

## بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهر کرد

تاریخ دریافت: 1397/7/30

تاریخ پذیرش: 1398/2/5

زینب پیکار\*<sup>1</sup>، اصغر محمدی<sup>2</sup>

### چکیده

مصرف خود سرانه داروها به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی جوامع به حساب می‌آید از این رو با توجه به گستردگی روز افزون پدیده خوددرمانی در جوامع و نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در انتخاب و مصرف داروها، برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی داشته باشند لازم است عوامل موثر بر تغییر رفتار جهت دستیابی به رفتار بهداشتی شناسایی شوند.

در کشور ما مردم به مصرف بیش از اندازه دارو عادت کرده‌اند به طوری که این عمل به یکی از مهمترین دغدغه‌های نظام سلامت کشور تبدیل شده است. لذا با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف تعیین عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر خوددرمانی و مصرف خود سرانه دارو در شهر کرد صورت گرفته است. روش تحقیق، از نوع پیمایشی بوده و نمونه پژوهش 382 نفر از خانوارهای شهر کرد بوده‌اند. نمونه‌ها به صورت تصادفی از طریق پرسشنامه و با پایایی 0/9 جمع آوری گردیده است، پرسشنامه از 95 گویه در دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک (ویژگی‌های جمعیت شناختی) و سوالات اصلی (براساس اهداف و فرضیات پژوهش) در قالب طیف لیکرت تدوین شده است. جهت تحلیل از آمار توصیفی و استنباطی (تی تست، آزمون پیرسون، ضریب رگرسیون) در نرم افزار spss نسخه 19 در سطح معناداری ( $p < 0.03$ ) استفاده شد.

نتایج و تحلیل همبستگی نشان داد بین باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی همبستگی مثبتی وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که از بین متغیرهای معنادار، باورهای فرهنگی با ضریب بتا 0/810، ضعف قوانین پزشکی با ضریب بتا 0/178 به ترتیب بیشترین تاثیر را بر مصرف خودسرانه دارو داشتند.

**مفاهیم کلیدی:** خود درمانی، دارو، مصرف خود سرانه، مولفه‌های اجتماعی و فرهنگی

---

1. \* نویسنده مسئول، کارشناس ارشد پژوهشگری، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد دهقان، اصفهان، ایران (\* نویسنده مسئول)، [z\\_heykar@yahoo.com](mailto:z_heykar@yahoo.com)  
1. استادیار گروه جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، اصفهان، ایران

## مقدمه

بیماری و سلامتی دو واژه‌ای هستند که قدمت آنها به تاریخ خلقت بشر بر می‌گردد. در این راستا به نظر می‌رسد 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. از نظر درمانی در واقع دارو به آن ماده شیمیایی گفته می‌شود که در پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری‌ها به کار برده می‌شود. امروزه شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم که به عنوان یک پدیده اجتماعی زاینخش یعنی مصرف بی‌رویه دارو و به طور کلی خوددرمانی مطرح شده است. خوددرمانی می‌تواند از طریق مصرف یک داروی صنعتی یا داروی دست ساز، دستیابی به داروها بدون تجویز متخصص، استفاده از داروهای تجویز شده قبلی در موارد مشابه، تقسیم داروهای تجویز شده برای یک نفر بین اعضای خانواده و آشنایان، استفاده از داروهای اضافی باقیمانده در منزل، 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. دارو از نظر درمانی به مواد شیمیایی گفته می‌شود که در پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری‌ها و اختلالات مختلف اعضای بدن به کار برده می‌شود (شمسی و همکاری، 1388: 58). خوددرمانی که از نظر جامعه‌شناسی پزشکی به عنوان معمولی‌ترین فرم خود مراقبتی تلقی می‌شود عبارت است از بدست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر یا تشخیص پزشک و نیز بدون نسخه یا نظارت درمانی و مصرف داروهای گیاهی یا صنایع را در بر می‌گیرد (تاجیک و دیگران، 1390: 198). خود درمانی دو نوع است: نوع اول مربوط به مصرف داروهای مجاز و شناخته شده می‌باشد که دارای عوارض جانبی کم و ایمنی بالا در کنترل علائم ظاهری بیماری‌ها می‌باشد. اگر این داروها تحت راهنمایی افراد آگاه به مسائل طب و درمان مصرف گردند هیچگونه عوارض زاینباری نخواهند داشت. این گروه داروها را داروهای بدون نسخه<sup>1</sup> می‌نامند. نوع دوم خوددرمانی مربوط به مصرف داروهای قوی الاثر از نظر بروز عوارض جانبی و داروهای اختصاصی است. تجویز آنها نیاز به تشخیص پزشک دارد و بیماران اجازه مصرف خودسرانه را ندارند. این گروه داروها را با نسخه<sup>2</sup> می‌نامند (صاحبی و دیگران، 1387: 175).

مصرف نادرست دارو یک معضل جهانی است و در سراسر جهان مصرف خودسرانه دارو به طور فزاینده‌ای در حال گسترش است در سال 2010 مصرف خودسرانه داروهای ضد درد در افراد

1. over- the counter(otc)

2. prescription only medicine(pom)

18 تا 25 سال در آمریکا از 22/1 درصد به 32/7 درصد افزایش یافته است (پوررضا و همکاران، 1391: 40). شیوع خوددرمانی با دارو در کشورهای اروپایی 68 درصد، کویت 92 درصد، هند 31 درصد و در نپال 59 درصد گزارش شده است (Zafar:2006; Nunes:2008). در ایران براساس اعلام وزارت بهداشت فروش کل دارو در سال 1384 بالغ بر 26/874 میلیارد عدد بوده که با احتساب جمعیت ایران هر ایرانی در سال 84 بطور متوسط 386 عدد دارو مصرف کرده است (پوررضا و همکاران، 1391: 41-42). تخمین زده می شود که 83/3 درصد ایرانی ها به صورت خودسرانه دارو مصرف می کنند (اسلامی و همکاران، 1390: 413). اهمیت موضوع از اینجا مشخص می شود که خوددرمانی از جنبه های مختلف می تواند به فرد و جامعه آسیب برساند.

الف: بهداشت و درمان: حدود 65 درصد بیماری ها در کشور به علت عدم رعایت الگوی صحیح تجویز دارو و توسط پزشکان و مصرف غیر منطقی داروها توسط افراد می باشد که این امر می تواند پیامدهای نامناسبی چون نارضایتی بیمار، طولانی شدن و شدت یافتن بیماری، ایجاد عوارض جانبی خطرناک و بستری شدن در بیمارستان، کم رنگ شدن ارتباط پزشک با بیمار و نهایتا افزایش هزینه های درمان برای افراد و دستگاه های دولتی و مهمتر از همه مشکل کمبود دارو را در کل کشور در بر داشته باشد (قهرمانی صغیر، 1384: 2).

