

رابطه ی خودبیمارانگاری با درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین به داروخانه های شهر شیراز (مطالعه ی توصیفی -مقطعی)

عسل امیریان

دانشجوی مقطع کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد صدرا، صدرا، ایران

چکیده

این مقاله متکفل بررسی رابطه ی خودبیمارانگاری با درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین به داروخانه های شهر شیراز (مطالعه ی توصیفی -مقطعی) می باشد. به استفاده از یک ماده دارویی بدون تجویز متخصص امر درمان برای پیشگیری، درمان یا بهبود علائم بیماری با هدف ارتقاء سلامتی، خوددرمانی گفته می شود. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد که در سال ۱۴۰۴ بر روی مراجعین داروخانه ی شهر شیراز انجام گرفته است. در این مطالعه، ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و بررسی خواهند شد. داده ها از طریق پرسش نامه خود ساخته جمع آوری خواهد شد و سپس، اطلاعات به صورت توصیفی و تحلیلی گزارش می گردد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده ها و جهت بررسی مدل پیشنهادی پژوهش از نرم افزار spss26 استفاده شد. نتایج حاصل نشان دهنده این بود که بیشترین تعداد رده ی سنی ۲۰-۴۰ سال و کمترین تعداد رده ی سنی بالای ۶۵ سال داروی بدون نسخه دریافت کرده اند. نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی میان علل درخواست داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری رابطه معنادار در برخی موارد وجود دارد. لذا هر مقدار رابطه ی سنی بالاتر می رود و به ۶۰ سالگی نزدیکتر می شود، رابطه بین چند بار تهیه داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری بیشتر می شود و میان دریافت داروی بدون نسخه و خودبیمارانگاری رابطه ی معناداری وجود دارد.

واژه های کلیدی: علل روانشناختی، خود بیمار انگاری، داروخانه شهر شیراز، داروی بدون نسخه

۱-۱- مقدمه

بیماری و سلامتی دو واژه‌ای هستند که بلحاظ عقبه‌ی تاریخی، به اندازه‌ی تاریخ خلقت بشر سابقه دارد. 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. امروزه شاهد دسترسی بیشتر افراد به داروهای مختلف هستیم که به عنوان یک پدیده زیان آور روانی، یعنی مصرف بیش از حد دارو و بدون ضوابط پزشکی و به طور کلی خوددرمانی مطرح شده است. عوامل گوناگونی در تشدید این موضوع دخالت دارد؛ از جمله؛ استفاده از داروهایی که قبلاً تجویز شده در موارد مشابه، تقسیم داروهای تجویز شده برای یک نفر بین اعضای خانواده و آشنایان، استفاده از داروهای اضافی باقی مانده در خانه یا خوددرمانی ناشی از تجویز داروی اصلی، با مصرف داروهای اضافی در منزل بدون نسخه و تجویز پزشک، یا عدم مصرف کامل دارو از نظر درمان را می‌توان نام برد. دارو^۱ به مواد شیمیایی اطلاق می‌شود که در پیشگیری، تشخیص یا درمان انواع بیماری‌ها و اختلالات بدن استفاده می‌شود. (شمسی و همکاری، ۱۳۸۸: ۵۸) خوددرمانی که از دیدگاه روانشناسی و جامعه‌شناسی پزشکی رایج‌ترین نوع خودمراقبتی محسوب می‌شود و عبارت است از دریافت و مصرف یک یا چند دارو بدون نظر یا تشخیص پزشک و بدون نسخه یا نظارت پزشکی و استفاده از داروهای گیاهی یا شامل مصنوعی را در بر می‌گیرد (تاجیک و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۹۸). در پژوهش پیش رو بدنبال رابطه‌ی مراجعه‌ی بدون نسخه به داروخانه‌ها با خودبیمارانگاری هستیم. که می‌توان آنرا بعنوان یک علل روانشناختی در دریافت داروی بدون نسخه دانست. خودبیمارانگاری،^۲ اختلالی است که در آن فرد به شدت معتقد است که بیماری جدی یا کشنده‌ای دارد، با وجود اینکه معاینات و آزمایشات پزشکی کامل هیچ مشکلی را نشان نمی‌دهد. این تصور خود مرضی زمانی به عنوان یک بیماری تلقی می‌شود که حدود ۶ ماه از شروع آن می‌گذرد و با وجود تایید سلامت بدن توسط پزشک، فرد همچنان اصرار به بیمار بودن دارد و در نهایت ترس از بیمار شدن باعث می‌شود فرد دائماً به کلینیک می‌رود. و برای آزمایش و تجویز دارو به کلینیک‌های مختلف مراجعه کنید که به آن "سندرم بیمار خیالی"^۳ نیز می‌گویند. (طلایی و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۳) چنین فردی معمولاً اطلاعات زیادی در مورد بیماری‌ها، تشخیص و درمان آنها به دست می‌آورد، زیرا به پزشکان زیادی مراجعه می‌کند و معاینات زیادی را انجام می‌دهد. بیمارانی که با مراجعه مکرر به داروخانه و عدم امکان مراجعه هر بار به پزشک از دردهای خود تشخیصی رنج می‌برند، علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات روحی و روانی خاص خود را نیز دارند. بیشتر مداخلات این بیماران مداخلات پزشکی است و در زمینه مداخلات روانشناختی خلأ پژوهشی وجود دارد. (محلوجی و کاشانی فرح، ۱۳۹۸: ۴۵) اما پیرآمون خوددرمانی^۴ باید گفت؛ 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 زیانباری نخواهند داشت. این گروه داروها را داروهای بدون نسخه می‌نامند. نوع دوم خوددرمانی مربوط به مصرف داروهای قوی‌الثر 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 می‌نامند (صاحبی و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۷۶) تحقیقات و آمارهای علمی نشان می‌دهد که الگوی مصرف دارو برای گروه‌های مختلف درمانی در ایران از معیارهای استاندارد

