

بررسی شیوع خود درمانی و برخی از عوامل موثر بر آن در زنان شهر اراک

رضا تاجیک*، محسن شمسی**، ابوالفضل محمدبیگی**

دریافت: ۸۷/۹/۲۶، پذیرش: ۸۸/۴/۳

چکیده:

مقدمه و هدف: خود درمانی یکی از مسایل مهم بهداشتی- اجتماعی است که به ویژه در جامعه زنان به دلیل واقع شدن در دوران حساسی همچون بارداری و شیردهی از اهمیت زیادی برخوردار می باشد لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی خود درمانی و برخی از عوامل موثر بر آن در مادران شهر اراک در سال ۱۳۸۷ صورت پذیرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک به طور تصادفی و از روی شماره پرونده خانوار موجود در مراکز بهداشتی انتخاب و سپس از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: یافته های این پژوهش نشان داد که ۵۴٪ از کل زنان مورد بررسی خود درمانی کرده بودند شایعترین بیماریهایی که خود درمانی می شدند به ترتیب بیماریهای تنفسی، کم خونی، بیماریهای گوارشی و بیماریهای اعصاب و روان بودند. شایعترین علل خود درمانی نیز به ترتیب شامل مهم تلقی نکردن بیماریها (۶۹٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۶۳٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۵۵٪) و تجربه قبلی از بیماری (۵۳٪) بود. بیشترین داروهایی که به صورت خود سرانه مصرف شده بودند نیز به ترتیب عبارت بودند از آنتی بیوتیکها (۶۸٪)، قرصهای سرماخوردگی (۶۴٪)، قرص آهن (۵۷٪)، آرامبخش ها (۵۴٪). بیشترین شیوع خود درمانی در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال و کمترین آن در گروه سنی زیر ۲۰ سال بود از نظر شغلی خود درمانی در میان کارمندان بیشتر شیوع داشت بیشترین فراوانی خود درمانی از نظر تحصیلات در میان افراد دانشگاهی و افرادی که فاقد بیمه خدمات درمانی بودند دیده شد.

نتیجه نهایی: با توجه به هزینه بالای تولید و تهیه دارو و همچنین عوارض ناخواسته مصرف خودسرانه آن به خصوص در جامعه زنان به دلیل واقع شدن در دورانهای حساسی همچون بارداری و شیردهی باید جهت بالا بردن سطح فرهنگ و عدم مصرف خودسرانه داروها در جامعه و به خصوص زنان اقدام گردد.

کلید واژه ها: خوددرمانی / دارو / مراکز بهداشتی

مقدمه:

درمانی یا مصرف خودسرانه داروها در جامعه باشد (۱). خود درمانی که به عنوان معمولی ترین فرم خود مراقبتی تلقی می شود عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر یا تشخیص توسط پزشک و نیز بدون نسخه یا نظارت درمانی است که شامل مصرف داروهای گیاهی یا صناعی می باشد (۲-۳). متأسفانه در کشورهای در حال توسعه سوء استعمال داروها

امروزه مصرف بی رویه دارو و به طور کلی خود درمانی از جمله بزرگترین مشکلات اجتماعی- بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران محسوب می شود به گونه ای که بررسیها نیز نشان می دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها همخوانی ندارد که این امر می تواند ناشی از خود

