسوب می‌شود. به طوری که بررسی‌ها نشان می‌دهد میزان تجویز دارو با وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها همخوانی ندارد و این امر از مصرف خودسرانه داروها ناشی می‌شود (۱).

خوددرمانی که به‌عنوان معمولی‌ترین فرم خود مراقبتی تلقی می‌شود عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر پزشک و بدون نسخه یا نظارت درمانی است که شامل مصرف داروهای گیاهی یا صناعی می‌باشد (۲). خوددرمانی رفتاری شایع در جهان است، به طوری که شیوع خوددرمانی در مناطق شهر پرتغال ۲۶/۲، در پاکستان ۵۱ (۳)، در هند (۴) ۳۱ و در نپال ۵۹ درصد (۵) و در ساکنین شمال غرب تبریز، قزوین و شهرکرد به ترتیب ۶۳، ۹/۶ و ۵/۴ درصد گزارش شده است (۶).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که عوامل متعددی مانند فاکتورهای اقتصادی- اجتماعی، شیوه زندگی، دسترسی آسان به دارو، تمایل بیشتر افراد به مراقبت از خود و موجودیت بیشتر دارو در سطح جامعه (۷) و جنسیت (۸) خصوصاً زنان (۹)، در افزایش خوددرمانی نقش دارد. همچنین عواملی چون بالا بودن ویزیت پزشکان، شلوغ بودن مطب آنان و یا کامل ندادن یا مشابه دادن داروها توسط داروخانه، موجود نبودن داروهای تجویز شده توسط پزشک ممکن است باعث شود که بیماران مستقیماً به داروخانه مراجعه نموده و خوددرمانی را شروع کنند (۱۰) خوددرمانی به درمان ناخوشی‌های خفیف که نیاز به مشاوره دارویی ندارند کمک می‌کند و از این رو فشار را از روی سیستم خدمات پزشکی به خصوص در کشورهای در حال توسعه با منابع مراقبت سلامتی ناکافی کاهش می‌دهد (۱۱) از طرفی موجب از دست دادن منابع، افزایش مقاومت به پاتوژن‌ها و به طور کلی به خطر انداختن سلامتی و طولانی کردن بیماری می‌شود (۱۴-۱۲). در کشورهای در حال توسعه هم داروهای مدرن (داروهای صناعی وگیاهی) و هم سنتی (گیاهان دارویی) برای خوددرمانی استفاده می‌شوند (۱۵) به‌طوری که امروزه نسبت تعداد داروهای گیاهی رسمی مورد استفاده در درمان بیماری‌ها در مقایسه با تعداد کل داروهای رسمی در جهان رو به افزایش است (۱۶). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۸۰ درصد مردم دنیا برای مراقبت اولیه بهداشتی ترجیح می‌دهند از طب مکمل از جمله عصاره‌های گیاهی یا ماده مؤثر آن‌ها استفاده کنند که این آمار در کشورهای توسعه نیافته بالاتر و در کشورهای توسعه یافته کمتر است (۱۷). مطالعه انجام شده بر روی ۱۴۲۰ زن ایتالیایی نشان داد که افزایش تمایل به استفاده از داروهای گیاهی نسبت به داروهای صناعی وجود دارد و ایمنی و اثر بخشی آن‌ها در سلامت فردی، اصلی‌ترین عامل انتخاب داروهای گیاهی می‌باشد (۱۸) با توجه به اینکه مصرف خودسرانه داروها می‌تواند باعث مقاومت دارویی و عوارضی همچون تهوع و سوء هاضمه شود (۱۹)، کشورهای صنعتی به اهمیت آموزش در اصلاح ساختارهای فرهنگی و بهداشتی پی برده‌اند (۲۰). ایالات متحده آمریکا برای جلوگیری از خوددرمانی، بالا بردن دانش مردم نسبت به عواقب خوددرمانی، وادار کردن پزشکان و داروسازان جهت تفسیر تداخلات دارویی، تداخلات دارو - غذا و تهیه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