۱- medicine

۲- Self-diagnosis

۳-Imaginary patient syndrome

۴- self curing

مصرف دارو در سطح جهانی تبعیت نمی‌کند. هر ایرانی به طور متوسط ۳۳۹ بار در سال دارو مصرف می‌کند که ۴ برابر آمار جهانی است. میانگین مصرف داروهای تزریقی در ایران ۴۶ درصد است. در صورتی که این نرخ در دنیا ۱۱ درصد است. ایران جزو ۲۰ کشور اول جهان از نظر مصرف داروی بدون نسخه است. به طوری که بعد از چین در رتبه دوم آسیا قرار دارد. سالانه بیش از ۱۰۰۰۰ تصادف به دلیل استفاده نادرست از دارو گزارش می‌شود. از دیدگاه افکار عمومی فقط جنبه بی‌ضرر و شفاف‌بخش دارو مد نظر است. در حالی که در متون پزشکی، طب را مانند تیغی دو لبه می‌دانند که یک لبه آن عوامل بیماری‌زا را هدف قرار می‌دهد و لبه دیگر آن به دلیل عدم آگاهی از استفاده صحیح جان انسان را تهدید می‌کند. استفاده نادرست از داروها از نظر عوارض، خطرات، مرگ و میر و همچنین هزینه‌های بسیار سنگین آن در بودجه دارویی دولت‌ها، شرکت‌های بیمه و عموم مردم از مسائل مهم جامعه به شمار می‌رود. در کشورهای در حال توسعه، مصرف خودسرانه دارو معمولاً به الگوهای نامناسب مصرف مواد منجر می‌شود. مصرف دارو بدون تجویز پزشک معضل بزرگ فرهنگ دارویی است که علاوه بر ایجاد اختلال در روند درمان و ایجاد عوارض، تحمیل هزینه‌های گزاف دارویی را نیز به دنبال داشته است. در این راستا کشور ما جزو پرمصرف‌ترین کشورها از نظر دارو محسوب می‌شود و طی یک دهه گذشته مصرف دارو در کشور افزایش چشمگیری داشته است به طوری که طبق اعلام وزارت بهداشت، کل فروش داروی بدون نسخه در سال ۱۳۹۳ به ۸۷۴ رسید/ ۲۶ میلیارد بود و با احتساب جمعیت ایران، هر ایرانی در سال ۸۴ به طور متوسط ۳۸۶ دارو مصرف کرده است. بررسی‌های انجام شده حاکی از عدم وجود الگوی صحیح مصرف دارو در کشور است تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاح این الگو به نتیجه نرسیده و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل مصرف خودسرانه دارو مواجه است. بحث مصرف دارو، اگر از محتوای آن استنباط شود، موضوعی است که به تمام ابعاد فرهنگی، اجتماعی، دینی، مذهبی و سواد بهداشتی مردم مربوط می‌شود و امروزه مصرف صحیح و منطقی دارو یکی از اهداف و برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی و در نتیجه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. با این حال، در پژوهش‌های پیش رو، شیوع تقاضای داروهای بدون نسخه و عوامل روانشناختی مؤثر بر آن در بین مراجعین داروخانه‌های شیراز مورد بحث قرار گرفته است. در پژوهش‌های پیش رو شیوع درخواست داروی بدون نسخه و عوامل روانشناختی مؤثر بر آن در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز پرداخته شده است. لذا در پی یافته‌ها و نتایج اساسی این پژوهش، سوالات کلیدی مطرح شده است. شیوع درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین داروخانه‌های شهر شیراز به چه میزان است؟ عوامل روانشناختی و خود بیمار انگاری مؤثر در درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین داروخانه‌های شهر شیراز چیست؟

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که الگوی صحیح مصرف دارو در کشور وجود ندارد. یکی از این عوامل در زمینه روانشناسی و اختلال خودتشخیصی یا همان خودبیمارانگاری است. تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاح این الگو چندان موفق نبوده و نظام دارویی کشور^۱ با توجه به فرهنگ دارویی جامعه، وضعیت و شرایط داروی غیرمنطقی همچنان با معضل مصرف بی‌رویه، نامناسب و خودسرانه دارو در ایران مواجه است. با توجه به اهمیت موضوع هدف از انجام این مطالعه تعیین مهم‌ترین دلایل خوددرمانی در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز^۲ بوده است. انتظار می‌رود که نتایج حاصل از این مطالعه بتواند با شناسایی فاکتورهای مؤثر بر انتخاب خوددرمانی در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو و خوددرمانی دارویی راهکاری مناسب و کاربردی در سطح شهر شیراز ارائه دهد. که استفاده داروی بدون نسخه از چند جنبه و

۶- The country's pharmaceutical system

۷- Shiraz pharmacies

مقوله دسترسی به دارو، تجربه و نگرش، فرهنگی - اجتماعی، آگاهی، اقتصادی و موانع مرتبط با مراکز درمانی و جمعیت شناختی قابل بررسی است.

