

بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر خوددرمانی در میان زنان جنوب تهران: یک مطالعه مقطعی

جواد برزگری^۱، مهوش کرم‌پور^۲، ابوالقاسم پوررضا^{۳*}، معصومه صحتی^۲، مینا ریاحی^۴

۱- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه خدمات سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استاد، دکتری تخصصی بهداشت عمومی، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

* نویسنده مسئول: خیابان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت کد پستی: ۱۴۱۷۶۱۳۱۵۱
پست الکترونیک: abolghasemp@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۱

چکیده

مقدمه: خوددرمانی به عنوان یک چالش عمده بهداشتی، منجر به عوارض جانبی داروها، مقاومت آنتی‌بیوتیکی و افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی و شناسایی عوامل مؤثر بر خوددرمانی انجام شد. **روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۲۷۰ زن بالای ۱۵ سال مراجعه‌کننده به ۴۲ مرکز و پایگاه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران (مناطق ۱۱، ۱۶ و ۱۷) انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی سیستماتیک انجام و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته جمع‌آوری گردید. روایی پرسشنامه با شاخص CVI و پایایی با آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی تأیید شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از آزمون‌های کای-دو و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. **یافته‌ها:** فراوانی خوددرمانی در طی دو ماه گذشته ۵۷٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵۱/۱ تا ۶۲/۹) و برای اعضای خانواده ۴۴/۴ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۸/۵ تا ۵۰/۳) بود. بیشترین دلایل خوددرمانی شامل ابتلا قبلی به بیماری، وجود همیشگی دارو در منزل و مهم نبودن بیماری به ترتیب ۸۲/۱٪، ۵۰/۲٪ و ۴۷/۲٪ بود. شایع‌ترین بیماری‌های منجر به خوددرمانی، سرماخوردگی (۶۴/۸٪) و سردرد (۶۱/۸٪) و پرکاربردترین داروها، آموکسی‌سیلین (۱۴/۱٪) و استامینوفن (۱۰/۷٪) بودند. تحلیل آماری داده‌ها نشان داد بین خوددرمانی با سطح سواد، وضعیت تأهل، سن ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی خانواده و میزان استرس ارتباط معنی‌دار وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** شیوع خوددرمانی در زنان مورد مطالعه بسیار بالاست و تحت تأثیر عوامل اجتماعی-اقتصادی و روانی قرار دارد. برنامه‌ریزی آموزشی هدفمند، نظارت بر فروش داروهای بدون نسخه و افزایش دسترسی به خدمات پزشکی ارزان‌قیمت از راهکارهای کلیدی برای کاهش این پدیده محسوب می‌شوند.

واژگان کلیدی: خوددرمانی، زنان، عوامل مؤثر، سلامت زنان، تهران

مقدمه

خوددرمانی به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که در آن افراد بدون مشورت، تجویز یا نظارت پزشک یا سایر متخصصان حرفه‌ای سلامت، به صورت خودسرانه اقدام به انتخاب و مصرف داروها یا سایر روش‌های درمانی برای مدیریت علائم یا بیماری‌های خود می‌کنند [۱]. سازمان جهانی بهداشت (WHO) خوددرمانی را زمانی مجاز می‌داند که بر اساس اطلاعات صحیح، با داروهای ایمن و بدون نسخه انجام شود؛ اما در عمل، این رفتار اغلب با مصرف نادرست داروها، به‌ویژه آنتی‌بیوتیک‌ها، همراه است و به عنوان یک چالش عمده سلامت عمومی شناخته می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که خوددرمانی می‌تواند منجر به عوارض جانبی جدی، مقاومت آنتی‌میکروبی، تأخیر در تشخیص مناسب، افزایش هزینه‌های درمانی و حتی مرگ‌ومیر شود [۲]. گزارش‌ها حاکی از آن است که سهم خوددرمانی در هزینه‌های پزشکی جهانی بین ۲ تا ۴۰ درصد متغیر است، که نشان‌دهنده بار اقتصادی سنگین آن بر نظام‌های سلامت است [۳]. این پدیده نه تنها منجر به اتلاف منابع مالی و دارویی می‌شود، بلکه می‌تواند رابطه اعتمادآمیز بین پزشک و بیمار را تضعیف کند و موجب کاهش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شود [۴].

شیوع خوددرمانی در کشورهای در حال توسعه، به ویژه در ایران، به میزان نگران‌کننده‌ای بالاست و از نرخ استانداردهای جهانی فراتر رفته است [۳، ۵]. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که شیوع خوددرمانی در نواحی مختلف ایران بسیار متفاوت است و از ۳۶ درصد در برخی مناطق تا بیش از ۸۳ درصد در برخی دیگر گزارش شده است [۳]. به عنوان مثال، یک مطالعه جامع متاآنالیز در سال ۲۰۱۵ نشان داد که شیوع کلی خوددرمانی در ایران حدود ۵۳ درصد است، که این رقم در میان دانش‌آموزان به ۶۷ درصد و در میان افراد مسن به ۶۸ درصد می‌رسد [۳]. این آمارها نشان می‌دهند که خوددرمانی در ایران به یک معضل ساختاری تبدیل شده است که نیازمند مداخلات فوری و هدفمند است.

در این میان، زنان به عنوان یک گروه کلیدی و آسیب‌پذیر، توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده‌اند. زنان به دلیل نقش محوری‌شان در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده، تجربه دوره‌های حساس زندگی مانند بارداری و شیردهی، و همچنین ارتباط مستمر و نزدیک‌تر با سیستم‌های بهداشتی، تمایل بیشتری به خوددرمانی نشان می‌دهند [۶]. مطالعات نشان داده‌اند که زنان به طور آشکاری برای درمان مشکلات