* مربی گروه بهداشت حرفه ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک

** مربی گروه بهداشت حرفه ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک (mohsen_shamsi1360@yahoo.com)

ریشه ای دیرینه دارد به طوری که داروی تهیه شده طبیعی (داروهای گیاهی یا سنتی) ریشه در مجموعه فرهنگ اجتماعی اکثر کشورهای در حال توسعه دارد (۴). از طرفی میزان متوسط اقلام تجویزی در نسخ پزشکان ایرانی ۳/۵ قلم دارو است که این مقدار بیش از کشورهای توسعه یافته است و اشاره به وضعیت نامطلوب تجویز دارو در کشور ما دارد (۱) همه این عوامل موجب شده است که مصرف دارو در کشور ما سیر صعودی داشته باشد به عنوان مثال کل مصرف دارویی کشور در سال ۱۳۵۶ معادل ۲۷ میلیارد ریال و در سال ۱۳۸۰ به ۳۵۰ میلیارد ریال بالغ گردیده است (۵). نشریه اسکریپ (Scrip) هم طی گزارشی در سال ۱۹۹۷ اعلام داشت که اولین داروی پر فروش ایران در سال ۱۹۹۷ آموکسی سیلین با ارزش ۱۳ میلیون دلار و سپس آمپی سیلین با ارزش ۷ میلیون دلار بوده است (۶) به گونه ای که می توان گفت ایران یکی از بزرگترین کشورهای مصرف کننده آنتی بیوتیک در جهان می باشد (۷) در حال حاضر مصرف خودسرانه داروها باعث شده است عواملی مثل مقاومت باکتریایی، عدم درمان بهینه، مسمومیت های ناخواسته و حتی عمدی، آثار جانبی و عوارض ناخواسته و... افزایش پیدا کند علاوه بر اینها مصرف خودسرانه داروها منجر به اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه می گردد (۸-۹) با در نظر گرفتن موارد فوق توجه به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است که در این میان توجه به جمعیت زنان به دلیل واقع شدن در دورانه های 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 می باشد به طوری که می توان گفت حتی رخداد بارداری در زنان واقعه ای است که به راحتی می تواند مصرف دارو و مواد شیمیایی را در آنان افزایش دهد و این در حالی است که مصرف خودسرانه داروها در این دوران مسئول بیش از ۳٪ موارد ناهنجاریهای مادرزادی می باشد از این رو تولد یک نوزاد ناهنجر می تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی شدیدی

را برای فرد و جامعه ایجاد کند (۱۰).

از سویی دیگر مطالعات مختلف نشان داده اند زنان تمایل ویژه ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می دهند و معمولاً به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون دیسمنوره، رفع علایم منوپوز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی از داروها استفاده می کنند (۱۱، ۱۲). در ایالات متحده آمریکا برای جلوگیری از خوددرمانی روشهای مختلفی را اجرا کرده اند که میتوان به بالا بردن دانش مردم نسبت به عواقب خوددرمانی، آموزش پزشکان و داروسازان در زمینه تجویز صحیح داروها و مشاوره با مصرف کنندگان داروها و تهیه بروشورها و کاتالوگها در سطح زیاد اشاره کرد (۱۳) در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۴ در شهریزد انجام شد راه حل مقابله با خوددرمانی آموزش و اعتلای سطح فرهنگ مصرف دارو در مردم ذکر شده بود (۱۴) میزان خوددرمانی در شهرهای کشور متفاوت بوده به طوری که این مقادیر در شهرهای تبریز (۶۳٪)، بابل (۳۶٪)، قزوین (۸۳٪) و شهرکرد (۵/۴٪) گزارش شده است (۱۵-۱۸). با توجه به گستردگی روز افزون 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 را داشته باشند لازم است عوامل موثر بر تغییر رفتار جهت دستیابی به رفتار بهداشتی مطلوب شناسایی شوند لذا پژوهش حاضر در راستای حصول به چنین هدفی صورت پذیرفته است.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و مقطعی می باشد که بر روی ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در سال ۱۳۸۷ صورت پذیرفته است. در زمینه تعیین حجم نمونه با توجه به این که میزان خوددرمانی در جوامع مختلف متفاوت گزارش شده است لذا محقق اقدام به انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۲۵ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک که از لحاظ خصوصیات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند نموده که از این بین تعداد ۹ نفر از آنان مصرف خودسرانه دارو داشتند که بر این اساس میزان

محتوایی و با بهره گیری از نظرات افراد متخصص در این زمینه و همچنین با استفاده از منابع معتبر (از جمله ماهنامه دارویی رازی، پیام داروساز، فصلنامه دارویی ندای محیا، کتب معتبر و...) تهیه و پایایی ابزار نیز از طریق آزمون آلفا کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از زنان که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند سنجیده شد که با اطمینان ۸۸٪ تایید شده است. پس از گردآوری اطلاعات داده ها وارد کامپیوتر شده و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون کای اسکویر و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و ارزش $P < 0/05$ به عنوان معیار معنی دار بودن در نظر گرفته شده است.