۱-۲- بیان مساله

امروزه بطور کلی بحث شیوه ی مصرف دارو و خود درمانی، مشکلات جامعه، مشکلات اقتصادی و اجتماعی جامعه است، به طوری که تناسب و همخوانی میان جمعیت بیمار و مصرف دارو وجود ندارد. اصولاً مهمترین عامل موثر بر این موضوع، مصرف داروی بدون نسخه^۱ پزشک در جامعه است. (کلیمنس، ۲۰۱۹: ۱۶۴) خوددرمانی به عنوان رایج ترین شکل خودمراقبتی می تواند با مصرف داروی صنعتی یا خانگی، تهیه دارو بدون نسخه پزشک متخصص، استفاده از داروهای قبلی تجویز شده در موارد مشابه، تقسیم بندی داروهای تجویز شده انجام شود. تجویز دارو برای یک نفر در بین اعضای خانواده آشنایان و استفاده برای سایرین، استفاده از داروهای اضافی در خانه، خودداری از تجویز داروی اصلی، چه با مصرف داروی اضافی بدون تجویز پزشک یا عدم مصرف کامل دارو انجام می شود. (ویلیکینسون، ۲۰۲۰: ۹۲) یکی از عوامل درخواست داروی بدون نسخه عامل روانشناسی خود بیمار انگاری^۲ است. شیوع نسبتاً بالای اختلالات خودبیمارانگاری در بین ایرانیان در مقایسه با مطالعات جهانی گزارش شده است. برخلاف اطلاعات موجود در مورد خودبیمارانگاری، تمامی مقاطع تحصیلی درگیر این روند هستند. ایران یکی از بزرگترین کشورهای مصرف کننده آنتی بیوتیک در جهان است و فرهنگ غلط خوددرمانی و عدم اعتقاد به درمان بدون نسخه و تجویز بسیاری از اقلام دارویی توسط پزشکان به ویژه پزشکان عمومی از عواملی است که باعث این مشکل می شود. (ارشادپور، ۱۴۰۰: ۲۳) مصرف خودسرانه داروها یکی از مشکلات حاد بهداشتی است که این عوامل باعث افزایش سرانه مصرف دارو،^۳ مقاومت دارویی، عدم درمان بهینه، مسمومیت و عوارض ناخواسته می شود. استفاده از دسترسی آسان به داروهای بدون نسخه، باعث می شود افراد تمایل بیشتری به مصرف خود داروها داشته باشند. (وکیلی، ۱۳۹۹: ۵۱-۵۲)

بر پایه ی سنجش و ارزیابی سازمان بهداشت جهانی ۴۰ درصد هزینه های درمانی صرف دارو می شود و مصرف ناصحیح دارو یک آسیب بزرگ در سطح جهانی است. (ساواله، ۲۰۲۰: ۶۴) بر اساس اعلام وزارت بهداشت ایران، مجموع فروش دارو در سال ۲۰۱۸ بیش از ۴۷۸.۲۶ میلیارد بوده که با احتساب جمعیت، هر ایرانی به طور متوسط ۶۸۳ دارو مصرف کرده است. علاوه بر این، تخمین زده می شود که ۳.۸۳ درصد از مردم ایران خودسرانه دارو مصرف می کنند. (صرامی و دیگران: ۲۰۲۱: ۳۶)

مصرف خودسرانه داروها عواملی چون مقاومت باکتریایی در آنتی بیوتیک ها، عدم درمان بهینه، مسمومیت های ناخواسته و حتی عمدی، اختلال در بازار دارو، اتلاف پول و افزایش سرانه ثروت را در پی داشته است. مصرف داروی بصورت خودسرانه، عوارض جانبی ناخواسته را افزایش می دهد. (انصاری ۱۳۹۶: ۵۲) اسفاده ی نامناسب از دارو به جهت تبعات و توالی فاسد مترتب بر آن، خطرات، مرگ و میر و همچنین هزینه های بسیار سنگین آن در بودجه دارویی دولت ها، شرکتهای بیمه و جمعیت عمومی مردم از مسائل مهم جوامع به حساب می آید. (مایکل بولند، ۱۳۹۵: ۱۲) با توجه به اهمیت این موضوع باید دانست که در کشور ما بخش زیادی از منابع بهداشتی و درمانی صرف تهیه و تامین داروهای اساسی مورد نیاز جامعه می شود و علیرغم اینکه تامین اعتبارات مالی تهیه و تولید فرآورده های دارویی از اولویت های اصلی برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی

^۱- Taking over-the-counter medication

^۲- Hypochondriasis

^۳- Increase in drug consumption per capita

و درمانی است، اما با توجه به مشکلاتی که در تجویز دارو و فرهنگ مصرف دارو وجود دارد، جامعه بیماران اغلب در تهیه داروی مورد نیازشان با مشکل مواجه هستند. (مقبل، ۱۳۹۹: ۳۵)

بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان تجویز دارو برای اصلاح این الگو چندان موفق نبوده و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل سرانه مصرف بی‌رویه دارو مواجه است. (امانی، ۲۰۲۰: ۱۹۸) بنابراین در شرایط کنونی شناخت علل سرانه مصرف دارو و ارائه راهکار برای کاهش و کنترل آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نیاز به تحقیق را دو چندان می‌کند. با توجه به موارد فوق، مصرف خودسرانه و بدون نسخه دارو می‌تواند مشکلات عدیده‌ای را ایجاد کند و این مطالعه به منظور تعیین شایع‌ترین دلایل درخواست داروهای بدون نسخه از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شیراز انجام خواهد شد. که به صورت مقطعی و موردی و با رویکرد توصیفی انجام شده است. شاید بتوان در پرتو این اقدام علمی، در حد امکان در کاستن این بحران در کشور تلاش نمود. مواد و روش‌های پرسش‌نامه برای ۲۰۰ مراجعه‌کننده جهت دریافت دارو بدون نسخه، در ۴ داروخانه شهر شیراز که به شیوه‌ی سرشماری از جامعه انجام شده و انتخاب می‌شوند و سپس تکمیل می‌گردند. پرسشنامه حاوی سه سوال کلی خواهد بود، که از طریق مطالعه آزمایشی تهیه خواهد شد. برای هر سوال، پاسخ‌هایی طراحی شده است که در فرآیند پژوهش در اختیار پاسخ‌دهندگان قرار داده خواهد شد و سپس بر اساس تحلیل آماری ارزیابی و درصد بندی می‌گردند. پاسخ‌های احتمالی مراجعین به ۴ داروخانه شهر شیراز به این سوال خواهد بود که «چرا داروی بدون نسخه می‌خواهید؟» جواب‌های احتمالی طراحی شده به شرح زیر ارائه شده است؛ قبلاً از این دارو استفاده کرده‌ام و خوب شده‌ام. استطاعت مالی برای پرداخت حق ویزیت ندارم. میدانم پزشک‌ها همین‌را می‌نویسند و ضرورتی به مراجعه به پزشک نیست. خودم دکتر خودم می‌باشم. بدلیل بالا بودن دانش ام نسبت به پیامد داروها هرچه خودم بگویم دکتر آنرا می‌نویسد. خیلی بد حال هستم نمیتونم دکتر بروم. مسافر هستم. بدون نسخه راحت ترم. بنظرمن گرفتن داروی بدون نسخه هیچ اشکالی ندارد. نسخه را همراهم نیاوردم. در طراحی سوال دوم در پی پاسخ به «چرا به پزشک مراجعه نمی‌کنید؟» (علت خوددرمانی) پاسخ‌های احتمالی مراجعین به ۴ داروخانه شهر شیراز اینگونه طراحی و ارزیابی خواهد شد که؛ مهم تلقی نکردن بیماری، در دسترس بودن دارو، نداشتن دفترچه بیمه، وقت مراجعه به پزشک را ندارم، قدرت استطاعت مالی پرداخت ویزیت ندارم، مطب پزشک شلوغ است، خیلی بدحالم نمیتونم بروم دکتر، هرچه بگویم دکتر همان را می‌نویسد، برای یه درد کوچک نیاز به مراجعه به پزشک نیست، در سوال سوم به بررسی «تفکیک نوع داروهای خوددرمانی» پرداخته می‌شود؛ با این عنوان که؛ «داروهایی بدون نسخه‌ی شما معمولاً چه نوع داروهایی است؟» پاسخ‌های احتمالی مراجعین به ۴ داروخانه شهر شیراز اینگونه طراحی خواهد شد که؛ آنتی بیوتیک‌ها، سرماخوردگی، و داروهای سرفه اعصاب، و داروهای روان داروهای دستگاه گوارش، داروهای ضدحساسیت، داروهای مربوط به سلامت پوست، ویتامین‌ها مکمل داروهای غذایی، داروهای مسکن و ضد درد مقطعی، داروهای گیاهی، داروهای مخدر و روان‌گردان بعنوان نوع داروهای خوددرمانی در مراجعه به داروخانه عنوان خواهد شد. بدنبال پاسخ به این سوالات، در پی جواب مهمتر و اساسی‌تری می‌توان بود و آن رابطه‌ی میان مصرف داروی بدون نسخه با افراد خود بیمار انگار است. اینکه چه میزان از افراد خود بیمار انگار بدلیل دلگرانی مداوم خود از بیماری، به داروخانه مراجعه می‌کنند، چالش ذهنی نویسنده را دوچندان می‌کند. یکی از دلایل این چالش، نداشتن فرصت کافی خودبیمار انگاری است که مستمراً نمی‌تواند به پزشک مراجعه نماید. در واقع خودبیمارانگاری، یک اختلال در تفکر انسان است؛ یعنی نوع نگاه و نگرش مغز و افکار انسان با علائم بیماری‌های جسمی متفاوت است، بنابراین تعبیر مغز ناشی از علائم جسمانی با تعبیری که در انسان یا افراد عادی مشاهده می‌شود متفاوت است. احتمال توهین و تمسخر پزشکان با بیماران مبتلا به اختلال

خودبیمارانگاری و عدم برخورد محترمانه با آنها می‌تواند یکی از دلایل مراجعه نکردن افراد خودبیمارانگار به پزشکان باشد. بیماران مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری تمایلی به مراجعه به روانپزشک یا روانشناس ندارند، بنابراین پزشکان باید به تدریج این بیماران را تشویق به مراجعه به روانپزشک یا روانشناس کنند. بر اساس آمارهای جهانی، چهار تا شش درصد افرادی که به مطب مراجعه می‌کنند، از اختلال خودبیمارانگاری رنج می‌برند، فردی که از این اختلال رنج می‌برد، حداقل به مدت ۶ ماه از ابتلا به یک بیماری خاص ترس و اضطراب شدید دارد، اما در این مدت از ابتلا به بیماری خودداری کنید. اکثر این افراد به دلیل ترس مستقیماً به داروخانه‌ها مراجعه می‌کنند. (عندلیب کورایم و علی لو، ۱۳۹۲: ۲۷-۲۸)