شایعی مانند سرماخوردگی، سردرد، اختلالات قاعدگی و علائم یائسگی اقدام به خوددرمانی می‌کنند [۷]. این رفتار سلامتی نه تنها بر سلامت فردی آنان تأثیر مستقیم می‌گذارد، بلکه به عنوان الگوی سلامت برای فرزندان و دیگر اعضای خانواده عمل می‌کند و می‌تواند پیامدهای طولانی‌مدتی برای سلامت نسل آینده داشته باشد [۵]. به عبارت دیگر، خوددرمانی در زنان، تنها یک مسئله فردی نیست، بلکه یک مسئله خانوادگی و اجتماعی است که تأثیرات آن فراتر از فرد گسترش می‌یابد. الگو و شیوع خوددرمانی تحت تأثیر عوامل متعدد و پیچیده‌ای قرار دارد که شامل عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌شود [۸]. از جمله عوامل فردی می‌توان به سن، سطح سواد، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تجربه قبلی بیماری و سطح استرس اشاره کرد [۹]. عوامل اجتماعی-اقتصادی نیز از جمله وضعیت اقتصادی خانواده، نوع بیمه درمانی، دسترسی به خدمات پزشکی و هزینه‌های درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در این پدیده دارند [۱۰]. به عنوان مثال مطالعه‌ای در اسپانیا نشان داد که شیوع خوددرمانی در زنان (۹۳/۱۶٪) به مراتب بیشتر از مردان (۴۶/۱۴٪) است و با عواملی مانند سن پایین‌تر، مصرف الکل و سیگار مرتبط است [۱۱]. در مکزیک نیز سطح تحصیلات بالا، مصرف سیگار و الکل به عنوان عوامل مهم مرتبط با خوددرمانی در زنان شناسایی شده‌اند [۱۲]. در ایران نیز مطالعات متناقضی وجود دارد؛ برخی نشان می‌دهند که سطح سواد بالاتر با افزایش خوددرمانی همراه است، احتمالاً به دلیل دسترسی بیشتر به اطلاعات (گاه نادرست) از طریق اینترنت و احساس توانایی بیشتر در تشخیص بیماری [۱۳] در حالی که برخی دیگر افزایش خوددرمانی را در افراد با سطح سواد پایین‌تر گزارش کرده‌اند، که ممکن است ناشی از کمبود دسترسی به خدمات پزشکی و نیاز به راه‌حل‌های ارزان‌قیمت باشد [۱۴].

دلایل اصلی گزارش شده توسط زنان برای انجام خوددرمانی نیز بسیار متنوع است. شایع‌ترین دلایل شامل «تجربه قبلی ابتلا به بیماری و موفقیت در درمان خود»، «وجود داروهای همیشگی در منزل»، «گران بودن ویزیت پزشک»، «مهم نبودن بیماری از نظر فرد»، «توصیه خانواده و دوستان» و «دسترسی آسان به داروها بدون نسخه» می‌باشد [۹، ۱۵]. این دلایل نشان می‌دهد که خوددرمانی اغلب به عنوان یک راه‌حل سریع، ارزان و در دسترس برای رفع ناراحتی‌های جسمی و روانی انتخاب می‌شود. بیماری‌هایی که بیشترین سهم را در این پدیده دارند، عمدتاً بیماری‌های خفیف و شایع مانند

($d=0/5$) بر اساس معیار کوهن)، ۲۷۰ نفر محاسبه شد [۱۹]. نمونه‌گیری به روش تصادفی سیستماتیک انجام شد. ابتدا از مناطق تحت پوشش (مناطق ۱۱، ۱۶ و ۱۷) تعداد ۴۲ مرکز و پایگاه خدمات جامع سلامت بصورت تصادفی انتخاب شدند (منطقه ۱۱: ۱۱ مرکز، منطقه ۱۶: ۱۴ مرکز، منطقه ۱۷: ۱۷ مرکز). سپس، به ازای هر مرکز یا پایگاه، بین ۶ تا ۷ پرسشنامه تکمیل گردید. روش اجرا به این صورت بود که در روزها و ساعت‌های از پیش تعیین شده توسط محقق، با هماهنگی مراقبان سلامت، از بین زنان مراجعه‌کننده که معیارهای ورود را داشتند، به صورت یک در میان پرسشنامه توزیع و تکمیل می‌شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) سن بالاتر از ۱۵ سال، (۲) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، (۳) عدم ابتلا به بیماری خاص (مانند بیماری‌های مزمن یا نیازمند مراقبت ویژه و (۴) دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج نیز شامل: (۱) سن کمتر از ۱۵ سال، (۲) عدم رضایت برای شرکت، (۳) ابتلا به بیماری خاص و (۴) بی‌سوادی تعیین شد.

داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. این پرسشنامه شامل هشت بخش اصلی بود:

۱. مشخصات دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی: شامل ۲۵ سوال در مورد سن، شغل، نوع بیمه، سطح سواد، وضعیت تأهل، سن ازدواج، شغل و سطح سواد همسر، تعداد و سن فرزندان، حضور فرد معلول در خانواده، مصرف سیگار، نوع مالکیت منزل و ماشین شخصی و وضعیت اقتصادی خانواده.

۲. الگوی غذایی و فعالیت بدنی: شامل ۷ سوال در مورد میزان مصرف میوه، سبزیجات، شیر و لبنیات، نمک، فست فود، نوشابه، نوع روغن و میزان فعالیت بدنی در هفته.

۳. مدیریت استرس: شامل ۷ سوال از زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، که به‌منظور ارزیابی سطح استرس و نشانه‌های روان‌شناختی شرکت‌کنندگان طراحی شده است. این بخش در مطالعات ایرانی پایایی و روایی قابل قبولی داشته است [۲۰].

۴. عملکرد در زمینه خوددرمانی: شامل ۲ سوال در مورد فراوانی خوددرمانی برای خود و اعضای خانواده در طی دو ماه گذشته.

۵. منبع کسب اطلاعات: شامل ۱ سوال چندگزینه‌ای در مورد منابع اصلی کسب اطلاعات در زمینه دارو و خوددرمانی.

سرماخوردگی (شیوع گزارش شده تا ۶۵/۵٪) و سردرد (شیوع گزارش شده تا ۶۲/۵٪) هستند [۱۶]. با این حال، استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان این بیماری‌های عمدتاً ویروسی، یکی از خطرناک‌ترین جنبه‌های خوددرمانی است که می‌تواند منجر به ایجاد مقاومت آنتی‌بیوتیکی و تبدیل شدن به یک بحران جهانی شود [۱۷].

با توجه به شیوع بالای خوددرمانی در زنان ایرانی و پیامدهای جدی آن بر سلامت فردی، خانوادگی و عمومی، شناسایی دقیق و محلی عوامل مؤثر بر این پدیده در جوامع مختلف، به ویژه در کلان‌شهرهای بزرگ مانند تهران، ضروری به نظر می‌رسد. اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد می‌تواند به سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت در طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و پیشگیرانه هدفمند کمک کند. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و بررسی ارتباط خوددرمانی با متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی-اقتصادی و روانی (مانند سطح استرس) در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران انجام شد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان پایه‌ای علمی و کاربردی برای تدوین برنامه‌های آموزشی مؤثر، تقویت نظارت بر فروش داروها و ارتقای سلامت زنان و خانواده‌ها در سطح محلی و ملی مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی بود که با هدف تعیین فراوانی و شناسایی عوامل مؤثر بر خوددرمانی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی محسوب می‌شود، زیرا یافته‌های آن می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و پیشگیرانه در سطح محلی و ملی مورد استفاده قرار گیرد [۱۸].

جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی زنان بالای ۱۵ سالی بود که در طول دوره اجرا (سال ۱۴۰۰) به یکی از مراکز یا پایگاه‌های خدمات جامع سلامت مناطق ۱۱، ۱۶ و ۱۷ شهرداری تهران (که تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران قرار دارند) مراجعه می‌کردند. بر اساس آمار موجود در فروردین ۱۴۰۰، جمعیت زنان بالای ۱۵ سال در این سه منطقه حدود ۲۲۸،۱۳۶ نفر بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪ ($\alpha=0/05$)، توان آزمون ۹۰٪ ($\beta=0/10$) و اندازه اثر متوسط

متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی (مانند سن، شغل، تأهل و ...) و متغیر وابسته (خوددرمانی) در صورت برقراری شرایط، از آزمون کای-دو^۶ استفاده گردید و در غیر این صورت از آزمون دقیق فیشر^۷ استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی (امتیاز الگوی غذایی و امتیاز استرس) و خوددرمانی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش در چند محور اصلی شامل ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان، عملکرد آنان در زمینه خوددرمانی، منابع کسب اطلاعات، بیماری‌های منجر به خوددرمانی، داروهای مصرفی و دیدگاه‌های زنان در خصوص علل این پدیده و در نهایت بررسی ارتباط خوددرمانی با متغیرهای مختلف ارائه می‌شود.

ویژگی‌های دموگرافیک/اجتماعی-اقتصادی شرکت‌کنندگان:

جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $31/5 \pm$ ۹/۸ سال بود. توزیع فراوانی بر اساس گروه‌های سنی نشان داد که بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان (۳۶/۷٪) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت شغلی، اکثریت قریب به اتفاق شرکت‌کنندگان (۴۰/۷٪) خانه‌دار بودند و پس از آن، کارمندان رده متوسط (۲۰/۷٪) بیشترین فراوانی را داشتند. از نظر نوع بیمه، بیشترین سهم متعلق به بیمه تامین اجتماعی (۵۸/۱٪) بود و ۱۲/۶٪ فاقد هرگونه بیمه درمانی بودند. از نظر سطح سواد، ۴۸/۹٪ دارای تحصیلات دانشگاهی و تنها ۳/۰٪ بی‌سواد بودند. همچنین ۷۲/۲٪ از شرکت‌کنندگان متأهل بوده و از نظر عادات سلامتی نیز ۹۶/۲٪ سیگار نمی‌کشیدند.

جدول شماره ۲ وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. از نظر وضعیت اقتصادی خانواده ۶۶/۳٪ دارای وضعیت متوسط، ۶۱/۵٪ مالک منزل شخصی و ۶۱/۱٪ مالک ماشین شخصی بودند.

عملکرد زنان در زمینه خوددرمانی: همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است شیوع خوددرمانی در بین زنان شرکت‌کننده بسیار بالاست. به طور دقیق، ۵۷/۰٪ از زنان (با فاصله اطمینان ۹۵٪) گزارش کردند که در طی دو

۶. نوع بیماری منجر به خوددرمانی: شامل ۹ گزینه در مورد شایع‌ترین بیماری‌هایی که منجر به خوددرمانی شده بودند.
۷. نوع داروی مصرفی: شامل ۱۶ گروه دارویی و نام تجاری داروها.

۸. دیدگاه در خصوص عوامل موثر: شامل ۱۲ گزینه در مورد دلایل اصلی انجام خوددرمانی از نظر شرکت‌کنندگان.

روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان حوزه بهداشت عمومی و آموزش بهداشت مورد بررسی قرار گرفت. از شاخص روایی محتوایی (CVI)^۱ استفاده شد. CVR^۲ یا ضریب روایی محتوا با استفاده از فرمول لاوس^۳ محاسبه شد [۲۱]. برای این منظور، از خبرگان خواسته شد تا میزان ارتباط هر گویه را با موضوع پژوهش بر اساس طیف چهار درجه‌ای (غیرمرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، کاملاً مرتبط) ارزیابی کنند. گویه‌هایی که مقدار CVI آن‌ها کمتر از ۰/۶۲ بود، حذف یا اصلاح شدند.

پایایی پرسشنامه نیز با دو روش ارزیابی شد:

۱. روش آلفای کرونباخ^۴: برای بررسی همسانی درونی سوالات هر بخش، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب است (مقادیر بالاتر از ۰/۷ قابل قبول محسوب می‌شوند) [۲۲].

۲. روش بازآزمایی^۵: برای بررسی پایایی بازآزمایی، پرسشنامه در فاصله یک هفته دوبار توسط ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان تکمیل شد. ضریب همبستگی محاسبه شده ۰/۸۵ بود که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب ابزار است [۲۳].

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (کد اخلاق: IR.TUMS.MEDICINE.REC.1400.678)، پرسشگر با هماهنگی مراقبان سلامت، در روزها و ساعت‌های از پیش تعیین شده، به مراکز مراجعه می‌کرد. قبل از تکمیل پرسشنامه، اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و رضایت کتبی آگاهانه از آن‌ها اخذ می‌شد. تمامی پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و اطلاعات شناسایی تکمیل و جمع‌آوری شدند. شرکت‌کنندگان حق داشتند در هر مرحله از مطالعه انصراف دهند یا به سوالات خاصی پاسخ ندهند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد و برای

1. Content Validity Index

2. Content Validity Ratio

3. Lawshe

4. Cronbach's Alpha

5. Test-Retest

6. Chi-square

7. Fisher's Exact Test

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه خوددرمانی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

متغیر	تعداد	درصد
سن	۱۵-۲۵ سال	۵۳
	۲۶-۳۵ سال	۹۹
	۳۶-۴۵ سال	۷۳
	بالتر از ۴۵ سال	۴۵
تحصیلات	بی سواد	۸
	ابتدایی	۱۹
	راهنمایی	۳۳
	متوسطه	۷۸
	دانشگاهی	۱۳۲
شغل	کارمند عالی رتبه	۱۳
	کارمند رده متوسط	۵۶
	کارمند رده پایین	۲۸
	کار در منزل	۱۱
	خانه دار	۱۱۰
	سایر	۵۲
نوع بیمه	تامین اجتماعی	۱۵۷
	خدمات درمانی	۳۸
	بیمه روستایی	۴
	نیروهای مسلح	۱۰
	سایر بیمه ها	۲۷
	فاقد بیمه	۳۴
وضعیت تاهل	مجرد	۶۳
	متاهل	۱۹۵
	بیوه	۴
	مطلقه	۵
	ازدواج سفید	۳
مصرف سیگار	بله	۱۱
	خیر	۲۵۹

منبع اصلی اطلاعات برای زنان شناخته می‌شوند. پس از آن، خانواده و آشنایان، رادیو و تلویزیون، کتاب، مجلات، عطاری و سایر بیماران به ترتیب با ۱۴/۸٪، ۱۳/۰٪، ۸/۱٪، ۴/۸٪، ۲/۲٪ و ۱/۸٪ قرار دارند. این یافته نشان می‌دهد که علیرغم نقش محوری پزشکان، اینترنت به عنوان یک منبع اطلاعاتی قدرتمند و در دسترس، جایگاه دوم را به خود اختصاص داده است.