نتایج:

میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه $34/9 \pm 6/7$ سال بوده است همچنین ۱۲٪ زنان شاغل (۳۶ نفر) و مابقی خانه دار بودند و از نظر سطح تحصیلات ۲۱/۳٪ از افراد بیسواد (۶۴ نفر)، ۱۷/۱٪ ابتدایی (۵۱ نفر)، ۲۳/۶٪ راهنمایی (۷۱ نفر)، ۲۸/۸٪ دبیرستان (۸۶ نفر) و ۹/۲٪ هم دانشگاهی (۲۸ نفر) بودند. از لحاظ دارا بودن دفترچه بیمه خدمات درمانی نیز (۵۳/۳٪) دارای دفترچه و ۴۶/۷٪ فاقد دفترچه بیمه بودند میانگین نمره عملکرد مادران در زمینه خود درمانی ۵۴٪ بوده است در این پژوهش بیشترین فراوانی خود درمانی به تفکیک نوع بیماری شامل بیماریهای تنفسی ۲۰۴ نفر (۶۸٪)، کم خونی ۱۲۹ نفر (۴۳٪)، بیماریهای گوارشی ۱۲۳ نفر (۴۱٪)، بیماریهای عصبی ۱۰۸ نفر (۳۶٪)، اختلالات قاعدگی ۹۶ نفر (۳۲٪) بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی خود درمانی به تفکیک نوع بیماری

نوع بیماری	تعداد	درصد
بیماری تنفسی	۲۰۴	۶۸
کم خونی	۱۲۹	۴۳
بیماریهای گوارشی	۱۲۳	۴۱
بیماریهای عصبی	۱۰۸	۳۶
اختلالات قاعدگی	۹۶	۳۲
سر درد	۹۳	۳۱
بیماریهای پوستی	۷۲	۲۴
بیماریهای مفصلی	۶۳	۲۱
پیشگیری از پوکی استخوان	۵۴	۱۸
مشکلات دوران بارداری	۳۹	۱۳
تشدید القاء زایمان	۶	۲
بیماریهای عضلانی	۳	۱

مصرف خودسرانه دارو ۳۶٪ محاسبه گردید که از آن به عنوان معیار تعیین حجم نمونه استفاده شده است با احتساب این میزان و با در نظر گرفتن دقت ۵٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ بر اساس فرمول زیر حجم نمونه ای برابر با ۲۶۰ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت حجم نمونه به ۳۰۰ نفر افزایش یافته و در نهایت ۳۰۰ پرسشنامه در اختیار نمونه ها قرار گرفته است.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \cong 260$$

در این مطالعه با توجه به پراکندگی جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای و بر اساس مناطق اداره پست صورت گرفته است. با توجه به این که شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده است و اصولاً هر منطقه پستی خصوصیات اجتماعی فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی خاص خود را داراست لذا برای تعدیل پراکندگی و افزایش دقت ۱۰ منطقه پستی به صورت نمونه گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شده (ابتدا ۳۰ منطقه لیست شده و سپس به ترتیب از هر ۳ منطقه یک منطقه انتخاب گردیده است) و سپس از درون هر منطقه یک درمانگاه به صورت تصادفی جهت نمونه گیری انتخاب شده است. (مجموعاً ۱۰ درمانگاه در کل سطح شهر) سپس بر حسب جمعیت تحت پوشش هر درمانگاه تعداد معینی نمونه در هر یک از آنها انتخاب گردیده است نمونه گیری در هر درمانگاه به شیوه تصادفی ساده و بر اساس شماره پرونده خانوار موجود در مراکز بهداشتی درمانی صورت پذیرفته است در پژوهش حاضر روش جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه سازمان یافته بوده است پرسشنامه مشتمل بر چهار قسمت و شامل قسمت اول مشخصات دموگرافیک زنان مورد مطالعه، قسمت دوم شامل عملکرد زنان در زمینه خوددرمانی که شامل برخی از بیماریهایی بود که به طور شایع در آنها خود درمانی صورت می گرفت (۱۲ سوال)، قسمت سوم شامل برخی از داروهایی که فرد به صورت خود سرانه استعمال نموده بود (۱۴ سوال) و قسمت چهارم نیز دیدگاه دیدگاه زنان را در خصوص عوامل موثر بر مصرف خودسرانه داروها در قالب ۱۴ سوال می سنجید. اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار

منبع کسب اطلاعات مادران مورد مطالعه در زمینه مصرف داروها به شرح زیر بوده است: ۲۶۱ نفر (۸۷٪) رادیو و تلویزیون، ۲۱۶ نفر (۷۲٪) کتب و نشریات، ۱۸۶ نفر (۶۲٪) پزشک، ۱۲۳ نفر (۴۱٪) خانواده، آشنایان و همکاران و ۱۱۴ نفر (۳۸٪) سایر افراد مبتلا به آن بیماری بوده است.

در این مطالعه بیشترین شیوع خود درمانی در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و کمترین آن در گروه سنی زیر ۲۰ سال بود از نظر شغلی خود درمانی در میان کارمندان بیشتر شیوع داشت (p < ۰/۰۰۱). از نظر سطح تحصیلات نیز بشتترین میزان خود درمانی در میان افراد دانشگاهی و افرادی که فاقد بیمه خدمات درمانی بودند دیده شد (p < ۰/۰۵).

بحث:

در این مطالعه ۵۴٪ از زنان مبادرت به خود درمانی کرده بودند که در مقایسه با مطالعه انجام شده در خوزستان شهرستان رامهرمز (۹۴ درصد)، کمتر و با مطالعه انجام شده در تبریز (۶۳ درصد) تقریباً برابر است (۱۵،۱۹). بیشترین میزان خود درمانی (۶۶/۵ درصد) در میان گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و کمترین آن (۴۳/۵ درصد) در گروه سنی زیر ۲۰ سال بود در پژوهش حاضر پایین بودن خود درمانی در گروه سنی زیر ۲۰ سال می تواند به این دلیل باشد که این افراد بیماری را جدی تر تلقی می کنند و در مورد مصرف خود سرانه دارو و بدون تجویز پزشک احتیاط بیشتری به خرج می دهند. بیشترین فراوانی خود درمانی در میان افراد دارای تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی بود این امر می تواند به این دلیل باشد که این افراد تصور می کنند می توانند اطلاعات کافی را از بروشور داروها به دست آورند یا این که پس از چند بار تجویز دارو توسط پزشک خود می توانند برای دفعات بعد بیماری را تشخیص داده و در نتیجه از داروهای تجویز شده قبلی استفاده کنند این یافته با نتیجه حاصل از مطالعات انجام شده در شهرستان بابل و قزوین مطابقت دارد (۱۶،۱۷).

بررسی ها نشان می دهد که خود درمانی در میان دانشجویان هنرکونگی از شیوع بالایی برخوردار است در یک بررسی بر روی ۵۶۳ نفر دانشجو در چین مشخص شد که شیوع خود درمانی ۹۴٪ می باشد که عمدتاً برای

بیشترین فراوانی خود درمانی بر حسب نوع داروی مصرفی نیز شامل آنتی بیوتیکها ۲۰۴ نفر (۶۸٪)، قرصهای سرماخوردگی ۱۹۲ نفر (۶۴٪)، قرص آهن ۱۷۱ نفر (۵۷٪) آرام بخشها ۱۶۲ نفر (۵۴٪) و تب برها ۱۵۶ نفر (۵۲٪) بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی خود درمانی به تفکیک نوع دارو