پژوهشگر در ذیل برای پاسخ به این سوال که «چرا داروی بدون نسخه می‌خواهید؟» سوالات مختلفی طرح خواهد نمود که پاسخ‌های مصرف خود سرانه دارو علل متنوعی را در بر می‌گیرد، عواملی نظیر نگهداری دارو در منزل، فقر و ابعاد مالی، اعتقاد به بی‌خطر بودن مصرف خود سرانه داروها، نداشتن فرصت کافی جهت مراجعه به پزشک برای رفع مشکل، تحویل دارو بدون تجویز پزشک توسط داروخانه‌ها، توسط پژوهشگر طراحی خواهد شد. واقعیت انکارناپذیر دیگری که پژوهشگر بدنبال ردیابی علل آن است؛ این است که، مصرف خودسرانه دارو بیش از آن که با خصوصیات افراد مصرف‌کننده دارو مرتبط باشد با روش ارائه سازمان بهداشتی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، و عدم آگاهی بخشی به شهروندان و داروسازان مرتبط است. عواملی خارج از اراده فرد، بر انجام این عمل دخالت دارد؛ کاهش دسترسی افراد به دارو از طریق نظارت مداوم بر امر توزیع دارو در داروخانه، افزایش آگاهی پزشکان در رابطه با تجویز منطقی داروها، افزایش کیفیت داروهای تولید داخلی و تدوین برنامه‌های آموزشی موثر جهت افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش و عملکرد افراد با استفاده از روش‌ها و وسایل آموزشی مختلف می‌تواند در زمینه منطقی کردن مصرف داروها در کشور راهگشا باشد. لذا دارو سازان در کنار بیماران با عدم رعایت منشورهای اخلاقی نیز بخشی از عوامل این جریان هستند. (پولسکی؛ ۲۰۱۹: ۷۵) داروسازان به عنوان مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به مردم در استفاده بهینه از داروها کمک می‌کنند، چرا که وظیفه ارائه خدمات دارویی را بر عهده دارند. کدها و منشورهای اخلاق دارویی اصول اساسی هستند که داروسازان یا تکنسین‌های داروسازی باید از آنها پیروی کنند. منشور اخلاقی داروسازی راهنمای حرفه‌ای‌ها در خصوص عملکرد حرفه‌ای مورد انتظار از آنها است و علاوه بر حمایت و هدایت فرآیند کاری و تصمیم‌گیری افراد شاغل در این حرفه، استانداردهای رفتاری مورد انتظار از آنها را به اطلاع افراد می‌رساند. منشورهای اخلاقی مستلزم تکلیف و تعهد است و هر داروساز، صرف نظر از اینکه به حرفه خود مشغول است یا نه، موظف است به اصول منشور اخلاقی دارویی وفادار باشد و آن را در کار روزمره خود به کار گیرد. (کولیر جو، ۱۳۹۷: ۱۵) به عبارت دیگر، عملکرد حرفه‌ای داروسازان، منشور اخلاق حرفه‌ای داروسازان، منشور اخلاقی شرکت‌های تولیدکننده دارو، منشور اخلاقی شرکت‌های واردکننده دارو، منشور اخلاقی شرکت‌های توزیع‌کننده دارو، منشور اخلاقی سازمان غذا و دارو به عنوان بخشی دیگر از مولفه‌های اثرگذار در استفاده از داروهای بدون نسخه از توجه محقق دور نمانده و مستلزم بحث عمیق و گسترده در فرآیند تحقیق است. بنابراین می‌توان گفت؛ دانش و نگرش داروسازان در زمینه داروهای بدون نسخه بهینه نیست و این امر را می‌توان یکی از علل عملکرد ضعیف داروسازان و در نهایت دلیل افزایش داروهای بدون نسخه دانست. (جوادی و دیگران، ۱۳۹۸: ۴۵)

با عنایت به مطالب پیش گفته، پژوهش پیش رو که در قالب پرسشنامه و با لحاظ همه‌ی جوانب و جنبه‌های موضوع، تنظیم خواهد شد، ضمن اینکه چالش پیش رو در سوالات مورد توجه پرسشگر قرار گرفته است، پاسخ‌دهندگان بدون ذکر نام برای

شفافیت در پاسخ‌گویی علل متنوعی را برای دریافت داروی بدون نسخه ذکر کردند. براساس این نتایج بدیهی است که توجه به هرمنشور از علل ذکر شده و برطرف نمودن هر یک از آنها می‌تواند در کاهش روند درخواست داروی بدون نسخه موثر واقع خواهد شد. با توجه به اهمیت مسئله و در راستای یافته‌های این پژوهش می‌بایست به طرح راهکارهای مناسب و عملیاتی ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب بطور مدون و گسترده در بین اقشار مختلف جامعه در خصوص عوارض جدی ناشی از مصرف خودسرانه دارو می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای موثر در کاهش میزان مصرف خودسرانه باشد؛ هرچند بسیاری از مردم تصور می‌کنند مصرف داروهای بدون نسخه بدون عارضه نمی‌باشد و احتمال بروز تداخلات و مسمومیت‌های دارویی و همه مشکلات منتسب به داروهای بدون نسخه را مطلع هستند؛ اما آشنایی هر چه بیشتر عموم مردم درباره این داروها با استفاده از روش‌های گوناگون اطلاع‌رسانی امری لازم و اجتناب‌ناپذیر است. راهنمایی در مورد مصرف دارو توسط دکتر داروساز می‌تواند به میزان چشمگیری باعث کاهش میزان تعرفه پزشکی و خوددرمانی شود.