ب: اجتماعی و فرهنگی: پدیده خود درمانی در میان افراد جامعه در حال نهادینه شدن است به طوری که اگر با آن مقابله نشود و آگاهی افراد جامعه در این زمینه افزایش نیابد در آینده شاهد آن خواهیم بود که نسل جدید هم با الگو گرفتن از بزرگترها به مصرف خودسرانه دارو بپردازند و رفته رفته این رفتار غلط در میان تمام اقشار جامعه گسترش یابد.

ج: اقتصادی: مصرف دارو در کشور طی سال های اخیر مرتب سیر صعودی داشته است به گونه ای که این مقدار به لحاظ هزینه ای در سال 1380 به 350 میلیارد ریال بالغ گردیده است. مصرف خودسرانه دارو باعث می شود که بدن افراد نسبت به داروها مقاومت نشان دهد به این معنی که برای درمان باید از داروهایی با دوز بیشتر استفاده شود به این ترتیب یک سری از داروها از چرخه درمانی حذف و به جای آن داروهای قوی تر جایگزین می شوند. طبق آمار وارد کردن یک داروی جدید به بازار حدود 500 میلیون دلار هزینه دارد. که با توجه به کمبودهایی که در بخش بهداشت و درمان وجود دارد می توان با مصرف بهینه این بودجه را صرف بخش های دیگر و رفع کمبودها کرد. با توجه به اهمیت موضوع و ضرورت پرداختن به جنبه های اجتماعی و فرهنگی آن، تحقیق حاضر به دنبال پاسخ گویی به سوالات زیر است:

1) چه عوامل فرهنگی در خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو نقش دارند؟

2) چه عوامل اجتماعی در خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو نقش دارند؟

## علل فرهنگی و اجتماعی خوددرمانی

بحث مصرف دارو امری است که با کلیه جوانب فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مردم در ارتباط است. امروزه مصرف صحیح و منطقی دارو یکی از اهداف و برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. مصرف صحیح و منطقی دارو از طرف تجویز کنندگان خوددرمانی و یا مصرف نابجای دارو را در نزد بیمار منع می‌کند (دواتی و همکاران، 1384: 450-456). با توجه به اینکه مصرف دارو از ارکان مهم بیماری می‌باشد (75 درصد درمان‌ها توسط دارو صورت می‌گیرد) اما مصرف غیر منطقی آن علاوه بر عدم درمان بیماری موجب ایجاد اثرات جبران ناپذیر در سطح جامعه می‌شود که بعضاً وقوع بیماری‌ها و افزایش هزینه‌ها و کاهش امکانات اقتصادی را به دنبال دارد. که علت این رفتارها بعضاً به عقاید فرهنگی و اجتماعی مردم یک جامعه بر می‌گردد.

**فرهنگی:** میزان مصرف سرانه داروها در سطح یک کشور یکی از شاخص‌های سلامت و بهداشت است که از یک سو چگونگی وضعیت بهداشت و سلامت مردم آن کشور را نمایان می‌سازد و از سوی دیگر نوع فرهنگ مصرف در مورد یک کالای خاص را در بین مردم بیان می‌نماید. بررسی جوانب مختلف مصرف دارو و رفتارهای مردم نسبت به مصرف این کالا تداعی کننده فرهنگ خاص مصرف است؛ زیرا کاربرد دارو در جامعه با شرایط فرهنگی در رابطه است (وحدید دستجردی و همکاران، 1393: 33).

- 1- باورهای مذهبی: تاثیر دعا و نیایش برای تسکین درد و بیماری، تاثیر صدقه و نذری در درمان بیماری، تحمل درد و رنج برای پاک شدن از گناهان طبق احادیث و روایات
- 2- باورهای غلط: یکی از علل مهم خوددرمانی، فرهنگ و تصور مردم از دارو است یعنی مردم میل دارند در موقع مراجعه به پزشک حتما نسخه دارویی به مقدار زیادی برای آنها نوشته شود. از این رو اگر زمانی پزشکی اقدام به مصرف دارو ننماید، به پزشک دیگری مراجعه می‌کنند یا خود اقدام به مصرف دارو می‌نمایند که در این صورت زمینه مصرف خود سرانه و بی رویه دارو در کشور فراهم می‌آید (غفوری و همکاران، 1392: 130).
- 3- خجالت از مراجعه به پزشک: در مواردی دیده شده که افراد به دلایل مختلف از مراجعه حضوری نزد پزشک خجالت می‌کشند که بیشتر در بیماری‌های جنسی یا اعضای تناسلی یا مشکلات روحی و روانی رخ می‌دهد.
- 4- تغییر سبک زندگی: دارو همیشه بخشی از سبب خانوار را تشکیل می‌دهد ولی به تناسب تغییر سبک زندگی، نوع دارو و جهت مصرف دارو تغییر کرده است زندگی مدرن همراه

با خود آموزه های بسیاری را بر انسان ها تحمیل کرد که از آن می توان به تغییر نگرش نسبت به خود و جهان اشاره کرد.

امروزه مشخص شده است که 65 درصد بار بیماری ها در کشور به رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیر منطقی دارو بر می گردد. طبق تحقیقات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 50 درصد بیماران در مواقع ضروری هم به مراکز درمانی مراجعه نمی کنند (معیر، 1393: 12).

**اجتماعی:** تندرستی انسان و رفاه او، هدف نهایی توسعه است. توسعه ی تندرستی عبارت از فرآیند پیشرفت پویای بهبود وضع سلامتی جامعه است. مفهوم توسعه تندرستی آن است که دولت ها مسئول تندرستی مردم هستند و مردم نیز باید حق و وظیفه شرکت در توسعه را داشته باشند. توسعه ی تندرستی در توسعه ی اقتصادی و اجتماعی نقش داشته و از آن ناشی می گردد (ترور، 1372: 148). تغییرات اجتماعی می توانند بر تندرستی مردم تاثیرگذار باشند. چنانکه می دانیم تندرستی تحت تاثیر چهار نوع متغیر قرار دارد:

الف) استعداد فردی؛

ب) استعداد های بوم شناختی؛

ج) اوضاع جاری؛

د) امکانات و فرصت ها.

این متغیر ها تحت تاثیر منابع اصلی تغییر های اجتماعی قرار دارند: عوامل اقتصادی، سیاسی، آموزشی و سایر سیستم ها. در مقابل، وضع تندرستی افراد می تواند بر ساختار اجتماعی تاثیر گذار و به این ترتیب متغیر های مستعد کننده و نتیجتاً تندرستی تحت تاثیر قرار می گیرند (ترور، 1372: 167).