بیماری‌های منجر به خوددرمانی: جدول شماره ۴ فراوانی موارد خوددرمانی در زنان را براساس نوع بیماری نشان می‌دهد.

ماه گذشته حداقل یک بار برای خودشان، خوددرمانی انجام داده‌اند. این یافته نشان‌دهنده این است که خوددرمانی یک رفتار تکراری و نه یک اتفاق پراکنده در این جمعیت است. علاوه بر این، ۴۴/۴٪ از زنان (با فاصله اطمینان ۹۵٪) اعلام کردند که در طی دو ماه گذشته حداقل یک بار برای یکی از اعضای خانواده خود، خوددرمانی انجام داده‌اند.

منابع کسب اطلاعات در زمینه دارو و خوددرمانی: در خصوص منابع کسب اطلاعات برای انجام خوددرمانی، نتایج نشان داد که پزشک (۵۹/۲٪) و اینترنت (۴۱/۸٪) به عنوان دو

جدول ۲- ویژگی‌های اقتصادی شرکت‌کنندگان در مطالعه خوددرمانی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

متغیر	تعداد	درصد
نوع مسکن	شخصی	۱۶۶
	استیجاری	۹۹
	سایر	۵
خودرو شخصی	بله	۱۶۵
	خیر	۱۰۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۳۱
	متوسط	۱۷۹
	خوب	۵۸
	عالی	۲

جدول ۳- فراوانی خوددرمانی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

تعداد دفعات خوددرمانی	خود درمانی برای خود طی دو ماه گذشته		خود درمانی برای اعضای خانواده طی دو ماه گذشته	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
یک مرتبه	۱۰۹	۴۰/۴	۸۲	۳۰/۴
دو مرتبه	۲۴	۸/۹	۲۵	۹/۳
سه مرتبه	۱۲	۴/۴	۸	۳/۰
چهارمرتبه و بیشتر	۹	۳/۳	۵	۱/۸
جمع کل	۱۵۴	۵۷/۰	۱۲۰	۴۴/۴
عدم خود درمانی	۱۱۶	۴۳/۰	۱۵۰	۵۵/۶

جدول ۴- فراوانی نوع بیماری که فرد به علت آن اقدام به خوددرمانی کرده است در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

نوع بیماری	فراوانی	درصد
سرماخوردگی	۱۷۵	۶۴/۸
سردرد	۱۶۷	۶۱/۸
اختلالات قاعدگی	۶۱	۲۲/۶
کم خونی	۳۰	۱۱/۱
بیماری‌های پوستی	۱۵	۵/۵
بیماری‌های عضلانی	۱۷	۶/۳
بیماری‌های گوارشی	۶۱	۲۲/۶
بیماری‌های مفصلی	۹	۳/۳
بیماری‌های عصبی	۵	۱/۸
پیشگیری از پوکی استخوان	۱۱	۴/۱
مشکلات دوران بارداری	۲	۰/۷
سایر	۱	۰/۴

ارتباط بین خوددرمانی با متغیرهای مختلف: در این بخش، ارتباط بین متغیر وابسته (خوددرمانی) و متغیرهای مستقل دموگرافیک، اجتماعی / اقتصادی و متغیرهای سبک زندگی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است زنان با سطح سواد بالاتر (دانشگاهی)، زنان متأهل و زنانی که در سنین بالاتر (بالای ۴۰ سال) ازدواج کرده بودند بیشتر خود درمانی کرده‌اند. همچنین خود درمانی در زنان دارای ۴ فرزند یا بیشتر و زنان سیگاری شایع‌تر بوده است ولی بین سن، شغل و نوع بیمه و خود درمانی ارتباطی مشاهده نشد.

از نظر وضعیت اقتصادی، خانواده‌های با وضعیت اقتصادی «ضعیف» و «عالی» بیشتر از خانواده‌های با وضعیت «متوسط» و «خوب» خوددرمانی انجام داده‌اند. این الگوی غیرخطی نشان می‌دهد که هم فشارهای اقتصادی و هم احساس رفاه مالی می‌توانند به روش‌های مختلف به خوددرمانی منجر شوند. همچنین بین مالکیت منزل شخصی و خوددرمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، ولی بین مالکیت ماشین شخصی و خوددرمانی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیماری‌های حاد، خفیف و شایع، به ویژه بیماری‌های دستگاه تنفسی و عصبی، بیشترین سهم را در ترغیب افراد به خوددرمانی دارند.

داروهای مصرفی در خوددرمانی: در جدول شماره ۵ داروهای رایج در خوددرمانی زنان ارائه شده است. این توزیع نشان می‌دهد که مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها مانند آموکسی سیلین برای درمان بیماری‌های ویروسی مانند سرماخوردگی که شایع‌ترین دلیل خوددرمانی بود، یک اشتباه رایج و خطرناک است که می‌تواند منجر به مقاومت آنتی‌بیوتیکی شود [۲۴].

دیدگاه زنان در خصوص عوامل موثر بر خوددرمانی
در پاسخ به این سوال که چرا به خوددرمانی روی آورده‌اید؟ شرکت‌کنندگان دلایل متعددی را بیان کردند. مهم‌ترین این دلایل عبارت بودند از: ابتلا قبلی به بیماری و موفقیت در درمان خود (۸۲/۱٪)، وجود داروهای همیشگی در منزل (۵۰/۲٪)، مهم نبودن بیماری از نظر فرد (۴۷/۲٪)، گران بودن ویزیت پزشک (۴۳/۱٪)، توصیه خانواده و اطرافیان (۳۴/۹٪)، مصرف دارو مشکلی ایجاد نمی‌کند (۳۴/۵۷٪) و داروهای مصرفی اثر سوء ندارند (۳۴/۳٪).