بروشورها در سطح وسیع را مورد توجه قرار داده است (۲۱) بنابراین با توجه به گستردگی روز افزون پدیده خوددرمانی در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف دارو لازم است عوامل مؤثر بر تغییر رفتار افراد جهت دستیابی به رفتار بهداشتی صحیح شناسایی شوند (۲۲-۱۹)، بنابراین محقق بر آن است تا پژوهشی با هدف تعیین فراوانی و علل خوددرمانی در جامعه هدف در راستای رسیدن به این مهم انجام دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که بر روی ۳۶۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز انجام شد. به منظور انجام این پژوهش ابتدا معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی اهواز به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اهواز ارائه شد. پس از تأیید اعتبار محتوایی پرسشنامه نیمه سازمان دهی (semi-structured) شده توسط ده تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی به صورت کیفی، ابتدا یک مطالعه ابتدایی بر روی ۳۴ زن جهت تعیین پایایی (آلفا کرونباخ ۰/۸۱) و حجم نمونه انجام شد، که بر مبنای مطالعه اولیه، ۲۳ نفر از ۳۴ نفر خوددرمانی را گزارش کردند (۶۷ درصد) و نسبت شیوع علل مختلف خوددرمانی هر یک از علل منظور شده در پرسشنامه حدود ۲۰ درصد تعیین شد، لذا برای تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین نسبیت در یک جامعه $N = \frac{z^2 \frac{\alpha}{2} p\hat{}(1-p\hat{})}{d^2}$ و با در نظر گرفتن ۲۰ درصد P^{Δ}=، ٪۵=d، حجم نمونه ۲۴۶ خانم اقدام کننده به خوددرمانی به‌دست آمد. برای تعیین حجم نمونه در جامعه مورد بررسی، بدون توجه به انجام یا عدم انجام خوددرمانی از نسبت‌های به‌دست آمده در مطالعه پایلوت استفاده گردید که در نهایت حجم نمونه ۳۶۴ نفر (۲۴۶×۳۴/۲۳) محاسبه گردید. همچنین با آلفای کرونباخ ۰/۸۱اعتماد علمی آن مورد تأیید قرار گرفت. مراکز بهداشتی درمانی به‌صورت تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند به طوری که بر اساس جدول اعداد تصادفی از ۱۳ مرکز بهداشتی درمانی شرق اهواز ۴ مرکز (۱، ۴، ۵ و ۹) از ۹ مرکز بهداشتی درمانی غرب اهواز ۳ مرکز (۱، ۵ و ۷) انتخاب شد، سپس بر حسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز تعداد نمونه متناسب در هر مرکز انتخاب شد (نمونه‌گیری با تخصیص متناسب).

نمونه‌گیری در هر مرکز به روش تصادفی سیستماتیک و بر اساس پرونده خانوار موجود در هر مرکز بهداشتی درمانی انجام شد. سپس پژوهشگر و کمک پژوهشگر مسلط به زبان عربی در مکانی مناسب از نظر فیزیکی در مراکز بهداشتی درمانی حضور یافتند پس از تعیین هر یک از افراد تحت مطالعه منطبق بر شرایط ورود به پژوهش (ساکن اهواز بودن و داشتن رضایت جهت شرکت در تحقیق) و لحاظ کردن شرایط خروج از پژوهش (اقلیت‌های مذهبی و غیر ایرانی و افرادی که ساکن اهواز نمی‌باشند)، به همراه اخذ رضایت‌نامه کتبی و تذکر این نکته که پرسشنامه بدون نام و کاملاً محرمانه خواهد بود و افراد اجازه دارند در هر مرحله از مصاحبه انصراف دهند، ابتدا در ارتباط با هدف از پژوهش با هریک از نمونه‌ها صحبت شد و پس از تعریف هریک از داروهای صناعی، گیاهی و گیاهان دارویی، مصاحبه انجام و پرسشنامه مربوطه توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر تکمیل شد. مدت مصاحبه برای هر نفر ۲۰ دقیقه بود. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه نیمه سازماندهی مشتمل بر سئوالات باز و بسته بود که بر اساس مطالعات طراحی و تنظیم شده بود. سؤالات پرسشنامه شامل ۱۲

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

سئوال دموگرافیک (سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت باروری، سن بارداری و غیره) و ۲۲ سؤال مرتبط با خوددرمانی (مشتمل بر چگونگی مصرف دارو، نوع داروی مصرفی، شکل و مدت مصرف دارو، موارد و علل مصرف آن و غیره) بود.

تشخیص خوددرمانی بر اساس پاسخ هر یک از شرکت کنندگان به سئوالات مربوطه داده می‌شد، در صورتی که به سئوال "آیا مصرف دارو بدون نسخه پزشک در ۶ ماه گذشته داشته‌اند" پاسخ مثبت می‌دادند، این افراد در گروه خوددرمانی قرار گرفته و مصاحبه ادامه و در غیر این صورت فقط ۱۲ سئوال عمومی تکمیل می‌شد. ابتدا اطلاعات پرسشنامه به نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۱۷ منتقل شد و از روش‌های آمار توصیفی همچون توزیع فراوانی و نمودارهای هندسی و برای ارتباط سنجی مصرف خودسرانه دارو با متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور[1]، فیشر[2] و برای ارتباط سنجی مصرف خودسرانه دارو با متغیر کمی از آزمون تی تست [3] یا من ویتنی [4] و بر اساس لزوم از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. در این تحقیق ابتدا هر یک از متغیرهای سن، سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و غیره به صورت یک متغیره وارد مدل لجستیک شدند و سپس متغیرهای معنادار و سایر متغیرهایی که از نظر محقق و مقالات پیشین حائز اهمیت بود وارد مدل لجستیک چند متغیره شدند و آنالیزهای لازم صورت گرفت. در این مطالعه (P<۰/۰۵) معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد از ۳۶۴ زن شرکت کننده در تحقیق،۷۰/۱ درصد خوددرمانی داشتند که از این میزان ۵۰/۷۷ درصد از داروهای صناعی، ۲۲/۴۸ درصد از داروهای گیاهی و ۲۶/۷۵ درصد از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند. بیشترین فراوانی خوددرمانی به گروه سنی بیشتر از ۳۰ سال (۴۱/۴ درصد)، دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۷/۶ درصد)، تعداد زایمان بیشتر و مساوی ۵ (۴۷/۶ درصد) تعلق داشت. با استفاده از رگرسیون لجستیک، بین سطح تحصیلات (<۰/۰۰۳) و تعداد زایمان (۰/۰۰۲) با مصرف خودسرانه دارو ارتباط معناداری وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک به تفکیک چگونگی مصرف خودسرانه دارو