در بین مجموعه عوامل اجتماعی موثر بر مصرف دارو می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- 1- گروه های کوچک: شامل گروه های عضویت، گروه های اصلی و گروه های ثانویه هستند که رفتار مصرف کنندگان را متاثر می سازند. به غیر از سه گروه مذکور گروه های مرجع نیز به طور مستقیم یا غیر مستقیم در تغییر و یا شکل دهی رفتار مصرف دارو موثر واقع می شوند. گروه های مرجعی که فرد علاقه مندی خاصی به عضویت در آنها دارد بیشترین تاثیر گذاری را در تغییر رفتار و سبک زندگی او می گذارند (قلی زاده، 1379: 149-153).
- 2- نقش و منزلت اجتماعی: افراد بنا به نقش های متفاوتی که در اجتماع ایفا می نمایند رفتار متفاوتی نسبت به خرید و مصرف کالا دارند. بنابراین، نقشی که به نوعی منزلت فرد را تعیین می نماید، در مصارف کالا و خدمات تاثیر گذار است.

3- بستگان و خانواده فرد: ارزش‌هایی که یک فرد می‌پذیرد و نقش‌های گوناگونی که از او انتظار می‌رود انجامشان دهد، نخست در چهارچوب محیط خانواده آموخته می‌شود. آتش پور بر اساس مطالعات انجام شده خانواده را به دو نوع تقسیم می‌کند: الف- والدینی که به نام خانواده راهنما شناخته می‌شوند.

ب- همسر و فرزندان یا فامیل تکمیلی (آتش پور و همکاران، 1385: 42-47).

4- رسانه‌های همگانی: رسانه‌های همگانی بر اعضای جوامع تاثیر ژرفی دارند. رسانه‌ها با القای این احساس که آنچه انتقال می‌دهند، همان بازتاب راستین جامعه است، هم می‌توانند هنجارهای اجتماعی را تقویت کنند و هم می‌توانند آنها را مخدوش سازند (کوئن، 1385: 80).

### پیشینه تحقیق

در بین مطالعات داخلی و خارجی صورت گرفته در زمینه مصرف دارو می‌توان به برخی از پژوهش‌های زیر اشاره کرد:

حمداله زاده و همکاران (1395) تحقیقی تحت عنوان داروهای مازاد بر مصرف موجود در منازل شهر ارومیه انجام داده‌اند. نتایج نشان داد که 88 درصد خانوارها در خانه، داروهای استفاده نشده نگهداری می‌کردند. یعنی در هر منزل به طور میانگین 8/27 قلم دارو با ارزش ریالی معادل با 81050 ریال به صورت مازاد وجود داشت. مطلوبیت جزئی حاصل از مصرف داروها و استفاده متعاقب از داروهای باقیمانده که شاید بعد از انقضای آنها نگهداری شوند نه تنها سلامتی بیماران را به خطر می‌اندازد بلکه هم چنین هزینه مراقبت سلامتی را افزایش می‌دهد.

احمدی و همکاران (1393) تحقیقی تحت عنوان بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز انجام داده‌اند که پس از بررسی نسخ دارویی، ارتباط معنی داری بین مقدار سرانه اختصاصی دارو و میزان تجویز دارو توسط پزشکان وجود داشته دارد.

وحید دستجردی و قلی زاده (1393) در تحقیقی تحت عنوان مولفه‌های فرهنگی موثر بر مصرف دارو (از دیدگاه شهروندان اصفهان) به این نتیجه رسیدند که مولفه‌های آموزش عمومی و رسانه‌ها به ترتیب کمترین نقش را در فرهنگ مصرف دارو در میان شهروندان اصفهان داشتند. جلیلیان و همکاران در (1392) در تحقیقی تحت عنوان بررسی علل خوددرمانی در بین مراجعین به داروخانه‌های استان همدان با توجه به شیوع بالای مصرف خود سرانه دارو اجرای

برنامه های آموزشی به منظور افزایش درک خطر مصرف خود سرانه دارو در بین اقشار مختلف جامعه ضروری دانستند.

گاوالی و سودش (2015) به بررسی دانش، نگرش و عملکرد خوددرمانی در میان دانش آموختگان پایه علوم پایه در مدرسه پزشکی غرب نپال پرداخته است. میانگین دانش، نگرش و نمرات کل دانشجویان ملیت های مختلف تفاوت معناداری داشت. میانگین نمرات دانشجویان دوره چهارم نسبت به دانش آموزان دوره دوم نسبت به دانشجویان پایه بالاتر بود. در دانش و نمره کل دانش آموزان ملیت های مختلف تفاوت معنی داری وجود داشت. شیوع خوددرمانی در بین پاسخ دهندگان بر اساس ترم تحصیلی، جنس، سن و حرفه والدین به طور معناداری تفاوت نداشت. استفاده از خود درمانی در بین پاسخ دهندگان سریلانکا در مقایسه با نیپالی رایج تر بود. پاتل و همکاران (2013) به بررسی تاثیر درس دارو شناسی بر دانش و نگرش و عملکردشان در مورد خوددرمانی در دانشجویان پزشکی پرداخته است. این مطالعه نشان می دهد که دانشجویان سال دوم آگاهی بیشتری از خوددرمانی دارند و با اعتماد به نفس بیشتری در زمانهای مقتضی اقدام به خوددرمانی می کنند.

اباسعید (2009) به بررسی مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک در یک نمونه 860 نفری از ساکنان شهر از ساکنان ابوظبی در کشور امارات پرداخت. بیانگر فراوانی 46 درصدی مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک در طی یک سال بود.

گریگورین لاریسا (2006) تحقیقی تحت عنوان خوددرمانی با داروهای ضد میکروبی (آنتی بیوتیک) در اروپا نوشته است. در این تحقیق رشد خوددرمانی داروهای آنتی بیوتیک را در نوزده کشور اروپایی در بازه زمانی دوازده ماه گذشته، مورد بررسی قرار داده است. براساس نتایج بدست آمده شایع ترین علل برای خوددرمانی علائم گلو (مانند تورم خشکی قرمزی زخم تورم لوزه و درد لوزه) می باشد. اصلی ترین مرجع دارو، داروخانه ها و داروهای باقیمانده از نسخه های قبلی بودند. افراد مسن تر و با تحصیلات بالاتر و بیماری مزمن دیرینه ارتباط مستقیمی با مصرف خودسرانه دارو دارد. تلاش برای کاهش بی مورد خوددرمانی باید تجویز کنندگان دارو و دارشناسان و عموم مردم را هدف گیری کند.

در این تحقیق سعی خواهد شد ضمن استفاده از نتایج تحقیقات صورت گرفته در این زمینه با رویکرد جامعه شناختی به تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهر شهرکرد پرداخته شود.