جدول ۵- فراوانی و درصد داروهای رایج در خوددرمانی زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

بیشترین داروهای استفاده شده در خوددرمانی	فراوانی	درصد	نام تجاری ۱۵ قلم از داروهای اصلی مورد استفاده در خوددرمانی	فراوانی	درصد
داروهای آنتی بیوتیک	۵۹	۲۱/۸	آموکسی سیلین	۳۸	۱۴/۱
داروهای ضد التهاب و ضد تب	۵۵	۲۰/۴	استامینوفن	۲۹	۱۰/۷
داروهای دستگاه گوارش	۴۲	۱۵/۵	ژلوفن	۱۶	۵/۹
داروی آنتی هیستامین	۳۸	۱۴/۰	سیتیزین	۱۵	۵/۵
داروهای پوستی	۹	۳/۳	آزیترومایسین	۱۵	۵/۵
داروهای ضد قارچ	۷	۲/۶	فاموتیدین	۱۲	۴/۴
داروهای ضد افسردگی	۵	۱/۸	امپرازول	۱۱	۴/۱
داروهای قلبی عروقی	۵	۱/۸	L.D	۱۰	۳/۷
داروهای ضد شیش	۵	۱/۸	رانیتیدین	۱۰	۳/۷
داروهای تیروئید	۳	۱/۱	آنتی هیستامین	۹	۳/۳
داروهای مخدر	۳	۱/۱	ایوبروفن	۸	۳/۰
داروهای ضد ویروس	۲	۰/۷	آلومینیوم ام جی اس	۶	۲/۲
داروهای ضد دیابت	۱	۰/۴	دیکلوفناک	۵	۱/۸
داروهای ضد نقرس	۱	۰/۴	نوافن	۵	۱/۸
			پنتوپرازول	۵	۱/۸

جدول ۶- ارتباط خود درمانی و متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی/اقتصادی و سبک زندگی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران

متغیرهای دموگرافیک	P-value	X ²	df	متغیرهای اجتماعی-اقتصادی	P-value	X ²	df	متغیرهای سبک زندگی	P-value	X ² و r	df
سطح سواد	۰/۰۴۸	۹/۵۸	۴	وضعیت اقتصادی خانواده	۰/۰۱۲	۱۱/۳۵	۳	مدیریت استرس	۰/۰۲۰	۳۰/۲۵۵	-
وضعیت تأهل	<۰/۰۱	۲۳/۷۲	۴	مالکیت منزل شخصی	۰/۰۴۸	۳/۹۲	۱	الگوی غذایی	۰/۱۱۰	۳۰/۱۲۹	-
سن ازدواج	۰/۰۳۴	۸/۶۱	۳	مالکیت ماشین شخصی	۰/۸۰۵	۰/۰۶۱	۳	فعالیت بدنی	۰/۷۴۹	X ² =۰/۵۷	۲
تعداد فرزندان	۰/۰۴۹	۹/۴۶	۴								
مصرف سیگار	۰/۰۵۰	۳/۸۴	۱								
سن	۰/۷۴۸	۱/۴۶	۹								
شغل	۰/۷۱۵	۱۰/۴۲	۱۵								
نوع بیمه	۰/۳۶۰	۵/۹۲	۱۵								

بین امتیاز استرس و خوددرمانی نیز ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت، به این معنی که با افزایش سطح استرس، احتمال انجام خوددرمانی نیز افزایش می‌یافت. ولی بین امتیاز الگوی غذایی و وضعیت فعالیت بدنی با خوددرمانی ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که شیوع خوددرمانی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران بسیار بالاست، به‌طوری که ۵۷/۰٪ از شرکت‌کنندگان در طی دو ماه گذشته حداقل یک بار برای خود و ۴۴/۴٪ برای اعضای خانواده خوددرمانی انجام داده بودند. این میزان شیوع با گزارش‌های سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان همخوانی دارد و نشان‌دهنده جهانی بودن این پدیده و تشدید آن در کشورهای در حال توسعه است [۳]. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در گرگان شیوع ۶۸/۹٪ [۹]، در فسا ۵۴/۴٪ [۲۵] و در اسپانیا برای زنان ۹۳/۱۶٪ را گزارش کرده است [۱۱]. این شیوع بالا نشان‌دهنده یک بحران سلامت عمومی است که نیازمند توجه فوری سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت می‌باشد. خوددرمانی، علیرغم ظاهر ساده و سریع‌الاثربودن، می‌تواند منجر به عوارض جدی مانند مقاومت آنتی‌بیوتیکی، بروز واکنش‌های نامطلوب دارویی، تشخیص نادرست بیماری‌ها، افزایش هزینه‌های درمانی و حتی مرگ و میر شود [۴، ۲۴]. یکی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، شناسایی عوامل مؤثر بر خوددرمانی بود. برخلاف انتظار، سطح سواد بالاتر با افزایش خوددرمانی همراه بود (p=۰/۰۴۸). این یافته با نتایج

مطالعاتی در برزیل [۲۶] و مکزیک [۱۲] همخوانی دارد و می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که زنان تحصیل‌کرده با دسترسی بیشتر به اطلاعات (به ویژه از طریق اینترنت که دومین منبع اصلی اطلاعات در این مطالعه بود)، احساس توانایی بیشتری برای تشخیص بیماری و انتخاب دارو دارند، حتی اگر این اطلاعات ناقص یا گمراه‌کننده باشد. این امر لزوم آموزش‌های تخصصی‌تر و هدفمند برای این گروه را برجسته می‌کند. در مقابل، برخی مطالعات نشان داده‌اند که سطح سواد پایین‌تر نیز با افزایش خوددرمانی همراه است، که ممکن است ناشی از کمبود دسترسی به خدمات پزشکی و نیاز به راه‌حل‌های ارزان‌قیمت باشد [۱۴]. این تناقض نشان می‌دهد که رابطه سواد و خوددرمانی خطی نیست و تحت تأثیر عوامل محیطی، اقتصادی و دسترسی به اطلاعات معتبر قرار دارد.

ارتباط قوی بین وضعیت تأهل و خوددرمانی (p=۰/۰۰۰) نیز قابل تأمل است. خوددرمانی در زنان متأهل (۶۰/۵٪) بیشتر از زنان مجرد (۵۲/۴٪) بود. این امر می‌تواند ناشی از فشارهای مضاعف زندگی خانوادگی، مسئولیت مراقبت از فرزندان و همسر، و در نتیجه تمایل به حل سریع مشکلات سلامتی بدون مراجعه به پزشک باشد. همچنین، تأثیر همسر و دیگر اعضای خانواده به عنوان منبع توصیه دارو (که ۳۴/۹٪ شرکت‌کنندگان از این منبع استفاده کرده بودند) نیز می‌تواند در این افزایش نقش داشته باشد [۱۳]. این یافته بر ضرورت طراحی مداخلات آموزشی خانواده‌محور تأکید می‌کند، زیرا تغییر نگرش در یک فرد ممکن است بدون همراهی سایر اعضای خانواده مؤثر نباشد.

ارتباط مثبت بین استرس و خوددرمانی (r=۰/۲۵۵, p=۰/۰۰۲)

است که می‌تواند منجر به مقاومت آنتی‌بیوتیکی شود [۲۴]. این موضوع نیاز به آموزش‌های فشرده و مداوم به عموم مردم و حتی پزشکان در مورد مصرف صحیح آنتی‌بیوتیک‌ها را برجسته می‌سازد.