۳-۱- اهمیت و ضرورت

استفاده نادرست از دارو به دلیل عوارض، خطرات، مرگ و میر و همچنین هزینه‌های بسیار سنگین آن در بودجه دارویی دولت‌ها، شرکت‌های بیمه و عموم مردم یکی از مسائل مهم جوامع به حساب می‌آید. با توجه به اینکه تاکنون تحقیقی در مورد درخواست داروهای بدون نسخه با خودبیمارانگاری و ارتباط بین ایندو انجام نشده است، این تحقیق از این نظر بسیار حائز اهمیت است. بنابراین شناسایی و تحلیل علل مصرف خودسرانه دارو در بین گروه‌های مختلف جامعه بسیار مهم است. مصرف خودسرانه داروها در کشور در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است. این کار نه تنها کمکی به سلامت بیمار و جامعه نمی‌کند؛ اما مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع باید اضافه کرد که در کشور ما بخش عظیمی از منابع سلامت صرف تهیه و تامین داروهای اساسی مورد نیاز جامعه می‌شود و با وجود تامین اعتبارات مالی، تهیه و تولید فرآورده‌های دارویی از اولویت‌های اصلی برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی است، اما به دلیل مشکلاتی که در تجویز دارو و فرهنگ مصرف دارو وجود دارد، جامعه بیماران اغلب با مشکل تهیه دارو مواجه هستند. نیاز داشتن. بنابراین با توجه به شیوع بالای مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک‌ها، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش درک خطر مصرف خودسرانه دارو در بین اقشار مختلف ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه بسیاری از افراد تصور می‌کنند که استفاده از داروهای بدون نسخه خالی از عارضه نیست و از احتمال تداخل دارویی و مسمومیت و تمام مشکلات ناشی از داروهای بدون نسخه آگاه هستند. اما آشنایی بیشتر عموم مردم با این داروها با استفاده از روش‌های مختلف امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. راهنمایی در مورد استفاده از دارو بدون نسخه توسط داروساز می‌تواند به طور چشمگیری میزان هزینه‌های پزشکی و خوددرمانی را کاهش دهد.

۱-۴- اهداف تحقیق

۱-۴-۱- هدف اصلی تحقیق

تبیین و بررسی علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه و عوامل روانشناختی موثر بر آن در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز و ارتباط درخواست داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری

۱-۴-۲-اهداف فرعی

- ۱-شناسایی و تحلیل علل اقتصادی موثر در درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین داروخانه های شهر شیراز
- ۲-شناسایی و تحلیل علل فرهنگی موثر در درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین داروخانه های شهر شیراز
- ۳- بررسی نقش واسطه ای عملکرد حرفه ای داروسازان، منشور اخلاق حرفه ای داروسازان، منشور اخلاقی شرکت های تولیدکننده دارو، منشور اخلاقی شرکت های وارد کننده دارو، منشور اخلاقی شرکت های پخش دارو، منشور اخلاقی سازمان غذا و دارو و نقش آن در کنترل یا شیوع داروهای بدون نسخه
- ۴- تحلیل و ارزیابی رابطه ی میان درخواست داروی بدون نسخه با خودبیمار انگاری

۱-۵-فرضیات تحقیق

- فرضیه اول: به نظر می رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل جمعیت شناختی رابطه ی معناداری وجود دارد.
- فرضیه دوم: به نظر می رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل روانشناختی و خودبیمار انگاری رابطه ی معناداری وجود دارد.
- فرضیه سوم: به نظر می رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با مشکلات اقتصادی رابطه ی معناداری وجود دارد.
- فرضیه چهارم: به نظر می رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل نگرش، آگاهی و دانش رابطه ی معناداری وجود دارد.

۱-۶-پیشینه پژوهش

۱-۶-۱- پژوهش های داخل کشور

والدن استراکویک، راسل نویز (۱۳۹۹)^۱ وی در کتابی با عنوان خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت راهنمایی برای درمانگران، مطالعاتی پیرامون خودبیمار انگاری انجام داده است.

شواهدی وجود دارد که اضطراب بیماری و خود بیمارانگاری در موارد بالینی پایدار است. علاوه بر این موضوع، توسعه و ارتقای اطلاعات پزشکی از طریق رسانه های مختلف باعث پیدایش نوع جدیدی از این اختلالات در بین عموم مردم شده است. اگرچه تعداد افراد مبتلا به اضطراب سلامتی که در مورد نگرانی های خود از طریق اینترنت به دنبال مشاوره هستند (خودبیمارانگاری خاموش یا بیماری سایبری) مشخص نیست، افزایش چنین نگرانی هایی متخصصان مختلف سلامت از پزشک گرفته تا روانشناس و روانپزشک را برانگیخته است. امروزه افراد بیشتری با چنین مواردی در بین مشتریان خود مواجه می شوند. بنابراین افزایش آگاهی در مورد این پدیده، سیر و درمان خود درمانی و اضطراب سلامت برای هر یک از این متخصصان برای مقابله موثر با این آسیب های روانی ضروری خواهد بود. این کتاب در قالب ۱۲ فصل ضمن معرفی این اختلالات و معیارهای تشخیصی، افتراقی و طبقه بندی آنها در فصول جداگانه به ارتباط و همزیستی این اختلال با سایر اختلالات روانی، روش ارزیابی و جنبه های اپیدمیولوژی، سیر و پیامدهای آن و روش مناسب برخورد با افراد آسیب دیده، به روش ها و مدل های

درمانی موجود و موثر در این زمینه می پردازد. با توجه به عدم بینش این دسته از بیماران نسبت به منشاء روانی اختلال خود و در نتیجه از مراجعه به روانشناس اجتناب می کنند و تمایل زیادی به پیگیری روند درمان از طریق کادر درمانی دارند. این کتاب سعی دارد با معرفی گام به گام موارد بیماران و فرآیندهای درمانی اجرا شده، پزشکانی را که دانش محدودی از مفاهیم روانشناختی در روند درمان و درمان دارند، با توجه به شرایط این بیماران، از نظر کاربردی، آگاه سازد. این کتاب می تواند به عنوان یک راهنمای تشخیصی و درمانی جامع برای روانشناسان، روانپزشکان، پزشکان و حتی بیمار و خانواده وی مورد استفاده قرار گیرد.