## چارچوب نظری

پرداختن به مسایل بهداشت و سلامت یکی از جدیدترین حوزه‌ها در جامعه‌شناسی است که صاحب نظران در این حوزه دیدگاه‌ها و نظرات گوناگونی را بیان کرده‌اند. از جمله این دیدگاه‌ها می‌توان به مساله سواد سلامت پرداخت. سواد سلامت توانایی انجام وظایف خواندن و نوشتن پایه است که مستلزم عملکرد در زمینه مراقبت‌های سلامت است. براساس این تعریف، سواد سلامت کافی و کاربردی به معنای قادر بودن بیمار در به کار بردن مهارت‌های سواد در موارد مرتبط با سلامت، مثل نسخه‌های دارویی، کارت‌های ویزیت، برچسب‌های دارویی و دستورات مربوط به مراقبت‌های خانگی است (طاووسی و همکاران، 1392: 120). مطالعات نشان داده است بین سواد سلامت و پیامدهای نادرست سلامت رابطه وجود دارد، برای مثال هر چه دانش در زمینه شرایط و موقعیت‌های بهداشتی ضعیف‌تر باشد، استفاده از خدمات پیشگیری کننده نیز کمتر است. سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش‌های پزشکی و پیروی از آنها، مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه، تشخیص دیر هنگام بیماری‌ها، ناتوانی در مهارت‌های خود مراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است. همچنین شیوع بیماری‌های مزمن، میزان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان در افراد با سواد سلامت ناکافی بیشتر بوده و به طور کلی این افراد هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (رئیسی، 1392: 828). بنابراین داشتن تحصیلات آکادمیک یا سواد خواندن و نوشتن می‌تواند اطلاعات افراد را در مورد مصرف داروهای مختلف از طریق برچسب‌های دارویی یا بروشورهایی که داخل داروها قرار دارد که نحوه و زمان استفاده از آن دارو را توضیح داده بالا ببرد.

در بیان باورهای فرهنگی و مصرف خودسرانه دارو طبق مدل بزنف هم بر توانمندی و هم بر محدودیت‌ها و مواقع افراد جهت انجام یا عدم انجام یک رفتار تاکید می‌شود. بر اساس مدل بزنف مصرف خود سرانه دارو در افراد به باورها و نگرش آنان بستگی دارد. بر این اساس اگر افراد خوددرمانی را سودمند بدانند و پیامدهای ناشی از مصرف آن را مثبت تلقی کنند، نگرش مثبتی را به خود درمانی پیدا خواهند کرد. از طرفی خانواده و اطرافیان به عنوان هنجار انتزاعی به همراه قیمت ارزان و دسترسی راحت به عنوان عوامل قادر ساز می‌توانند باعث گرایش به خوددرمانی شوند (چرکزی، 1390: 39).

همچنین در نظریه سرمایه فرهنگی، بورديو معتقد است کودکان، پیش از مدرسه و در درون خانواده، درجات گوناگونی از توانایی فرهنگی از جمله اطلاعات و مهارت‌ها را به دست می‌آورند. در این بین، کودکان طبقه فرادست به میزان سرمایه‌گذاری پدر و مادرشان در سرمایه



فرهنگی بهتر بار می‌آیند و در مقایسه با کودکان طبقات فرودست، امکان موفقیت بیشتری برایشان فراهم است. حال اگر در زمینه مصرف دارو افراد در خانواده‌هایی پرورش یافته از منزلت اجتماعی پایینی برخوردار باشند یا به تعبیر بورديو از طبقات فرودست باشند که دارای عقاید و باورهای غلط، خرافی یا به نوعی سنتی در زمینه بیماری و به دنبال آن مصرف دارو داشته باشند این طرز تفکر توسط والدین به فرزندان تعلیم داده می‌شود و باعث می‌گردد که هم خودشان این رفتارها را در طول زندگی و در موقع بروز بیماری انجام دهند و هم الگویی برای نسل بعد از خودشان باشند (بورديو، 1381: 139).

در بیان رابطه تبلیغات و مصرف خودسرانه دارو در نظریه کنش متقابل نمادین آمده است که، انسانها براساس تفسیرهای ذهنی که از کنش متقابل با دیگران یاد گرفته‌اند عمل می‌کنند به طور مداوم رفتار دیگران و نیز رفتار خود را بر حسب نمادها و معناهایی که به طور اجتماعی کسب کرده‌اند، تفسیر می‌کنند. این دیدگاه نظری بر پایه مفاهیم جامعه پذیری و نمادها استوار است. نظریه کنش متقابل مبتنی بر مبانی نظری خاصی است. این نظریه به جای متمرکز شدن بر موقعیت اجتماعی علل رفتار افراد بر طبیعت کنش متقابل اجتماعی که بین افراد اتفاق می‌افتد متمرکز است. کنش متقابل یعنی اینکه افراد در ارتباط با یکدیگر عمل می‌کنند و موجب ساختن عمل یکدیگر می‌گردند (اقتباس از گیدنز، 1389). با این توضیحات می‌توان گفت وقتی افراد در جمعی قرار می‌گیرند در اثر کنش‌ها و ارتباطهایی که با هم برقرار می‌کنند مخصوصاً در میان زنان در جمع‌های خانوادگی و دوستانه اگر تجربه مصرف دارویی را داشته باشند و از آن راضی باشند مصرف آن را به دیگران توصیه می‌کنند. البته بحث تبلیغات به همین جا ختم نمی‌شود و می‌توان از تبلیغاتی که طور وسیع از طریق تلویزیون (آگهی‌های تجاری) شبکه‌های ماهواره ای و اینترنت و اخیراً شبکه‌های مجازی اجتماعی به راه افتاده و روز به روز هم در حال افزایش است اشاره کرد امروزه پیام‌های بازرگانی ضمن فاصله گرفتن از کارکرد اصلی و فلسفه وجود خود که معرفی کالاها و خدمات بوده است به وسیله ایجاد احساس نیاز در مخاطب تبدیل شده‌اند و از این طریق به افزایش مصرف گرایی که تأمین کننده منافع سرمایه‌داران است می‌پردازند. گاهی پیام‌های بازرگانی با به‌کار بردن مضامین و محتواهای خاصی در ضمن تبلیغ یک کالا، برای آن کالا در ذهن مخاطب، کارکرد هویتی به وجود می‌آورند و در نتیجه، مخاطب را به سمت خرید آن شیء، به‌عنوان عنصری هویت‌ساز حریص می‌کنند. به‌گونه‌ای که مخاطب گمان می‌کند، اگر آن کالا را نداشته باشد، هویت خویش یا حقیقت زندگی را از دست داده است. این روزها شاهد افرادی هستیم که فریب این تبلیغات غلط را در زمینه مصرف دارو به خصوص در زمینه آرایشی و بهداشتی، لاغری، پوستی،

داروهای تقویتی و...خورده اند و دچار مشکلات زیاد و حتی مرگ شده‌اند.