منابع کسب اطلاعات نیز نشان داد که پزشک (۵۹/۲٪) و اینترنت (۴۱/۸٪) به عنوان دو منبع اصلی اطلاعات برای زنان شناخته می‌شوند. این یافته نشان می‌دهد که علیرغم نقش محوری پزشکان، اینترنت به عنوان یک منبع اطلاعاتی قدرتمند و در دسترس، جایگاه دوم را به خود اختصاص داده است. این داده‌ها لزوم نظارت بر محتوای سلامت ارائه شده در فضای مجازی و همچنین آموزش به عموم مردم در خصوص تشخیص منابع معتبر را برجسته می‌سازد [۱۳]. از این رو استفاده از رسانه‌های جمعی (تلویزیون، رادیو) و فضای مجازی برای انتقال پیام‌های سلامت به عموم مردم، یکی از مؤثرترین راهکارها برای کاهش خوددرمانی است.

یکی از عوامل گرایش به خوددرمانی می‌تواند عدم دسترسی جغرافیایی به پزشک و مراقب سلامت باشد ولی با توجه به مطالعاتی که قبلاً دسترسی به خدمات سلامت را در منطقه جنوب تهران بررسی کرده‌اند و با توجه به تراکم مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی و نیز کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی در منطقه جنوب تهران، ساکنین این ناحیه از نظر دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت مشکلی نداشته‌اند و به همین دلیل این موضوع در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت [۳۱، ۳۲].

در نهایت، طبق یافته‌های این مطالعه بین خوددرمانی با متغیرهایی مانند سن، شغل، نوع بیمه و فعالیت بدنی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این امر می‌تواند نشان‌دهنده جهانی و فراگیر بودن این پدیده باشد، به طوری که عوامل فردی خاص نمی‌توانند به تنهایی آن را تبیین کنند و عوامل ساختاری و فرهنگی جامعه نقش تعیین‌کننده‌تری دارند.

در این مطالعه، برخی محدودیت‌های روش‌شناختی و میدانی وجود داشت که باید در تفسیر یافته‌ها مدنظر قرار گیرد: نخست، طراحی مقطعی مطالعه امکان استنباط رابطه علی بین عوامل شناسایی‌شده (مانند استرس یا سطح سواد) و خوددرمانی را محدود می‌کند؛ دوم، داده‌ها مبتنی بر خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان بوده و در معرض سوگیری‌های یادآوری و تمایل به پاسخ مطلوب قرار دارند؛ سوم، جامعه مطالعه تنها شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت جنوب تهران بود و این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها به زنان غیرمراجعه‌کننده یا ساکنان

از دیگر نتایج مهم این مطالعه است. زنانی که سطح استرس بالاتری گزارش کرده بودند، تمایل بیشتری به خوددرمانی داشتند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده استفاده از خوددرمانی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای سریع و در دسترس برای کاهش ناراحتی‌های جسمی ناشی از استرس باشد [۱۷]. این یافته با مطالعه نیک‌سادات و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند رفتارهای پیشگیرانه از خوددرمانی را بهبود بخشد، همسو است [۲۷]. این موضوع بر ضرورت توجه به سلامت روانی زنان و ارائه خدمات مشاوره و مدیریت استرس در مراکز بهداشتی تأکید می‌کند.

همچنین، ارتباط معنی‌دار بین تعداد فرزندان و خوددرمانی ($p=0/049$) نیز قابل درک است. خوددرمانی در زنان دارای چهار فرزند یا بیشتر، از سایر گروه‌ها بیشتر بود. مراقبت از فرزندان متعدد می‌تواند منجر به کمبود زمان، هزینه‌های مالی بیشتر و خستگی شود که همگی این عوامل می‌توانند زنان را به سمت انتخاب راه‌حل‌های سریع‌تر مانند خوددرمانی سوق دهند [۲۸]. این یافته با مطالعاتی که افزایش خوددرمانی را در زنان چندزا گزارش کرده‌اند، همسو است [۱۵].

دلایل اصلی گزارش شده توسط زنان برای خوددرمانی، شامل ابتلا قبلی به بیماری، وجود همیشگی دارو در منزل و مهم نبودن بیماری به ترتیب با ۸۲/۱٪، ۵۰/۲٪ و ۴۷/۲٪ بود. این دلایل نشان می‌دهد که تجربیات قبلی و دسترسی آسان به دارو از مهم‌ترین محرک‌های خوددرمانی هستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام شده در اصفهان [۲۹]، اتیوپی [۱۵] و یاسوج [۳۰] که «تجربه مصرف قبلی» و «در دسترس بودن دارو» را به عنوان عوامل اصلی معرفی کرده‌اند، همخوانی کامل دارد. این امر بر ضرورت نظارت جدی‌تر بر فروش داروهای بدون نسخه در داروخانه‌ها و آموزش عمومی در مورد خطرات نگهداری بی‌رویه داروها در منزل تأکید می‌کند.

شایع‌ترین بیماری‌های منجر به خوددرمانی، سرماخوردگی (۶۴/۸٪) و سردرد (۶۱/۸٪) و پرکاربردترین داروها، آموکسی‌سیلین (۱۴/۱٪) و استامینوفن (۱۰/۷٪) بودند. حضور آموکسی‌سیلین در صدر این فهرست، همراه با شیوع بالای سرماخوردگی به عنوان دلیل اصلی خوددرمانی، نشان‌دهنده ضرورت آموزش‌های فوری و گسترده در خصوص عدم کارایی آنتی‌بیوتیک‌ها در برابر عفونت‌های ویروسی است [۱۷]. مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها (که ۲۱/۸٪ از شرکت‌کنندگان استفاده کرده‌اند) یکی از خطرناک‌ترین جنبه‌های خوددرمانی

بین استرس روانی و خوددرمانی به صورت سیستماتیک در سطح محلی (به ویژه در زنان جنوب تهران) بررسی نشده بود و اطلاعات کافی در خصوص الگوی غیرخطی ارتباط وضعیت اقتصادی (فرار از طرفین «ضعیف» و «عالی») با خوددرمانی در دست نبود.