حیدرنژاد و دیگران (۱۴۰۰) در پژوهشی فروش دارو بدون نسخه پزشک را عامل اصلی، مهم و مؤثر در مصرف خود سرانه دارو میدانند؛ مطالعه انجام شده توسط حیدرنژاد در ایران در سال ۱۴۰۰ به بررسی های انجام شده توسط یک گروه تحقیقاتی پرداخته که در کشورهای آمریکای لاتین، موتوال در ایتالیا، یوهلک در آلمان، فریس در جورجیای آمریکا، براون تونور در ایالت می سی سی پی آمریکا و پرشو پی ام در انگلستان انجام شده است. همه پژوهش ها بیانگر و نشان دهنده این است که یکی از دلایل مصرف خود سرانه دارو، فروش دارو بدون تجویز پزشک توسط داروخانه ها است. بنابراین نقش محوری داروخانه ها را در مصرف داروی بدون نسخه پررنگ نشان داده است.

کاشی تراش اصفهانی محمدجواد؛ اکبری جور فائزه (۱۴۰۲) عنوان تحقیق: بررسی خودبیمارانگاری و عوامل مؤثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹). در این پژوهش آمده کرونا ویروس جدید موسوم به کووید-۱۹، یک تهدید بیولوژیکی است که به دلیل کم بودن دانش علمی در مورد کنترل بیماری، فشارهای روحی و روانی گسترده ی برای جوامع مختلف به دنبال داشته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی خودبیمارانگاری و عوامل مؤثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹) انجام پذیرفت. روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بصورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ۳۱۸ نفر از کارکنان در مطالعه شرکت داشتند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه استاندارد ایوانز بود. داده ها با استفاده از آزمون های t -test، ANOVA، و ضریب همبستگی پیرسون با بهره گیری از نرم افزار SPSS23 تحلیل گردید. یافته ها: خودبیمارانگاری ۲۰/۱۳ درصد از کارکنان خفیف، ۵۷/۸۶ درصد متوسط و ۱/۵۷ درصد شدید بود. میانگین نمره تاب آوری کارکنان مورد مطالعه برابر با $48/67 \pm 7/21$ بدست آمد که بیانگر سطح متوسط این متغیر در میان کارکنان بود. بین خودبیمارانگاری با متغیرهای سن ($P=0/002$)، جنسیت ($P=0/001$)، وضعیت تاهل ($P=0/01$)، و سطح تحصیلات ($P=0/02$) رابطه آماری معناداری وجود داشت. نتیجه گیری: خوبیمارانگاری کارکنان در سطح متوسط برآورد گردید که یکی از دلایل این اختلالات می تواند بحران فعلی کروناویروس (کووید-۱۹) باشد. لذا ارتقاء سطح داش و آگاهی کارکنان در شرایط فعلی بحران کروناویروس (کووید-۱۹) پیشنهاد می گردد.

توکلی (۱۳۹۹) در تحقیقی که در بین مردم تهران در مورد علل خوددرمانی انجام شد، نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک نیز یکی از عوامل مهم خوددرمانی دانسته شده است. مطالعه توکلی در بین مردم تهران در سال ۱۳۹۹ و دو نظرسنجی دیگر نیز به این موضوع پرداخته و نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک را دلیل مهمی برای مصرف خودسرانه داروها دانست. در تهران انجام شد.

وحید دستجردی و قلی زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان مؤلفه های فرهنگی مؤثر بر مصرف داروی بدون نسخه (از دیدگاه شهروندان اصفهانی) به این نتیجه رسیدند که مؤلفه های آموزش عمومی و رسانه به ترتیب کمترین نقش را در فرهنگ مصرف داروی بدون نسخه در بین شهروندان اصفهانی دارند.

اعتدالی آناهیتا منشی غلامرضا، صالحی فر الهه (۱۴۰۲) درآمدی بر اختلال خود بیمار انگاری مجازی: مفهوم شناسی، علت شناسی و درمان. این تحقیق بیان می کند؛ خود بیمار انگاری مجازی شکلی از اضطراب است که به وسیله جستجوی مفرط اطلاعات سلامت و تندرستی از طریق اینترنت شناخته می شود. این حالت ممکن است به افزایش پریشانی روانشناختی، نگرانی و هزینه های پزشکی غیرضروری منجر شود. این اختلال شامل جستجوی آنلاین سلامت تکراری و وقت گیر، حالات عاطفی منفی (مثلا اضطراب) یا پریشانی مرتبط با جستجوی آنلاین سلامت، قطع فعالیت های دیگر در نتیجه جستجوی آنلاین سلامت و مشورت با پزشک در پاسخ به افزایش ناراحتی یا اضطراب، معمولا برای کسب اطمینان است. ناراحتی و نگرانی های مرتبط با جستجوی علائم بدنی در اینترنت می تواند هزینه های اقتصادی زیادی برای افراد به دنبال داشته باشد و بر کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی افراد تاثیر می گذارد. بنابراین تشخیص و مداخله به موقع می تواند عملکرد اجتماعی، هیجانی افراد را افزایش دهد. در واقع ناآشنایی و ناآگاهی جامعه درمورد سبب شناسی علائم آسیب شناسی و عوارض و درمان با این بیماران و به دنبال آن مشکلات پیش آمده دراجتماع و به خصوص خانواده برای این افراد موجب شد که دراین مقاله به توضیح مبسوط درمورد علل آن پرداخته شود. نتایج نشان داد که در اختلال اختلال خودبیمار انگاری مجازی عوامل روانی - اجتماعی متفاوتی نقش دارند و با توجه به این که بیماران مبتلا به اختلال اختلال خودبیمار انگاری مجازی خصوصیات علامت شناسی و جمعیت شناختی خاصی را نشان می دهند و متخصصان سلامت روان باید با این مفاهیم آشنایی لازم را داشته باشند.