بین ضعف قوانین پزشکی و مصرف خودسرانه دارو به نظر نگارنده در بحث خوددرمانی و رواج روز افزون آن در سطح جامعه تا حدی مشکل به جامعه پزشکی و قوانین موجود در آن بر می‌گردد. امروزه هنگام مراجعه به پزشک شاهد هستیم که پزشکان بعد از تجویز دارو به بیمار توصیه‌های پزشکی می‌کنند که به نظر می‌رسد در رواج خوددرمانی بی‌تاثیر نیست. به عنوان مثال «هر وقت خواستی سرما بخوری دو تا قرص سرما خوردگی باهم بخور. یا هر وقت سرت درد گرفت یک قرص مسکن بخور. هر وقت زانو هات درد گرفت این آمپول تقویتی را بزَن. هر وقت بچه تب کرد داروی مسکن بهش بده» و موارد زیادی که وجود دارد. این رفتار اشتباه از سوی پزشکان باعث می‌شود که مردم برای خوددرمانی انگیزه‌ی بیشتری داشته باشند چون پزشک در اینجا به عنوان یک الگوی مرجع و قابل اطمینان شناخته می‌شود و حرف او برای بیمار کاملاً مورد قبول است و شکی در درست بودن آن نیست به همین دلیل انتظار می‌رود که پزشکان هم در این زمینه‌ها دقت نظر بیشتری داشته باشند و قوانین بازدارنده‌ای از سوی نظام پزشکی برای این گونه موارد اتخاذ شود مشکل دیگری که در این زمینه وجود دارد کم‌رنگ شدن رابطه بین بیمار و دکتر دارو ساز است. موضوعی که بسیار کم به آن پرداخته شده است. همانطور که می‌دانیم درمان و بهبود بیماری و طرز صحیح مصرف دارو مستلزم ارتباط فعال بین بیمار و داروساز است. آموزش مناسب داروسازان یکی از عوامل مهم در ارائه خدمات ارزنده این قشر از جامعه به بیماران و هموعان خود محسوب می‌شود. به علاوه شناخت حرفه داروسازی و معرفی توانایی‌های آنان به جامعه می‌تواند باعث ایجاد ارتباط صحیح علمی بین آنها و بیماران، به عنوان مراجعه کنندگان اصلی به داروخانه‌ها شده و باعث ارتقای سلامت جامعه گردد. عوامل متعددی می‌تواند باعث عدم ارتباط مناسب باشد از جمله می‌توان به دلایل فردی، فضای فیزیکی داروخانه، مهارت‌های ارتباطی و شناختی و اطلاعاتی، آشنا نبودن بیماران به وظایف و توانمندی‌های داروسازان توجه نمود. حیطة دیگری که می‌تواند به عنوان سدی جهت عدم ارتباط بین داروساز و بیمار مد نظر قرار گیرد، مهارت‌های ارتباطی و عدم آشنایی داروسازان با این مهارت است. ارتباط صحیح بین داروساز و بیمار موقعی از اهمیت ویژه برخوردار می‌شود که بیمار به داروخانه مراجعه می‌کند و اقدام به خرید خودسرانه دارو می‌کند، در این موقع داروساز می‌تواند طی ارتباطی که با بیمار برقرار می‌کند او را از انجام این کار منصرف کند با بیان عوارضی که در پی مصرف خودسرانه آن دارو برای بیمار به وجود می‌آید. در مجموع، در این تحقیق، با ترکیب نظریه‌های جامعه‌شناختی و پیشینه تجربی تحقیق، خوددرمانی براساس چهار متغیر سطح سواد، باورهای فرهنگی، تبلیغات و ضعف قوانین پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است. که با توجه به مدل نظری تحقیق به ارائه فرضیه‌های ذیل پرداخته می‌شود:

1. به نظر می‌رسد بین سطح سواد (تحصیلات) افراد و مصرف خود سرانه دارو رابطه معناداری وجود دارد.
2. به نظر می‌رسد بین باورهای فرهنگی و مصرف خود سرانه دارو رابطه معناداری وجود دارد.
3. به نظر می‌رسد بین تبلیغات و مصرف خود سرانه دارو رابطه معناداری وجود دارد.
4. به نظر می‌رسد بین ضعف قوانین پزشکی و مصرف خود سرانه دارو رابطه معناداری وجود دارد.

## روش شناسی تحقیق

### روش تحقیق

روش پژوهش از نظر نوع هدف کاربردی و در زمره پژوهش‌های کمی است. روش تحقیق مورد استفاده در آن پیمایشی می‌باشد از آنجا که این تحقیق درصدد مطالعه مصرف خودسرانه دارو است متغیرها در سطح فرد مورد سنجش و بررسی قرار گرفته‌اند بنابراین واحد تحلیل آن فرد است. جمع آوری داده‌ها و اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخت انجام گرفته است. سوالات پرسشنامه 95 گویه و شامل دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک و سوالات اصلی می‌باشد در بخش نخست ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله جنس، تحصیلات، درآمد، وضعیت تاهل، سن و شغل مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش سوالات اصلی، سوالات براساس اهداف و فرضیات پژوهش تدوین شدند همچنین پرسشنامه از نوع بسته و در قالب طیف لیکرت طراحی گردید. متغیرهای مستقل تحقیق شامل:

- باورهای فرهنگی با شاخص‌های (پایین آمدن آستانه تحمل درد در میان مردم، این باور که اگر مصرف دارویی سودمند است مصرف زیاد آن سودمندتر است. تفاوت میان سطح فرهنگ پزشک و بیمار، این باور که در خفیف بودن علائم بیماری نیاز به نظر پزشک نیست. این باور که به پزشک هم جنس خودشان مراجعه کنند، نظر پزشک برای مصرف دارو نیاز نیست، وقت کافی برای مراجعه به پزشک ندارند، احساس خجالت از معاینه پزشک، عدم دسترسی به مراکز بهداشتی - درمانی).

- تحصیلات با شاخص‌های (عدم آگاهی از عوارض مصرف خودسرانه دارو، داشتن اطلاعات ناقص از بیماری‌ها، بالا رفتن آگاهی مردم نسبت به بیماری‌ها).

- تبلیغات با شاخص‌های (رسانه‌ها، خانواده، روزنامه، تلویزیون، اینترنت، الگو برداری از دیگران، اطلاعات موجود در بروشور داروها، توصیه دیگران به مصرف دارو).

- ضعف قوانین پزشکی با شاخص‌های (توصیه به مصرف دارو در هنگام دیدن اولین علائم

پزشکی، آموزش بیماران، نبودن قانون‌های مقابله با فروش بدون نسخه دارو، تکراری بودن دارو در هر بار مراجعه) و متغیر وابسته مصرف خودسرانه دارو است. برای تعیین اعتبار پرسشنامه تحقیق پس از تکمیل پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. مقدار آلفا 0/926 به دست آمد و همبستگی آن قابل قبول می‌باشد. جهت تعیین روایی گویه‌های پرسشنامه از روش تحلیل محتوایی استفاده شده است به عبارت دیگر اعتبار نظری و مطابقت آن با مطالعات نظری و برخی صاحب نظران انجام گرفته است.

### جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه گیری

جامعه آماری در این تحقیق خانوارهای شهر شهرکرد در سال 1395 می‌باشد که طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال 1390، 78452 خانوار می‌باشند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برابر با 382 خانوار محاسبه گردید. از لحاظ شیوه نمونه گیری در این مطالعه از روش نمونه گیری تصادفی اتفاقی استفاده شده است.