دارو	تعداد	درصد
آنتی بیوتیکها	۲۰۴	۶۸
قرصهای سرماخوردگی	۱۹۲	۶۴
قرص آهن	۱۷۱	۵۷
آرام بخشها	۱۶۲	۵۴
تب برها	۱۵۶	۵۲
استامینوفن	۱۴۱	۴۷
مولتی ویتامین	۱۲۳	۴۱
اسیدفولیک	۱۱۱	۳۷
داروهای گیاهی	۶۶	۳۲
خواب آورها	۴۸	۱۶
آنتی اسیدهای معده	۳۰	۱۰
داروهای ضد استفراغ	۲۴	۸
داروهای ضد فشار خون	۱۸	۶
آنتی هیستامینها	۱۵	۵

در این پژوهش عمده ترین علل خود درمانی نیز به ترتیب شامل مهم تلقی نکردن بیماریها (۶۹٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۵۵٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۶۳٪) و تجربه قبلی از بیماری (۵۳٪) بود (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی علت خود درمانی در مادران مورد مطالعه

علل	تعداد	درصد
مهم تلقی نکردن بیماریها از سوی فرد	۲۰۷	۶۹
گرانی حق ویزیت پزشکان	۱۸۹	۶۳
نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی	۱۶	۵۵
تجربه قبلی از بیماری	۱۵۹	۵۳
عدم دسترسی به پزشک	۱۶۵	۵۱
نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان	۱۴۴	۴۸
نتیجه خوب خوددرمانیهای قبلی توسط شما	۱۲۳	۴۱
در دسترس بودن داروها (در منزل و یا گرفتن از آشنایان و...)	۱۱۷	۳۹
تهیه آسان دارو از داروخانه ها بدون نسخه	۱۰۸	۳۶
اصرار اطرافیان	۶۹	۳۱
عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها	۷۲	۲۴
عدم اطمینان به طبابت پزشکان	۴۸	۱۶
عدم اعتقاد به درمان بدون دارو	۴۵	۱۵
اعتقاد به این که داروها عارضه ای ندارند	۳۶	۱۲

که در تهران انجام گرفت سرما خوردگی شایعترین بیماری برای خود درمانی قلمداد شده بود (۲۲).

عمده ترین علل خود درمانی نیز به ترتیب شامل مهم تلقی نکردن بیماریها، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی، گرانی حق ویزیت پزشکان و تجربه قبلی از بیماری بود. در مطالعه انجام شده در کرمان استفاده مجدد از داروهای تجویز شده قبلی، عدم استطاعت مالی و گرانی حق ویزیت به ترتیب شایعترین علل بوده است (۲۸). در شهر تهران درمان علامتی بیماریها توسط پزشک و تکرار نسخه تجویزی پزشک به ترتیب علل شایع بوده است (۲۹) در مطالعه انجام شده در بابل امکان تهیه دارو بدون نسخه از داروخانه شایعترین علت بوده است (۱۶) در مطالعه انجام شده در مکزیکوسیتی شایعترین علت مصرف خودسرانه آنتی بیوتیکها به دست آوردن سلامتی و تکرار نسخه تجویزی پزشک بوده است (۳۰).

فراوانی عوارض خود درمانی در این مطالعه ۷/۵٪ بود که خوشبختانه نسبت به رقم کل خود درمانی کم است این درحالی است که در یک مطالعه انجام شده در فرانسه عوارض جانبی خطرناک در ۴۰٪ موارد ایجاد شده بود (۳۱) که علت کم بودن عوارض خود درمانی در مطالعه حاضر را می توان ناشی از مصرف ناکافی و مدت کم استفاده از دارو و سطح آگاهی ناکافی مردم در مورد عوارض دارویی دانست.

چون زمینه اطلاعاتی افراد جامعه در خصوص نقش مخرب مصرف بی رویه داروها (هم از بعد اقتصادی و هم آثار جانبی) کافی نیست لذا بر مبنای اطلاعات ناقص خود مبادرت به تصمیم گیری نموده و تمایل به خود درمانی افزایش می یابد در این مورد شاید ارجح باشد که بخشی از برنامه های رادیویی رسانه ها به مصرف خود سرانه داروها و مضرات آنها در جامعه اختصاص یابد تا نگرش افراد به دارو عوض شود و تا حدی از خسارات سنگین وارده بر جامعه در اثر مصرف بی رویه داروها بر اساس باورهای غلط کاسته شود.