مطالعه حاضر با طراحی مقطعی، یافته‌های محلی و شواهدی قوی از شیوع بسیار بالای خوددرمانی در میان زنان جنوب تهران فراهم می‌کند. نوآوری این پژوهش در شناسایی رابطه‌ی غیرخطی بین وضعیت اقتصادی و خوددرمانی (افزایش در دو سوی طیف اقتصادی)، ارتباط مثبت معنی‌دار بین استرس روانی و خوددرمانی و همچنین رابطه‌ی غیرمنتظره‌ی بین سطح سواد بالا و خوددرمانی است که نشان می‌دهد دسترسی بیشتر به اطلاعات می‌تواند در صورت عدم تأیید صحت آن‌ها، به رفتارهای پرخطر منجر شود. این یافته‌ها ابعاد روانی-اجتماعی خوددرمانی را فراتر از عوامل ساختاری سنتی تبیین می‌کند.

با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، محدودیت‌هایی در استنباط علی و تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت‌های غیرمراجعه‌کننده یا سایر مناطق شهری/روستایی وجود دارد. بنابراین، هنوز زمان تصمیم‌گیری برای اجرای کلان‌مقیاس نرسیده است. با این حال، یافته‌های این مطالعه می‌تواند به عنوان پایه شواهد محلی برای طراحی مداخلات هدفمند و مطالعات گام‌بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

اولویت گام بعدی: انجام مطالعات مداخله‌ای طولی (مانند طرح‌های کارآزمایی بالینی خوشه‌ای) برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدل‌های رفتاری (مانند مدل اعتقاد بهداشتی) در کاهش خوددرمانی، به ویژه در گروه‌های پرخطر (زنان متاهل، چندان‌ها و با سطح استرس بالا).

مطالعات کیفی یا مختلط برای کاوش عمیق‌تر در مکانیسم‌های روانی مقابله‌ای زنان (مثلاً استفاده از دارو برای تسکین ناراحتی‌های جسمی ناشی از استرس) ضروری است. به منظور تعمیم‌پذیری، توصیه می‌شود مطالعات مشابه در سایر مناطق شهری، روستایی و در میان مردان نیز انجام شود در سطح سیاستی، در صورت تأیید یافته‌های حاضر در مطالعات گام بعدی، می‌توان پیشنهادات زیر را در نظر گرفت: تقویت برنامه‌های سلامت روان در سطح مراکز خدمات جامع سلامت، از جمله غربالگری استرس و ارائه مشاوره کوتاه‌مدت برای زنان در معرض خطر. طراحی کمپین‌های آموزشی هوشمند با استفاده از همان

سایر مناطق شهر را کاهش می‌دهد؛ چهارم، شاخص‌های عینی دسترسی به خدمات سلامت (مانند زمان انتظار، هزینه واقعی ویزیت یا کیفیت خدمات) اندازه‌گیری نشد، هرچند دسترسی جغرافیایی در منطقه مطالعه‌شده به‌طور کلی مناسب گزارش شده است؛ این محدودیت‌ها نشان می‌دهد که اگرچه یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند درک بهتری از الگوی خوددرمانی در زنان جنوب تهران فراهم آورد، اما برای طراحی سیاست‌های مؤثر، نیاز به مطالعات تکمیلی (به ویژه مطالعات طولی، مداخله‌ای یا ترکیبی کیفی-کمی) برای تأیید علیت، شناسایی مکانیسم‌های روانی-اجتماعی مؤثر و ارزیابی اثربخشی راهکارهای پیشنهادی ضروری است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش شیوع بسیار بالای خوددرمانی را در میان زنان جنوب تهران تأیید می‌کند و آن را به عنوان یک معضل ساختاری و فراگیر در این جامعه نشان می‌دهد. این رفتار تنها یک انتخاب فردی نیست، بلکه تحت تأثیر عوامل چندبعدی از جمله تجربیات شخصی، دسترسی آسان به دارو، فشارهای اقتصادی و اجتماعی (مانند مسئولیت‌های خانوادگی در زنان متاهل و چندان‌ها) و به ویژه سطح استرس روانی قرار دارد. ارتباط مثبت و معنی‌دار بین استرس و خوددرمانی نشان می‌دهد که زنان ممکن است از داروها به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای سریع برای تسکین ناراحتی‌های جسمی ناشی از فشارهای روانی استفاده کنند. همچنین، یافته غیرمنتظره افزایش خوددرمانی در زنان با سطح سواد بالاتر، هشدار جدی درباره خطرات اطلاعات نادرست و گمراه‌کننده در فضای مجازی است که به عنوان دومین منبع اصلی اطلاعات شناسایی شد. لذا، برای مقابله مؤثر با این پدیده، صرف آموزش‌های عمومی کافی نیست.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیش از این مطالعه، شواهد موجود نشان می‌داد که خوددرمانی در ایران، به ویژه در میان زنان، شیوع بالایی دارد و با عواملی چون سواد، وضعیت اقتصادی، دسترسی به خدمات بهداشتی و رفتارهای سلامت‌محور مرتبط است. با این حال، یافته‌ها متناقض بودند؛ برخی مطالعات افزایش خوددرمانی را در افراد با سطح سواد پایین و برخی دیگر را در افراد تحصیل‌کرده گزارش کرده بودند. همچنین، ارتباط

بر فروش داروهای نسخه‌ای بدون نسخه و رصد الگوهای ذخیره‌سازی خانگی دارو.

این مطالعه، اگرچه نمی‌تواند به‌تنهایی مبنای سیاست‌گذاری ملی باشد، اما نقشه راهی شفاف برای شواهدمحور کردن تصمیمات سیاستی در سطح استانی و شهری فراهم می‌آورد و لزوم حرکت از «ممنوعیت ساده» به «درک علل رفتاری و فرهنگی» خوددرمانی را پررنگ می‌کند.

کانال‌های محبوب (اینترنت، شبکه‌های اجتماعی، رادیو و تلویزیون محلی) برای اصلاح باورهای مخرب (مانند «دارو مشکلی ایجاد نمی‌کند» یا «بیماری خفیف نیازی به پزشک ندارد») و آگاهی‌بخشی درباره خطرات مصرف آنتی‌بیوتیک در سرماخوردگی.