ویژگی‌های دموگرافیک		بدون نسخه پزشک N=۲۵۸	مصرف دارو بانسخه پزشک N=۱۱۰ مصرف دارو	P.value
		تعداد (٪)	تعداد (٪)	
سن	کمتر از ۲۵	۶۳(٪۲۴/۴)	۱۷(٪۱۵/۴)	۰/۲۲
	۲۵ تا ۳۰ سال	۸۸(٪۳۴/۲)	(٪۲۴/۵)	
	بیشتر از ۳۰	۱۰۷(٪۴۱/۴)	۶۶(٪۶۰/۱)	
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۷۹(٪۳۰/۶)	۶۲(٪۵۶/۴)	۰/۰۰۳
	دیپلم	۸۲(٪۳۱/۸)	۲۸(٪۲۲/۵)	
	دانشگاهی	۹۷(٪۳۷/۶)	۲۰(٪۱۸/۲)	
تعداد فرزند	<۱	۱۳(٪۵)	۳۴(٪۳۰/۹)	
	۲ تا ۴	۱۲۲(٪۴۷/۴)	۶۵(٪۵۹/۱)	
	۵<	۱۲۳(٪۴۷/۶)	۱۱(٪۱۰)	
شغل	خانه دار	۱۸۹(٪۷۳/۳)	۸۸(٪۸۰)	۰/۱۷
	شاغل	۶۹(٪۲۶/۷)	۲۲(٪۲۰)	
قومیت	لر	۷۴(٪۲۸/۷)	۱۹(٪۱۷/۲)	
	عرب	۷۴(٪۲۸/۷)	۵۳(٪۴۸/۴)	۰/۹۲
	فارس	۸۳(٪۳۲/۲)	۳۰(٪۲۷/۲)	
	سایر	۲۷(٪۱۰/۴)	۸(٪۷/۲)	
دفترچه دانشن	بله	۲۲۹(٪۸۸/۸)	۹۸(٪۸۹/۱)	۰/۹۲
	خیر	۲۹(٪۱۱/۲)	۲۹(٪۱۰/۹)	
تعداد زایمان	<۱	۱۳(٪۵)	۳۴(٪۳۰/۹)	
	۲ تا ۴	۱۲۲(٪۴۷/۳)	۴۵(٪۵۹/۱)	۰/۰۰۲
	۵<	۱۲۳(٪۴۷/۶)	۱۱(٪۱۰)	

فراوانی خوددرمانی در میان زنان دارای دفترچه بیمه

[1] chi-square
[2] Fisher
[3] T-Test
[4] Mann-Whitny

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]
[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

درمانی بیشتر بود (۸۸/۸ درصد) اگرچه بین مصرف خودسرانه دارو و برخورداری از بیمه درمانی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت (P=۰/۹۲) (جدول ۱). هیچیک از متغیرهای وارد شده در مدل لجستیک تعدیل شده از نظر آماری معنادار نبودند (P>۰/۰۵) با توجه به نسبت بخت (OR) محاسبه شده بخت سطح تحصیلات (OR=۱/۸، P=۰/۲۴) و بخت تعداد زایمان (OR=۰/۷، P=۰/۴) بود.

شایع‌ترین موارد خوددرمانی به ترتیب به اختلالات ادرای – تناسلی (۵۸/۷ درصد)، اختلالات تنفسی (۱۷/۹ درصد)، اختلالات گوارشی (۷/۳ درصد)، اعصاب و روان (۷/۱ درصد) و سایر بیماری‌ها (۹ درصد) تعلق داشت و بر اساس گروه دارویی بیشترین موارد مصرف داروهای صناعی مصرف به‌عنوان ضددرد و تب (۵۰/۳ درصد)، استفاده به عنوان آنتی‌بیوتیک (۳۸/۳ درصد)، رفع کننده اختلال خلقی (۱۱/۴۵ درصد) و در مورد داروهای گیاهی، مصرف به عنوان آنتی‌بیوتیک (۴۳/۱۰ درصد)، ضد درد و تب (۳۴/۴۸ درصد)، رفع اختلال گوارشی (۱۳/۷۹ درصد) و افزایش دهنده میل جنسی (۸/۸ درصد) و در مورد گیاهان دارویی بیشترین فراوانی مصرف به عنوان ضددرد و تب (۵۶/۵ درصد)، رفع مشکلات گوارشی (۳۰/۵ درصد) و درمان اختلالات خلقی (۱۳ درصد) بوده است. شایع‌ترین علل خوددرمانی با داروهای صناعی و گیاهی، گران بودن هزینه‌های پزشکی (۵۰/۶، ۴۱/۱ درصد) و برای گیاهان دارویی مؤثر بودن این ترکیبات (۳۸/۱ درصد) بوده است (جدول ۲).