درمان عوارضی از جمله سرفه، تب، تسکین درد و... از داروها استفاده می کردند (۲۰) در بررسی دیگر در ۶ کشور آمریکای لاتین در سال ۱۹۹۷ نیز مشخص گردید که ۷/۴٪ موارد خود درمانی مربوط به آنتی بیوتیکها است (۲۱) در ویتنام نیز میزان خود درمانی با آنتی بیوتیک در موارد سرما خوردگی در سال ۱۹۹۷ در شهر ۳۴/۱٪ گزارش گردیده است (۲۲). در پژوهش حاضر سطح تحصیلات به عنوان یک عامل فرهنگی در مورد اقدام به خود درمانی مورد ارزیابی قرار گرفت بر طبق گزارشات قبلی از ایران که مصرف دارو با سطح تحصیلات مرتبط می باشد (۲۳) در این مطالعه نیز این ارتباط به اثبات رسید این نتیجه با نتایج گزارش شده از کرمان و اسپانیا نیز همخوانی دارد (۲۴، ۲۵).

از نظر بعد خانوار بیشترین فراوانی خود درمانی در خانواده های بیش از ۷ نفر و کمترین فراوانی در میان خانواده های ۴ نفره و کمتر بود فراوانی بیشتر خود درمانی در خانواده های پرجمعیت می تواند به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه های درمانی و تجربه بیشتر آنها در زمینه خود درمانی باشد بیشترین فراوانی خود درمانی در میان افرادی بود که فاقد بیمه خدمات درمانی بودند این امر می تواند به این دلیل باشد که این افراد برای امتناع از پرداخت هزینه ویزیت پزشک سعی می کنند که خود داروی مورد نیاز خود را تهیه یا از داروهای قبلی استفاده کنند این درحالی است که داشتن بیمه درصدی از هزینه درمان را تقبل می کند و در نتیجه افراد تحت پوشش بیمه بیشتر تمایل دارند در هنگام بیماری به جای استفاده خودسرانه دارو به پزشک مراجعه کنند در این پژوهش ۶۱٪ از کل افراد مورد بررسی دارو در منزل نگهداری می کردند که این در مقایسه با مطالعه شهرستان رامهرمز خوزستان (۸۸ درصد) و مطالعه منطقه آبیگ قزوین (۸۷ درصد) کمتر است (۱۹، ۲۴) شایعترین موارد خود درمانی به ترتیب در بیماریهای تنفسی، کم خونی، بیماریهای گوارشی و بیماریهای اعصاب و روان بود که این یافته ها مطابق با مطالعه انجام شده در کشور کنیا است (۲۷) در مطالعه مشابه انجام شده در بابل نیز بیماریهای تنفسی شایعترین مورد خود درمانی بوده اند (۱۶) در مطالعه ای