### تحلیل آماری

داده‌های حاصل از پرسش نامه‌های تکمیل شده در بین خانوارهای شهر شهرکرد با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای شناسایی توزیع متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق از آمار توصیفی استفاده شد. برای آزمون فرضیات تحقیق مبنی بر ارتباط بین متغیرها، از همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس، آزمون T، رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است.

### آمار توصیفی

در بخش تحلیل آمار توصیفی، متغیرهایی چون سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، درآمد، وضعیت جسمانی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است که نتایج مربوط به آنها در جدول 1، 2 و 3 بیان شده است.

جدول 1. خوددرمانی برحسب سن، وضعیت تاهل، درآمد، تحصیلات، شغل، وضعیت جسمانی، جنس

متغیر	شاخص آماری	تعداد	درصد فراوانی	انحراف معیار
سن	15-25	16	4.2	1/41
	26-35	76	19.9	
	36-45	120	31.4	
	46-55	70	18.3	
	56-65	53	13.9	
	66+	47	12.3	
جنس	زن	220	57.9	/612
	مرد	162	42.1	
تحصیلات	بی سواد	0	0	/811
	نهضت و ابتدایی	20	5.2	
	راهنمایی	50	13.0	
	متوسطه و دیپلم	70	18.3	
	فوق دیپلم و لیسانس	172	45.1	
	فوق لیسانس و بالاتر	70	18.3	
وضعیت تاهل	مجرد	120	31.4	/528
	متاهل	242	63.4	
	متارکه	20	5.2	
وضعیت جسمانی	سالم	300	78.53	0.000
	بیمار	82	21.47	
درآمد	زیر 500 هزار تومان	80	20.9	/774
	500 هزار - 1 میلیون تومان	152	39.8	
	1.010.000 - 2 میلیون	100	26.2	
	بالاتر از 2 میلیون تومان	50	13.1	

بر اساس نتایج جدول فوق، از کل پاسخگویان 57.9 درصد زن و 42.1 درصد مرد بوده‌اند. بررسی گروه سنی پاسخگویان نشان می‌دهد 4.2 درصد در بازه سنی 15-25 سال، 19.9 درصد در گروه سنی 26-35 سال، 31.4 درصد در بازه سنی 36-45 سال، 18.3 درصد در بازه سنی 46-55 سال، 13.9 درصد در بازه سنی 56-65 سال و 12.3 درصد در گروه سنی بالاتر از 66 سال قرار داشتند از کل پاسخگویان 31.4 درصد مجرد، 63.4 درصد متاهل و 5.2 درصد از پاسخگویان بدون همسر (بر اثر طلاق یا فوت همسر) بودند. بررسی وضعیت جسمانی پاسخگویان نشان می‌دهد از کل پاسخگویان 78.53 درصد سالم و

21.47 درصد بیمار بودند. همچنین بررسی وضعیت درآمد پاسخگویان نشان می‌دهد 20.9 درصد زیر 500 هزار تومان و 13.1 درصد بالای 2 میلیون تومان درآمد دارند.

جدول 2. رابطه خود درمانی و وضعیت تاهل

کل	مخالف	نظری ندارم	موافق	خوددرمانی وضعیت تاهل
% 27/3	% 13/6	% 4/5	% 9/1	مجرد
% 68/2	% 40/9	% 4/5	% 22/7	متاهل
% 4/5	0	0	% 4/5	متارکه
%100	% 54/6	% 9/1	% 36/4	کل

با توجه به نتایج بدست آمده از کل پاسخگویان 9/1 درصد مجردها، 22.7 درصد متاهلین و 4.5 درصد از افراد متارکه موافق خود درمانی می‌باشند. از طرفی 13.6 درصد مجردها، 40.9 درصد متاهلین مخالف خوددرمانی بوده‌اند.

جدول 3. رابطه خوددرمانی و تحصیلات

کل	مخالف	نظری ندارم	موافق	خوددرمانی تحصیلات
0	0	0	0	بی سواد
5/26	2	1/51	1/75	نهضت و ابتدایی
13/15	4/38	2/25	6/52	راهنمایی
21/05	% 7/01	8/62	5/42	متوسطه و دیپلم
52/63	3/16	8/5	27/83	فوق دیپلم و لیسانس
21/05	2/6	2/3	16/15	فوق لیسانس و بالاتر
100	19/15	20/88	57/67	کل

با توجه به داده‌های بدست آمده از میان کل پاسخگویانی که تحصیلات آنها در سطح نهضت و ابتدایی می‌باشند 1/75 درصد موافق و 2 درصد مخالف خود درمانی هستند. از میان افرادی که در سطح راهنمایی می‌باشند 6/52 درصد موافق و 4/38 درصد مخالف خوددرمانی هستند. از میان افرادی که در سطح متوسطه و دیپلم می‌باشند 5/42 درصد موافق و 7/01 درصد مخالف خوددرمانی هستند. در سطح فوق دیپلم و لیسانس 27/83 موافق و 3/16 مخالف و پاسخگویان با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر 16/15 درصد موافق خوددرمانی و 2/6 درصد مخالف خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو هستند.

نقش فرهنگ و اجتماع در خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهرکرد

### تحلیل آمار استنباطی

برای تحلیل آمار استنباطی با توجه به ماهیت پژوهش از آزمون‌های مختلف از جمله از ضریب همبستگی، آزمون T و ... استفاده گردید.

جدول 4. آزمون ضریب همبستگی پیرسون فرضیات تحقیق

فرضیه	ضریب همبستگی	سطح معنا داری	حجم نمونه
بین سطح سواد (تحصیلات) افراد و مصرف خود سرانه دارو رابطه معنا داری وجود دارد	-/123	0/584	382
بین باورهای فرهنگی و مصرف خود سرانه دارو رابطه وجود دارد.	0/810	0/000	382
بین تبلیغات و مصرف خود سرانه دارو رابطه وجود دارد	0/277	0/213	382
بین ضعف قوانین پزشکی و مصرف خود سرانه دارو رابطه وجود دارد	0/325	0/140	382

داده‌های بدست آمده نشان می‌دهد که بین باورهای فرهنگی و مصرف خودسرانه دارو رابطه ای مثبت و قوی است. بین ضعف قوانین پزشکی و مصرف خودسرانه دارو رابطه مثبت و متوسط است و بین سطح سواد و مصرف خودسرانه دارو رابطه منفی و خیلی ضعیف است.

جدول 5. آزمون t مصرف خودسرانه دارو بر حسب جنس

جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تی	درجه آزادی	سطح معناداری
زن	220	22/31	3/867	/033	378	0/974
مرد	160	22/29	4/016			

آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که مقدار  $t = /033$  و سطح معنا داری نیز  $974/0$  می‌باشد. در مجموع براساس نتایج بدست آمده به این دلیل که سطح معناداری حاصل بیش از 5 درصد است پس می‌توان نتیجه گرفت که میان جنس افراد و مصرف خودسرانه دارو تفاوت معنا داری وجود ندارد.