هماهنگی بین دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان غذا و دارو و اداره کل داروها و تجهیزات پزشکی برای نظارت دقیق‌تر

References

1. Baracaldo-Santamaría D, Trujillo-Moreno MJ, Pérez-Acosta AM, Feliciano-Alfonso JE, Calderon-Ospina C-A, Soler F. Definition of self-medication: a scoping review. *Ther Adv Drug Saf*. 2022;18:13.
2. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision: World Health Organization; Geneva: WHO; 2022. Jun;17-19
3. 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.
4. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Geneva: WHO; 2000. 14(1):6.
5. Foroutan B, Foroutan R. Household storage of medicines and self-medication practices in south-east Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2014;20(9). 547-553.
6. Bagheri A, Abbaszadeh F. Comparing the self-medication and supplement therapy in pregnant women in Kashan rural and urban areas. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;24(114):151-7. [In Persian]
7. Deshpande S, Tiwari R. Self medication--a growing concern. *Indian J Med Sci*. 1997;51(3):93-6.
8. Almasdy D, Sharraf A. Self-Medication Practice with Nonprescription Medication among University Students: a review of the literature. *Arch Pharm Pract*. 2011;2(3-2011):95-100.
9. Shokrzadeh M, Jafari D, Hoseinpoor R, Jalilian J, Shayeste Y. Self-Medication and its Determinants in Women of Reproductive Age in Gorgan city in 2018-2019. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2020;17(2):20-3.
10. Afshary P, Mohammadi S, Koshteh S, Pajohideh Z, Tabesh H. Survey on prevalence and causes of self-medication in women referring to health centers in Ahwaz, in 2013, *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2016;18(3):50-8. [In Persian]
11. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Lopez de Andres A, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. Sex—Differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(12):1293-9.
12. Alonso-Castro AJ, Ruiz-Padilla AJ, Ruiz-Noa Y, Alba-Betancourt C, Domínguez F, Ibarra-Reynoso LDR, et al. Self-medication practice in pregnant women from central Mexico. *Saudi Pharm J*. 2018;26(6):886-90.
13. Karimy M, Rezaee-Momtaz M, Tavousi M, Montazeri A, Araban M. Risk factors associated with self-medication among women in Iran. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1033.
14. Niclós G, Olivar T, Rodilla V. Factors associated with self-medication in Spain: a cross-sectional study in different age groups. *Int J Pharm Pract*. 2018;26(3):258-66.
15. Jambo A, Mengistu G, Sisay M, Amare F, Edessa D. Self-medication and contributing factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals of Harar town, Ethiopia. *Front Pharmacol*. 2018;9:1063.
16. Shaamekhi HR, Jafarabadi MA, Alizadeh M. Demographic determinants of self-medication in the population covered by health centers in Tabriz. *Health Promot Perspect*. 2019;9(3):181.
17. Tomas A, Paut Kusturica M, Tomić Z, Horvat O, Djurović Koprivica D, Bukumirić D, et al. Self-medication with antibiotics in Serbian households: a case for action? *Int J Clin Pharm*. 2017;39(3):507-13.
18. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice: 10th ed. Philadelphia: Lippincott; 2020:25-142.

19. Bland M. An introduction to medical statistics: 4th ed. Oxford: Oxford university press; 2015:11-54
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):45-139.
21. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975;4-28
22. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
23. Portney LG, Watkins MP. Foundations of clinical research: applications to practice: 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009: 11-15
24. Ocan M, Obuku EA, Bwanga F, Akena D, Richard S, Ogwal-Okeng J, et al. Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*. 2015;15(1):742.
25. Zare A, Pourmontaseri Z, Sharafi M. Prevalence and factors associated with self-medication in Fasa in 2018: community-based cross-sectional study. *J Fasa Univ Med Sci*. 2020;10(2):2285-93. [In Persian].
26. Pereira G, Surita FG, Ferracini AC, Madeira CdS, Oliveira LS, Mazzola PG. Self-medication among pregnant women: prevalence and associated factors. *Front Pharmacol*. 2021;12:65.
27. Niksadat N, Akhtari-Zavare M, Gohari MR, Zadeh DS, Solhi M. Effectiveness of a health promotion intervention and education based on health belief model on improving the preventive behaviors of self-medication among women in Tehran, Iran. *Med J Islam Repub Iran*. , 02 March 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-243903/v1>]
28. Guerra GCB, Silva AQBd, França LB, Assunção PMC, Cabral RX, Ferreira AAdA. Drug use during pregnancy in Natal, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 30 (1) Jan 2008;30:8-12.
29. Pirzadeh A. Knowledge and practice among women about self-medication based on health belief model. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2011;13(4):76-83. [In Persian].
30. Behroozpour A, Shams M, Mousavi M, Ostovar R, Maleki M. Self-medication among women in Yasouj City and factors associated with it: a preliminary study for designing an intervention based on Health Belief Model. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2016;18(1):67-76. [In Persian].
31. Barzegari J, Aryankhesal A, Moinfar Z, Abolhassani F. Non-communicable diseases units: continuity of care factors. *J Public Health*. 2021 Jun;29(3):653-7
32. Barzegari J, Raeissi P, Reisi N, Hashemi M, AryanKhesal A. Examining the care of noncommunicable diseases at the first level of providing services during the COVID-19 pandemic. *J Public Health*. 2024;32(9):1625-30.

Investigating the prevalence and determinants of self-medication among women in southern Tehran: A cross-sectional study

Javad Barzegari¹, Mahvash Karampour², Abolghasem Poorreza^{3*}, Masoumeh Sehati², Mina Riahi⁴

1- PhD in Healthcare management, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Master of Medical Education, Deputy of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD in Public Health, Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD in Healthcare management, Deputy of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Abstract

Introduction: Self-medication is a major public health challenge that leads to adverse drug reactions, antibiotic resistance, and increased healthcare costs. This study aimed to determine the frequency and identify factors associated with self-medication.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in 2021 among 270 women aged 15 years and older attending 42 health centers and posts under the South Tehran Health Center (Districts 11, 16, and 17). Systematic random sampling was employed, and data were collected using a researcher-developed questionnaire. Content validity was confirmed using the Content Validity Index (CVI), and reliability was established through Cronbach's alpha and test-retest methods. Data analysis was performed using SPSS version 25 with chi-square and Pearson correlation coefficient tests.

Results: The prevalence of self-medication over the past two months was 57.0% for the participants themselves and 44.4% (with 95% confidence interval) for their family members. The most common reasons for self-medication included previous experience with the illness, constant availability of medications at home, and perceiving the illness as unimportant 82.1%, 50.2%, 47.2%, respectively. The most frequent conditions leading to self-medication were the common cold (64.8%) and headache (61.8%), and the most commonly used medications were amoxicillin (14.1%) and acetaminophen (10.7%). Statistical analysis revealed significant associations between self-medication and literacy level, marital status, age at marriage, number of children, household economic status, and stress level.

Conclusion: Self-medication is highly prevalent among the studied women and is influenced by socio-economic and psychological factors. Targeted educational programs, stricter regulation of non-prescription drug sales, and improved access to affordable medical services are key strategies to mitigate this practice.

Keywords: Self-medication, Women, Associated factors, Women's health, Tehran

Please cite this article as follows:

Barzegari J, Karampour M, Poorreza A, Sehati M, Riahi M. Investigating the prevalence and determinants of self-medication among women in southern Tehran: A cross-sectional study. *Hakim Health Sys.* 2024;27(2): 141-153.

*Corresponding Author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Enqelab Square, Tehran, Iran.
P.O Box: 1417613151 E-mail: abolghasemp@yahoo.com

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.