- Babol city]. *Sci J Univ Med Sci Babol* 2001; 2 (1) : 26-32. (Persian).
17. Asefzadeh S, Anbarloyee M, Habibi S. [Prevalence of self medication of patients care in hospital in Quazvin city]. *Sci J Univ Med Sci Quazvin* 2003; 20(1):48-52. (Persian).
 18. Sereshty M, Azari P, Rafiean M. [Rate of consumer plan drug in women with pregnancy in korsedtan city]. *Sci J Univ Med Sci Shahrekord* 2006; 2(3): 82-86. (Persian).
 19. Maghbal A. [The survey of over consumer druges in Ramhormoz city]. *Monthly Journal of Razi* 1998; 19(10): 13-22. (Persian).
 20. Lau CG, Lee KK, Luk CT. Self medication among university student in Hong Kong. *Asia Pac J Public Health* 1995; 8(3): 153-7.
 21. Drug Utilization Research Group. Multicenter study on self medication and self-prescription in six latin American countries. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 61 (1): 488-493.
 22. Van-Duong D, Binns CW, Vanle T. Availability of antibiotic as OTC drugs in pharmacies: a threat to public health in Vietnam. *Trop Med Int Health* 1997; 2 (12): 1133-1139.
 23. Tavakoli R. [The survey of self medication in Tehran city]. Dissertation in health education in university of science medicine in Tehran . 1992: 32-50. (Persian).
 24. Saryazdi S, Nikian Y, Esfandiary A. [The survey of self medication in patiente with skin disease in Kerman city]. *Sci J Univ Med Sci Yazd* 2005; 3 (6): 60-64. (Persian).
 25. Lam CL, Catrativas MC, Munroc' Launder IJ. Self medication by adolescence. *Schweiz Med Wochenschr* 1998; 128 (6). 203-208.
 26. Asefzadeh S, Ghasemi R. [The survey of residual druge home in Quazvin]. *Sci J Univ Med Sci Quazvin* 2001; 3 (2): 15-21. (Persian).
 27. England RI, Homer JJ, Jusserp Wild AD. Accuracy of patient self medication in Kenya. *Trop Med Int Health* 2000; 6 (3): 1214-1221.
 28. Heydari M. [Common reason for delivering druge in drugstore in Kerman city]. *Sci J Univ Med Sci Babol* 2003;4 (1): 32-39. (Persian).
 29. Behzadi M. [Druge OTC]. *Monthly Journal of Razi* 1998; 5 (3): 48-56. (Persian).
 30. Harden A, Sjaak Vander G. Hazards of self medication. *World Health Froum* 1987; 8: 62-72.
 31. Sihvo S, Hemminki E. Self medication and health habit in the management of upper gastro-intestinal symptom. *Patient Edu Couns* 1999 May :37 (1): 55-63.

سپاسگزاری :

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده و هزینه های مربوطه را تقبل نمودند سپاسگزاری می شود.

منابع :

1. Ahadian M. [Self medication and drug abuse]. *Journal of drug nedaye mahya* 2007;1(3):14-35 . (Persian).
2. Omidbeygee R. [Culture pharmacy drug and some notes important around]. *Monthly Journal of Razi* 1996; 5 (7): 24-40. (Persian).
3. Parvar Gh, Mahalati V, Montaseri A. [View of drug situation in Iran year 1996]. *Monthly Journal of Razi* 1999; 9(7): 70-73. (Persian).
4. Farokhsair M, Samar G, Barzi M. [Drug and complication its]. Tehran: Company drug distribution : 15-20. (Persian).
5. Shabani A. [Review in system drug in Iran]. *Monthly Journal of Razi* 2003; 5(8):60-62. (Persian).
6. IRID: Iranian Pharma market S400 Million. *Scrip* 1997:2272(3):17.
7. Motamedi H. [Knowledge and performance of antibiotics]. Publication of center educational NAZAJA 1999: 12-14 (Persian).
8. Porgholami A. Similar with drugs. *Monthly Journal of Razi* 2004; 8 (5): 27-34 (Persian).
9. Bili L. [Safe prescriptive drug]. Publication of adineh 1994 :11 (Persian).
10. Heffner CR, Reiff EK, Ephross SA. Monitoring pregnancy outcome after prenatal drug exposure through prospective pregnancy. *Am J Obsetet Gynecol* 2000; 182(5): 159-163.
11. Tesch B.J. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5): 44-55.
12. Vega WA. Prevalence and magnitude of prenatal substance exposures in California. *N Engl J Med* 1993:329: 850.
13. Jimenez E, Bosch F, Lopez A. Patterns of regular drug use in Spanish child bearing women. *Eur J Clin pharmacol* 1998:54:645-651.
14. Ahmadi M. [The survey of residual drug in Yazd city]. *Sci J Univ Med Sci Yazd* 1996; 3(2): 15-21. (Persian).
15. Haji E. [The survey of knowledge women with pregnancy about drug in pregnancy]. 2005; 9 (3): 75-83. (Persian).
16. Moghadamnia A, Ghadimi R. [Self medication in common cold in people in 15-45 years in