بیشترین میانگین طول مدت مصرف به داروهای صناعی با ۵/۷±۱۰/۵۸ روز تعلق داشت. فراوان‌ترین شکل استفاده از داروهای صناعی، گیاهی و گیاهان دارویی به‌ترتیب شامل خوراکی (۸۷/۷ درصد)، خوراکی (۸۲/۷۵ درصد) و جوشانده (۶۸/۱۱ درصد) بود. بیشترین محل تهیه داروهای صناعی و گیاهی، داروخانه (به‌ترتیب ۵۴/۹۶ و ۷۴/۱۳ درصد) و برای گیاهان دارویی، عطاری (۴۹/۴ درصد) بوده است.

جدول ۲) توزیع فراوانی علل مصرف دارو بدون نسخه پزشک به تفکیک نوع داروی مصرفی

علل خوددرمانی	داروهای صناعی	داروهای گیاهی	گیاهان دارویی
	تعداد (٪)	تعداد (٪)	تعداد (٪)
دسترسی آسان	۱۱(۷/۵)	۵(۶/۸٪)	۵(۶٪)
خفیف بودن بیماری	۳۹(۲۶/۷٪)	۸(۱۱٪)	۲۱(۲۵٪)
سابقه ابتلا	۷۱(۴۸/۶٪)	۷(۹/۶٪)	۱۶(۱۹٪)
جدی نگرفتن بیماری	۴(۲/۷٪)	۹(۱۲/۳٪)	۳(۳/۶٪)
گرانی هزینه‌های پزشکی	۷۳(۵۰/۶٪)	۳۰(۴۱/۱٪)	۲۱(۲۵٪)
نداشتن دفترچه	۴(۲/۷٪)	۵(۶/۸٪)	۱(۱/۲٪)
نداشتن وقت	۱۱(۷/۵٪)	۹(۱۲/۳٪)	۸(۹/۵٪)
وجود دارو در منزل	۹(۶/۲٪)	۵(۶/۸٪)	۲(۲/۴٪)
نتیجه خوب از خوددرمانی	۲۶(۱۷/۸٪)	۱۳(۶/۳٪)	۱۱(۱۳/۱٪)
عدم اعتقاد به طبابت پزشک	۸(۵/۵٪)	۱۰(۱۳/۷٪)	۶(۷/۱٪)
بی‌ضرری گیاهان و داروهای گیاهی	۰(۰٪)	۱۰(۱۳/۷٪)	۶(۷/۱٪)
ارزان بودن گیاهان و داروهای گیاهی	۰(۰٪)	۰(۰٪)	۲(۲/۴٪)
مؤثر بودن گیاهان و داروهای گیاهی	۰(۱٪)	۱۲(۱۶/۴٪)	۳۲(۳۸/۱٪)
داشتن اطلاعات دارویی	۱۹(۱۳٪)	۲(۲/۷٪)	۷(۸/۳٪)

فراوان‌ترین منبع دریافت اطلاعات در خصوص نوع داروی مصرفی به‌ترتیب شامل ابتلای قبلی برای داروهای صناعی (۴۷/۳ درصد)، کتاب و مجله (۲۹/۳ درصد) برای داروهای گیاهی و دوستان و خانواده (۴۶/۳ درصد) برای گیاهان دارویی بود. فراوان‌ترین توصیه کننده به مصرف داروهای صناعی و داروهای گیاهی خود فرد (به‌ترتیب ۶۹/۴ و ۳۲/۷ درصد) و برای گیاهان دارویی دوستان و خانواده (۴۳/۴ درصد) بوده است، همچنین ۶۷/۷ درصد از به‌کارگیری داروی مصرفی رضایت داشتند و ۵۱/۴ درصد اظهار داشتند که با خوددرمانی بهبود یافته بودند و فراوان‌ترین

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

عارضه ناشی از مصرف خودسرانه دارو به اختلالات گوارشی تعلق داشته است (۷۵ درصد)، ۴/۶ و ۳/۴ درصد به‌ترتیب از روش‌های طب مکمل از جمله ماساژدرمانی و حجامت برای درمان بیماری خود استفاده کرده‌اند. ۶۱/۲ درصد از آنان بیان کردند که قبل از مصرف داروها بروشورهای مربوط به آن دارو را مطالعه می کنند همچنین فقط ۴۰/۶ درصد از آنان قرص‌های پیشگیری کننده از بارداری را جزء دارو می‌دانستند و در نهایت ۲۴/۸ درصد بیان داشتند که مصرف ترکیبات گیاهی نیاز به نسخه پزشک دارد.