جدول 6. آزمون تحلیل واریانس مصرف خودسرانه دارو بر حسب سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد

متغیر	F	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت تاهل	/219	2	/808
سن	/291	5	/911
درآمد	/864	3	/438
تحصیلات	1/382	5	/275

براساس نتایج بدست آمده بین متغیرهای تاهل، سن، درآمد، تحصیلات با مصرف خودسرانه دارو از طریق آزمون f معنادار نمی‌باشد و سطح معنا داری برآورد شده قابل قبول نیست. پس می‌توان نتیجه گرفت این رابطه مورد تأیید نیست.

جدول 7. نتایج تفسیر رگرسیون چند متغیره

شاخص آماری	ضریب بتا	مقدار t	p	F	R	R2
سطح سواد (تحصیلات)	/088	1/430	0/319	36/291	0/81	/65
باورهای فرهنگی	/810	6/024	0/003			
تبلیغات	/134	/874	0/360			
ضعف قوانین پزشکی	/178	1/112	0/051			

تابع تحلیل آزمون رگرسیون با روش همزمان نشان می‌دهد از بین متغیرهای پیش بین، باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی در مدل معنادار بوده و براساس ضریب بتا نیز مهمترین عامل تاثیر گذار بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو از بین متغیرهای معنی دار باورهای فرهنگی با ضریب بتا 0/810 است، بعد از آن ضعف قوانین پزشکی (0/178) می‌باشد. ضریب همبستگی چندگانه (0/81 = R) و ضریب تعیین (R2 = 0/62) به دست آمد که این بدان معنی است که واریانس خوددرمانی در جامعه 62 درصد از متغیرهای مستقل معنادار موجود در مدل تاثیر می‌پذیرد.



نقش فرهنگ و اجتماع در خوددرومانی و مصرف خودسرانه دارو در شهرکرد

جدول 8. مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه خوددرومانی و عدم خوددرومانی

			متغیر	
سطح معناداری	عدم خوددرومانی	خوددرومانی		
0/51	51/6	48/4	زن	جنس
	46/5	53/5	مرد	
0/01	61/1	38/9	15-25	سن
	66/7	33/3	26-35	
	49/8	50/2	36-45	
	38/5	61/5	46-55	
	29/4	70/6	56-65	
	50	50	66+	
0/4	67/7	32/3	مجرد	وضعیت تاهل
	49/5	50/5	متاهل	
	54/6	45/4	متارکه	
0/02	30/1	69/9	زیر 500 هزار تومان	درآمد
	45/2	54/8	500 هزار - 1 میلیون تومان	
	50/6	49/4	1.010.000 - 2 میلیون	
	66/7	33/3	بالاتر از 2 میلیون تومان	
0/32	37/4	62/6	بی سواد	تحصیلات
	53/4	6/46	نهضت و ابتدایی	
	46/5	53/5	راهتمایی	
	50	50	متوسطه و دیپلم	
	29/4	70/6	فوق دیپلم و لیسانس	
	49/8	50/2	فوق لیسانس و بالاتر	
1/00	48/6	53/4	سالم	وضعیت جسمانی
	57/2	42/8	بیمار	

مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک میان دو گروه مصرف کننده خودسرانه دارو و عدم مصرف خودسرانه دارو نشان می‌دهد دو گروه از نظر جنس، تاهل و تحصیلات با مفهوم مصرف خودسرانه دارو تفاوت معنی داری نداشتند ولی از نظر سن درآمد و وضعیت جسمانی متفاوت بودند.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه اخیر که با هدف بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهرکرد طراحی گردید نشان داد که بین خوددرمانی با باورهای فرهنگی، ضعف قوانین پزشکی همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. که با توجه به مصادیق باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی با یافته‌های حمداله زاده (1395) که معتقد است 88 درصد خانوارها در خانه، داروهای استفاده نشده نگهداری می‌کنند و به دنبال آن استفاده متعاقب از داروهای باقیمانده که شاید بعد از انقضای آنها نگهداری شوند نه تنها سلامتی بیماران را به خطر می‌اندازد بلکه هم چنین هزینه مراقبت سلامتی را افزایش می‌دهد و گریگورین (2006) که علت خوددرمانی را نگهداری دارو در خانه و داروهای باقیمانده از نسخه‌های قبلی بیان می‌کنند که این خود از مصادیق فرهنگ اشتباه در جامعه است مطابقت دارد. وحید دستجردی (1393) بحث ضرورت آموزش را که از شاخصه‌های ضعف قوانین پزشکی می‌باشد بیان می‌کند که مولفه‌های آموزش عمومی و رسانه‌ها به ترتیب کمترین نقش را در فرهنگ مصرف دارو در میان شهروندان اصفهان داشتند که با یافته‌های ما تطابق ندارد اما جلیلیان (1392) اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش درک خطر مصرف خود سرانه دارو در بین اقشار مختلف جامعه ضروری می‌داند.

براساس یافته‌های آزمون تی رابطه معنی داری بین جنس و مصرف خودسرانه دارو وجود نداشت که با نظر گاوالی (2015) که معتقد است تحصیلات، سن و جنس و حرفه ی والدین نقشی در خوددرمانی ندارد مطابقت دارد. از طرفی براساس آزمون تحلیل واریانس بین متغیرهای تاهل، سن، درآمد، تحصیلات با خود درمانی و مصرف خودسرانه دارو رابطه معناداری وجود ندارد این درحالی است که گریگورین (2006) معتقد است بین تحصیلات بالا و خوددرمانی رابطه معنی داری وجود دارد.

نتایج تفسیر رگرسیون نیز حاکی از این بود که از بین متغیرهای معنی‌دار، باورهای فرهنگی با ضریب بتا 0/810، ضعف قوانین پزشکی با ضریب بتا 0/178 به ترتیب بیشترین تاثیر را بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو دارند. براساس نتایج بدست آمده رابطه معناداری میان تحصیلات و تبلیغات با خوددرمانی وجود ندارد و داده‌های بدست آمده رابطه معناداری بین باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی را نشان می‌دهد.

خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو یک مساله شخصی است و اغلب اقشار جامعه با آن درگیر هستند به طوری که در طول سال حداقل چند بار اقدام به مصرف خودسرانه دارو می‌کنند این درحالی است که افرادی هم که اقدام به خوددرمانی کرده و دچار عوارض شده‌اند

هنگام مراجعه به مراکز درمانی به این مساله اعتراف نمی‌کنند به همین دلیل مراکز بهداشت و درمان نمی‌توانند آمار دقیقی از افرادی که اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده‌اند ارائه دهند و به طبع آن دستگاه‌های مربوطه نمی‌توانند در این زمینه برنامه ریزی‌های لازم را به عمل آورند. همین طور که از نتایج تحقیق پیداست فرهنگ سازی و آموزش نقش مهم و کلیدی را در این بین دارند که انتظار می‌رود با آگاه سازی مردم و از بین رفتن عقاید و باورهای غلط اقدامات پیشگیرانه لازم برای کاهش آمار مصرف خودسرانه دارو در سطح جامعه را شاهد باشیم.