در این پژوهش، ۷۰/۱ درصد زنان خوددرمانی داشته‌اند که از مطالعه انجام شده در اراک (۲۲) که شیوع خوددرمانی در زنان ۵۴ درصد بوده، بیشتر است. در مطالعه انجام شده در قزوین (۲۰۰۳) (۶)، رامهرمز (۲۳)، تبریز (۳) میزان خوددرمانی به ترتیب در جامعه پژوهش ۹، ۹۴ و ۶۳ درصد بوده است در حالی که شیوع آن در هنگ‌کنک، فنلاند، نپال و در کارمندان دانشگاه کالیفرنیا به ترتیب ۷۰، ۴۴، ۹۴ و ۴۲ درصد (۲۴) گزارش شده است. افراد شرکت کننده در این تحقیق جهت خوددرمانی از ۵۰/۷۷ درصد داروهای صناعی، ۲۲/۴۸ درصد داروهای گیاهی و ۲۶/۷۵ درصد گیاهان دارویی استفاده کرده‌اند و بیشترین فراوانی به داروهای صناعی تعلق دارد. مطالعه انجام شده در تهران نشان داد، افراد شرکت کننده در پژوهش در بین موارد خوددرمانی از ۷۱/۰۳ درصد داروهای شیمیایی، ۱۰/۲۸ درصد روش‌های غیردارویی رایج نظیر فیزیوتراپی و ۴/۶۷ درصد از گیاهان برای درمان استفاده کرده بودند (۲۵). در مطالعه انجام شده در اصفهان، به طور متوسط میزان مصرف داروهای گیاهی توسط افراد در سطوح مختلف اجتماعی ۸۹/۲ درصد بوده است (۲۶). در شهرکرد، این میزان ۵۱/۹ درصد بوده است (۲۷)، در مطالعه پیرزاد (۲۹) و آصف‌زاده (۶) به‌ترتیب ۲۰/۲ و ۲۱ درصد از زنان مصرف خودسرانه با داروهای گیاهی داشتند که تقریباً با مطالعه ما هم‌خوانی دارد. همچنین مطالعه ۱۴۲۰ زن ایتالیایی (۲۰۰۸) نشان داد که افزایش تمایل به استفاده از داروهای گیاهی نسبت به داروهای صناعی وجود دارد (۲۸). بیشترین فراوانی خوددرمانی به گروه سنی بیشتر از ۳۰ سال تعلق داشت و با افزایش سن واحدهای پژوهش خوددرمانی افزایش می‌یابد ولی ارتباط معنادار آماری بین سن واحدهای پژوهش با خوددرمانی وجود نداشت (P=۰/۲۲).

در مطالعه افولابی و همکاران (۲۰۰۸) بیشترین شیوع خوددرمانی در گروه سنی ۳۴ تا ۴۴ سال (۷۲/۱ درصد) وجود داشت (۲۹)، همچنین مطالعه صاحبی و همکاران (۱۳۸۶) در تبریز نشان داد که از مجموع ۳۰۰ نفر مراجعه کننده به داروخانه جهت تهیه دارو بدون نسخه پزشک، خوددرمانی در گروه‌های سنی ۳۰ سال و بالاتر، ۵۴/۷ درصد و در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۴۵/۳ درصد بود و بیشترین فراوانی به گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال تعلق دارد که با مطالعه ما همخوانی دارد (۳۰) همچنین در مطالعه شمس (۳۱) میانگین سنی زنانی که خوددرمانی داشتند ۶/۷±۳۴/۹ سال بود و بیشترین میزان خوددرمانی در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بود (۲۲) که با مطالعه ما همخوانی دارد. در حالی که، مطالعه انجام شده در ایلام مشخص نمود که بین سن خوددرمانی ارتباط معناداری آماری وجود دارد (P< ۰/۰۵) به طوری که خوددرمانی در افراد پایین‌تر از ۴۰ سال بیشتر از افراد بالای ۴۰ سال بود که با مطالعه ما همخوانی دارد به طوری‌که خوددرمانی در افراد پایین‌تر از ۳۰ سال (۵۸/۶ درصد) بیشتر از افراد بالای ۳۰ سال (۴۱/۴ درصد) بود (۲۳) (جدول ۱) بیشترین فراوانی به افراد با تحصیلات دانشگاهی (۳۷/۶ درصد) تعلق

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

داشت و با افزایش سطح تحصیلات خوددرمانی بیشتر می‌شد، نتایج تحقیقات انجام شده در کرمان و اسپانیا (۳۵ و ۳۶) نیز در راستای نتایج این تحقیق است. مطالعات انجام شده در بابل (۱)، قزوین (۶)، اراک (۲۲) نشان داد که بیشترین فراوانی خوددرمانی در میان زنان با تحصیلات دبیرستانی و دانشگاهی وجود دارد که این امر می‌تواند به این دلیل باشد که این افراد تصور می‌کنند می‌توانند اطلاعات کافی را از بروشور داروها به‌دست آورند یا اینکه پس از چند بار تجویز دارو توسط پزشک، خود می‌توانند برای دفعات بعد بیماری را تشخیص داده و در نتیجه از داروهای تجویز شده قبلی استفاده کنند. در حالی که مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد که خوددرمانی در میان افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم از فراوانی بیشتری برخوردار است که این امر از عدم توان مالی این گروه جهت پرداخت هزینه‌های درمانی ناشی می‌شود که در نهایت آن‌ها را به سمت مصرف خودسرانه دارو سوق داده است (۳۲) بیشترین فراوانی خوددرمانی در میان زنان دارای دفترچه بیمه درمانی وجود دارد (۸۸/۸ درصد) و بین مصرف خودسرانه دارو و دارا بودن دفترچه بیمه درمانی ارتباط معناداری وجود ندارد (P=۰/۹۲) که با نتایج تحقیق انجام شده در تهران (۱۳۸۶) که نشان داد بین خوددرمانی و گروه‌های مختلف بیمه درمانی ارتباط معنادار آماری وجود ندارد (۳۳) همراستا می‌باشد. در این تحقیق شایع‌ترین موارد خوددرمانی به اختلالات ادرای – تناسلی (۵۸/۷ درصد)، اختلالات تنفسی (۱۷/۹درصد) و فراوان‌ترین موارد مصرف بر اساس گروهای دارویی مصرف به عنوان آنتی‌بیوتیک و رفع درد و تب بوده است. در مطالعه انجام شده در رشت، واحدهای پژوهش عمدتاً جهت درمان سردرد، سرماخوردگی، دردهای عضلانی، دردهای شکمی، اسهال، تب و درد گلو به مصرف خودسرانه داروهای صناعی اقدام نموده‌اند (۳۴) که مطابق با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه پیرزاد (۱۳۹۰) شایع‌ترین موارد خوددرمانی شده با داروهای صناعی سرماخوردگی (۵۷/۶ درصد)، سردرد (۵۷/۳ درصد)، کم‌خونی (۱۳/۲ درصد) بوده است (۵) که با مطالعه ما همخوانی دارد به طوری که در مطالعه حاضر ۸۸/۶ درصد زنان به‌طور کلی از داروهای صناعی جهت رفع درد و تب و به‌عنوان آنتی‌بیوتیک استفاده کرده‌اند. در هنگ کنک سرفه، تب، تسکین درد (۳۴) و در بخارا (۲۰۰۲) (۳۵) نیز سردرد و تب شایع‌ترین موارد خوددرمانی را به خود اختصاص داده بودند، همچنین در کنیا فراوان‌ترین موارد خوددرمانی با داروهای صناعی به‌ترتیب به بیماری‌های تنفسی، کم خونی، بیماری‌های گوارشی و اعصاب و روان تعلق داشت (۳۶) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد که دلیل این تفاوت مربوط به نمونه‌های پژوهش می‌باشد به طوری که در مطالعه بابل و کنیا جامعه پژوهش را زنان و مردان تشکیل می‌دادند که بر نتایج تحقیق تاثیرگذار است. شایع‌ترین علت خوددرمانی در این تحقیق گران بودن هزینه‌های درمانی و سابقه ابتلای قبلی بوده است که با نتایج مطالعه پیرزاد در اصفهان (۱۳۹۰) (۵) و نتایج تحقیق در کرمان (۳۷) هم‌خوانی دارد. در حالی که مطالعه مقدم (۱۳۸۴) مهم‌ترین علل خوددرمانی نداشتن وقت برای مراجعه به پزشک، اعتقاد به اینکه داروها عوارض قابل ملاحظه‌ای ندارند، بوده است (۶).

همچنین در تهران (۱۹۹۸) و مکزیکوسیتی (۱۹۸۷) درمان علامتی بیماری‌ها توسط پزشک و تکراری بودن نسخه تجویزی (۳۸ و ۳۹)، در تبریز، کاهش هزینه، عدم احساس ضرورت (۳۰)، در اردبیل (۱۳۹۰)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

دسترسی آسان به دارو، خوددرمانی به توصیه دیگران، تبلیغات داروها در رسانه‌ها (روزنامه، تلویزیون) (۴۰). در مکزیک عدم اعتماد به پزشکان و اعتقاد به مؤثر بودن داروهای سنتی (۴۰)، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خوددرمانی بوده است. فراوان‌ترین توصیه کننده به خوددرمانی با داروهای صناعی، گیاهی خود فرد و برای گیاهان دارویی دوستان و خانواده بوده است. در مطالعه طباطبایی (۱۳۸۹) نیز متداول‌ترین فرد توصیه کننده به استفاده از داروهای گیاهی دوستان و خانواده (۸۷/۳ درصد) و کمترین توصیه کننده به استفاده از این محصولات به مراقبین سلامتی (۷/۶ درصد) تعلق داشت (۴۱).