### پیشنهادات

با توجه به آمار رو به رشد خود درمانی و مصرف خودسرانه در جامعه موارد زیر جهت کاهش مصرف خودسرانه دارو پیشنهاد می‌گردد:

- آگاه کردن و بالا بردن اطلاعات عمومی مردم در مورد عوارض خود درمانی و مصرف خودسرانه دارو به گونه‌ای که افراد دیگر بدون نسخه اقدام به خرید و مصرف دارو ننمایند.
- فرهنگ سازی به وسیله دستگاه‌هایی چون علوم پزشکی و صدا و سیما از طریق پخش بروشور، کلیپ‌های آموزشی و ... برای از بین بردن باورهای غلطی که در رابطه با مصرف دارو در میان مردم جامعه وجود دارد.
- متعادل کردن قیمت داروهای OTC طوری که پایین بودن قیمتشان باعث نشود که از اهمیت و ارزش این داروها کاسته شود و به راحتی و سهولت مورد استفاده قرار گیرند.
- لازم است نظام بهداشت و درمان نظارت بخشی را مسئول نظارت و رسیدگی بر کار پزشکان نماید تا ضعف کارهای آنها برطرف و از تخلفات موجود در این زمینه کاسته شود.
- پیشنهاد می‌شود که رابطه بین کارکنان داروخانه‌ها با مراجعین بیشتر شود و در حد دادن دارو یا نسخه خلاصه نشود و همراه با مشاوره در حد چند دقیقه صورت گیرد.
- پیشنهاد می‌شود که پزشکان در این زمینه بیشتر با بیماران صحبت کنند و از اهمیت و عوارض جدی مصرف خودسرانه دارو با بیماران صحبت کنند چون آنها به عنوان الگوی مرجع برای بیمار به حساب می‌آیند و انتظار می‌رود که حرف آنها اثر بخشی بیشتری داشته باشد

### تشکر و قدردانی

از زحمات استاد راهنما، همکاری خانواده‌های محترم شهرکرد در تکمیل این پژوهش کمال تشکر را دارم.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- آتش پور و همکاران (1385)، اصول رضایت مندی مشتریان، اصفهان، انتشارات عطر عترت
- بوردیو، پیر (1381) نظریه کنش اجتماعی، ترجمه مرتضی مردیها، تهران، نقش ونگار
- پور رضا، ابوالقاسم و همکاران (1391) بررسی شیوع خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1390، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، شماره 4
- تاجیک، شمسی، محمدبیگی، رضا، محسن، ابوالفضل (1390) آگاهی نگرش و عملکرد مادران شهر اراک در زمینه ی مصرف خود سرانه ی داروها، فصلنامه پایش، شماره 2
- ترور، کاتزونگ (1372) خلاصه آزمون‌های داروشناسی، صفا فتحی، فروغ اندیشه
- چرکزی، حشمتی، تبریزی، عبدالرحمان، هاشم، عثمان (1390) تبیین مصرف سیگار در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان براساس مدل بزنف، مجله تحقیقات نظام سلامت علوم پزشکی گلستان، شماره 6
- حمداله زاده، آناهیتا، غفارزاد، جلال و همکاران (1397) داروهای مازاد بر مصرف موجود در منازل شهر ارومیه در سال 1395، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره 9
- دواتی، علی و جعفری، فرهاد و همکاران (1386) بررسی مصرف دارو در سالمندان شهر تهران، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره 25، شماره 4
- رئیس‌ی، مهنوش و همکاران (1392) سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان شهر اصفهان، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال نهم، شماره هشتم
- شمسی، تاجیک، محمدبیگی، رضا، محسن، ابوالفضل (1388) تاثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خود درمانی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک، مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی اراک، شماره 3
- صاحبی، صیدی، امینی، موسی خانی، لیلای، علی، سیمای، مهناز (1387) بررسی وضعیت خوددرمانی مراجعین به داروخانه‌های سطح شهر تبریز، علوم دارویی، شماره 14
- طاووسی، محمود و همکاران (1392) سواد سلامت: بررسی تعاریف به کار رفته در مطالعاتی که به طراحی و روان سنجی ابزارهای سنجش سواد سلامت پرداخته اند، فصلنامه پایش، سال 13، شماره اول
- علی اسلامی، احمد و همکاران (1390) بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان نسبت به خوددرمانی با دارو، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال

- غفوری، فرزانه، ناصری، محسن، خدادوست، محمود (1390) طب سنتی ایران و دلایل لزوم احیا و توسعه آن، مجله طب و تزکیه، دوره 19، شماره 14
- قلی زاده آ (1379) مبانی جامعه شناسی، کاشان، انتشارات محتشم
- قهرمانی صغیر، حمید (1383) چگونه از مصرف بی رویه دارو جلوگیری کنیم، اولین همایش روشهای پیشگیری از اتلاف منابع ملی، علوم پزشکی استان گیلان
- گیدنز، آنتونی (1389) جامعه شناسی، منوچهر صبوری، تهران، نشر نی
- معیری، آتوسا و معیری، اردشیر (1393) بررسی عوامل مرتبط با مصرف بی رویه دارو در مراجعین به درمانگاه شبانه روزی شهرستان عباس آباد (استان مازندران)، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره 5
- وحید دستجردی، احمد و قلی زاده، احمد (1393) مولفه‌های فرهنگی موثر بر مصرف دارو، مجله رازی، سال 25، شماره 9
- Abasaeed A, Vlcek J, Abuelkhair M, Kubena A. Self-medication with antibiotics by the community of Abu Dhabi Emirate, United Arab Emirates. The Journal of Infection in Developing Countries. 2009;3(07):491-497.
- Zafar SN, Syed R, Wagar S, et al. Self-medication amongst university students of krachi: prevalence, knowledge and attitudes. J Pak Med Assoc. 2008;58(4):214-217
- Nunes de Melo M, Madureira B, Nunes Ferreira AP, Mendes Z, Miranda Ada C, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. phaim World Sie. 2006;28:19-25
- Gyawali S, Shankar P, Poudel Ph, Saha A, Knowledge, Attitude and Practice of Self-Medication Among Basic Science Undergraduate Medical Students in a Medical School in Western Nepal. J Clin Diagn Res. 2015 Dec; 9(12)
- Patth P, Prajapati A, Ganguly B, Gajjar B. Study on impact of pharmacology teaching on knowledge, attitude and practice on self-medication among medical students. Int J Med Sci Public Health. 2013; 2(2): 181-186doi: 10.5455/ijmsph.2013.2.173-178