محدودیت‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش بر اساس گفته‌های افراد شرکت کننده در پژوهش می‌باشد که از صحت گفته‌های آنان اطلاع دقیقی در دست نمی‌باشد. یافته‌های این تحقیق با محدودیت حافظه خاطره‌ای افراد شرکت کننده در تحقیق رو برو بود که از اختیار پژوهشگر خارج بود. این مطالعه فقط در زنانی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند انجام شد بنابراین یافته‌های این تحقیق ممکن است در زنانی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نداشته‌اند متفاوت باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که یکی از دلایل خوددرمانی، سابقه ابتلای قبلی به بیماری و تکراری بودن نسخه پزشکان و گران بودن هزینه‌های پزشکی می‌باشد، بنابراین بهینه کردن مصرف دارو از طریق اصلاح سیستم آموزشی و نسخه‌نویسی، راه‌اندازی کمیته‌های علمی کنترل نسخ، آموزش مداوم و مؤثر کادر پزشکی، ارتقا سطح فرهنگ عمومی و آموزش فراگیر جامعه با توجه به اصل پیشگیری مقدم و بهتر از درمان است و تقویت بیمه‌های خدمات درمانی همه با هم در جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو بدون نسخه پزشک مؤثر است.

سپاس و قدرانی

این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی دانشکاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ۹۱۰۶۰ بوده است، بدین‌وسیله 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.Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, et al. Self treatment experience in diabetes mellitus type 2. Iran J Endocrinol Metab 2009; 10: 581-8.(Persian)
2.Omidbeygee R. Culture pharmacy drug and some notes important around. Month J Razi 1996; 5: 24-40. (Persian)
3.Heydari M. Common reason for delivering drugs in drugstore in Kerman city. Sci J Univ Med Sci Babol 2003; 4: 32-9.(Persian)
4.Behzadi M. Druge OTC. Monthly J Razi 1998; 5: 48-56.(Persian)
5.Pirzadeh A, Sharifirad GH. Knowledge and practice among women about self-medication based on health belief model. J Gorgan Univ Med Sci 2012; 13: 76-83. (Persian)
6.Asefzadeh S, Anbar Looye M, Habibi SH, et al. Prevalence self medication among patients Qazvin hospitals. Qazvin Univ Med Sci 2000; 5: 54-8. (Persian)
7.Sharma R, Verma U, Sharma CL, et al. Self-medication among urban population of Jammu city. Indian J Pharmacol 2005; 37: 40-3.
8.Riley-Doucet CK, Fouladbakhsh JM, Vallerand AH. Canadian and American self-treatment of pain: a comparison study. Rural Remote Health 2004; 4: 286.
9.Jimennes E, Bosch F, Lopez A, et al. Patterns of regular drug use in Spanish childbearing women: changes elicited by pregnancy. Eur J

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

Clin pharmacol 1998; 54: 645-51.
10.Heydari MH, Karaminejad M, Rezaiefar M, et al. Determination of the most prevalent reasons for requesting drugs without prescription in Kerman pharmacies. J Babol Univ Med Sci 1999; 1: 32-7.(Persian)
11.Aljinovic-Vucic V, Trkulja V, Lackovic Z. Content of home pharmacies and self-medication practices in households of pharmacy and medical students in Zagreb, Croatia: findings in 2001 with a reference to 1977. Croat Med J 2005; 46: 74-80.
12.Sturm AW, Van der Pol R, Smits AJ, et al. Over-the-counter availability of antimicrobial agents, self-medication and patterns of esistance in Karachi, Pakistan. J Antimicrob Chemother. 199; 39: 543-7.
13.Bauchner H, Wise P. Antibiotics without prescription: "bacterial or medical resistance"? Lancet 2000; 355: 1480-4.
14.Chang FR, Trivedi PK. Economics of self-medication: theory and evidence. Health Econ 2003; 12: 721-39.
15.Huntley AL, Ernst E. A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. Menopause 2003; 10: 465-76.
16.Azadbakht M. 5 herbal remedies against common protozoa. Mazandaran Univ Med Sci 2007; 18: 118-32.(Persian)
17.Forster DA, Denning A, Wills G, et al. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. BMC Pregnancy Childbirth 2006; 6: 21.
18.Leung KY, Lee YP, Chan HY, et al. Are herbal medicinal products less teratogenic than Western pharmaceutical products?. Acta Pharmacol Sin 2002; 23: 1169-72.
19.Pourgholami A. Similar with drugs. Monthly J Razi 2004; 8: 27-34.(Persian)
20.Sobhani A., Sepehri G. Pharmacology for nursing midwifery, health operation. Second Edition, published by the thought andishe avaran 2006; 9-10 (Persian)
21.Samini M. Self medication and their Consumption culture, Razzy Journal, 1996; 7(6): 3-7.(Persian).
consumption of drugs Ramhormoz city, drug treatment tenth year,issus 119 of December 72, pp. 212-13.
22.Shamsi M, Bayati A. A survey of the prevalence of self-medication and the factors affecting it in pregnant mothers referring to health centers in Arak city, 2009. J Jahrom Univ Med Sci 2010; 7: 34-42.(Persian)
23.Maghbal A. The survey of over consumer druges in Ramhormoz city. Monthly J Razi 1998; 19: 13-22.(Persian)
24.Amoako EP, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. J Gerontol Nurs 2003; 29: 10-5.
25.Ceremony A, charmed F, Haqqani H. Rates of self-medication factors in Tehran. Journal Medicine and purification 2007; 14-16.
26.Farsani M. Compare the characteristics of doctors and patients receiving services in traditional medicine and traditional medicine in Tehran in 1385, the college Health, Tehran University of Medical Sciences, 1385.
27.Akbari N, Parvin N, Sereshti M, et al. Study about different types of medicinal plants used by elderly people in Shahrekord city, Iran, 2009 . J Shahrekord Univ Med Sci 2011; 12: 26-32.
28.Bacchini M, Cuzzolin L, Camerlengo T, et al. Phytotherapic compounds. Drug Saf 2008; 31: 424-7.
29.Afolabi AO. Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population. Ann Afr Med 2009; 7: 120-7.
30.Fabricant SJ, Hirschhorn N. Deanged distribution, perverse prescription, unprotected use: the irrationality of pharmaceuticals in the developing world. Health policy plan 1987; 2: 204-13.
31.Murray MD, Callahan CM. Improving medication use for older adults: an integrated research agenda. Ann Intern Med 2003; 139: 425-9.
32.Abbasi N, Abdzadeh M. M. Assesment of self-medication in Ilam city. J Ilam Univ Med Sci 2004; 12: 53-9.(Persian)
33.Saryazdi S, Nikian Y, Esfandiary A. The survey of self medication in patient with skin disease in Kerman city. Sci J Univ Med Sci

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

Yazd 2005; 3: 60-4.(Persian)
34.Siam SH. Evaluation of self-medication in Rasht City. Birjand Univ Med Sci 2003;10 :9-15.(Persian)
35.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.
36.Lam CL, Catrativas MC, Munroc Launder IJ. Self medication by adolescence. Schweiz Med Wochenschr 1998; 128(6):203-208.
37.Sharifi-Rad GR, Mohebi S, Motalebi M, et al. Prevalence of self and modifiable factors affecting the health belief model in elderly Gonabad. J Health Sys Res 2011; 7: 411-21.(Persian)
38.Harden A, Sjaak V. Hazards of self medication. World Health Forum 1987; 8: 62-72
39.Hardon A, Van der Geest S. Hazards of self-medication. World Health Forum 1987; 8: 469-71.
40.Amani F, Shaker A, Mohammadzadeh S, et al. Drug use pattern between urban families in Ardabil city, Iran. Payavard Salamat 2012; 5: 36-45.(Persian)
41.Tabatabaee M .Use of herbal medicine among pregnant women referring to Valiasr hospital in Kazeroon , Fars, South of Iran. J Med Plants 2011; 1: 96-108.(Persian)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]

ISMJ 2015; 18(5): 1034-1044

Original Article

Survey on prevalence and causes of self-medication in women referring to health centers in Ahwaz, in 2013

P. Afshary [1], S. Mohammadi [1*], Sh. Koshteh [1], Z. Pajohideh [1], H. Tabesh [2]

[1] Department of Midwifery, Faculty of Nursing, University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

[2] Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

(Received 16 Jun, 2014 Accepted 10 Nov, 2014)

Abstract

Background: Today, considerable advances achieved in different scientific fields have led to an ever-increasing access of people to various medications and their unauthorized consumption, which negatively affects the healthcare and treatment system. Thus, this study was conducted to determine the Prevalence and causes of this phenomenon in the female population of Ahwaz.

Material and Methods: In this Cross-sectional study364 Women referring to seven health centers in Ahwaz were selected randomly and based on the family medical file number and by proportional distribution to each center and semi-structured questionnaires were completed through interviews. The data were analyzed by Chi square test and logistic regression. P<0.05 was considered significant.

Results: Self-medication was observed in *70.1*% of women. The most frequent group was those above the age of 30. The most common self-medication case was urogenitaldisorders (*58.7%).* there was a significant relation between education (*p<0.003*) and number of births (*p=0.003*) and unauthorized drug consumption. The most causes for synthetic drug use were previous illness background (*48.6%) and* high medication costs (50.6%), and about herbal drugs were high medication costs (*41.1%)*, and the effectiveness of these products about medicinal herbs (38.1 %).

Conclusion: High rate of self-medication in the studied society necessitates training on proper use of drugs through the use of social media.

Key words: self-medication; Synthetic Drugs; Herbal Drugs; Medicinal Herbs, women

***Address for correspondence*: Department of Nursing and Midwifery, Ahvaz jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. E-mail: sl.mohammadi89@yahoo.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.05.011]