مهرعلیان و مشکانی (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان آگاهی، نگرش و عملکرد داروسازان قزوینی در خصوص داروهای بدون نسخه، بیان شده است که مصرف بی رویه داروهای بدون نسخه (OTC) یکی از مشکلات بسیاری از کشورهاست. هر چه میزان آگاهی بیمار از دارویی که قصد مصرف آن را دارد بیشتر باشد، دارو را به درستی مصرف خواهد کرد و نتیجه درمان بهتر خواهد بود. این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۴ به منظور تعیین سطح آگاهی، نگرش و عملکرد داروسازان شهر قزوین در خصوص داروهای OTC انجام شد. برای تعیین سطح آگاهی و نگرش از پرسشنامه هایی استفاده شد که روایی آن توسط متخصصان داروسازی تایید شد و برای تعیین سطح عملکرد از روش مشاهده ای استفاده شد. ۷۰ داروساز (۳۶ نفر زن و ۳۴ نفر مرد) با میانگین سنی 33 ± 4 در این مطالعه شرکت داشتند. آگاهی و نگرش داروسازان در زمینه داروهای OTC در حد مطلوبی نبود که همین امر می تواند به عنوان یکی از علل عملکرد ضعیف داروسازان باشد.

۱-۶-۲- پژوهش های خارج کشور

جانسون (۲۰۲۱)^۱ در یک پژوهش، افزایش آگاهی مردم در مورد عواقب خوددرمانی، عامل اصلی، مهم و مؤثر در سرانه مصرف خودسرانه داروها است. در آمریکا برای پیشگیری از خوددرمانی روش های مختلفی از جمله افزایش آگاهی مردم در مورد عواقب خوددرمانی، آموزش پزشکان و داروسازان در زمینه تجویز صحیح داروها اجرا شده است. و مشاوره با مصرف کنندگان داروی بدون نسخه و تهیه بروشور و کاتالوگ در سطح وسیع را ذکر کرد. همچنین نتایج بررسی های مروری ما نشان می دهد که عدم اعتقاد به درمان در بین دانشجویان غیرپزشکی بیشتر از دانشجویان پزشکی است و لازم است علل بیشتری بررسی و

مداخلات لازم انجام شود. شایان ذکر است شیوع خوددرمانی در بین اقشار تحصیلکرده دانشگاهی می‌تواند باعث شیوع خوددرمانی و خوددرمانی در بین عموم مردم شود، زیرا امکان الگوگیری از این افراد در سطح جامعه بیشتر است. نسبت به سایر اقشار جامعه بنابراین لازم است در سطح دانشگاه برنامه‌هایی در زمینه برگزاری کارگاه‌ها و گفتمان‌های علمی طراحی شود تا افراد تحصیل کرده به این باور برسند که مصرف خودسرانه دارو می‌تواند آثار جبرانی غیرقابل قبولی داشته باشد. همچنین افزایش کیفیت داروهای تولیدی در کشور نقش مهمی در افزایش اعتماد جامعه پزشکی و بیماران به پرهیز از مصرف خودسرانه دارو و پرهیز از مصرف داروهای خارج از چرخه رسمی توزیع دارد.

گوس آپرون (۲۰۲۰)^۱ در پژوهشی عدم دسترسی به پزشک بخاطر فقر مالی و گران بودن ویزیت پزشکان عامل اصلی، مهم و مؤثر در مصرف خود سرانه دارو میداند؛ در تحقیقی که توسط گوس آپرون در سال ۲۰۲۰ انجام گرفت، مشخص شد که خود درمانی در مکزیک ارتباطی معنا دار با وضعیت اقتصادی جامعه و فقدان دسترسی به افراد متخصص مراقبت سلامت دارد. عدم دسترسی به پزشک بخاطر فقر مالی و گران بودن ویزیت پزشکان نیز می‌تواند در گرایش به خود درمانی نقش داشته باشد. علاوه بر این نتایج مطالعه مروری ما نشان می‌دهد که بی اعتمادی به کیفیت دارو از دیگر عوامل مصرف غیرمنطقی دارو است. در بسیاری از موارد ترجیح دادن داروهای خارجی به داخلی چه با هدف خوددرمانی و چه با اهداف دیگری نظیر نقش تقویتی و مکمل بودن آن باعث مصرف خودسرانه دارو می‌شود.

گاوالی و سودش (۲۰۱۵)^۲ دانش، نگرش و عملکرد خوددرمانی در بین دانشجویان علوم پایه دانشکده پزشکی نپال غربی مورد بررسی قرار گرفت. در میانگین دانش، نگرش و نمرات کل دانشجویان ملیت‌های مختلف تفاوت معناداری وجود داشت. میانگین نمرات دانش آموزان سال چهارم بالاتر از دانش آموزان سال دوم بود. بین دانش و نمره کل دانش آموزان ملیت‌های مختلف تفاوت معنی داری وجود داشت. شیوع خوددرمانی در بین پاسخگویان بر اساس ترم تحصیلی، جنسیت، سن و حرفه والدین تفاوت معناداری نداشت. استفاده از خوددرمانی در میان پاسخ دهندگان سریلانکایی در مقایسه با نپالی‌ها رایج تر بود. پاتل و همکاران (۲۰۱۹)^۳ به بررسی تاثیر درس دارو شناسی بر دانش و نگرش و عملکردشان در مورد خوددرمانی در دانشجویان پزشکی پرداخته است. این مطالعه نشان میدهد که دانشجویان سال دوم آگاهی بیشتری از خوددرمانی دارند و با اعتماد به نفس بیشتری در زمانهای مقتضی اقدام به خوددرمانی میکنند.

اباسعید (۲۰۲۰) به بررسی مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک در یک نمونه ۸۶۰ نفری از ساکنان شهر از ساکنان ابوظبی در کشور امارات پرداخت. بیانگر فراوانی ۴۶ درصدی مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک در طی یک سال بود. گریگورین لاریسا (۲۰۲۰)^۴ او مطالعه ای با عنوان خود درمانی با داروهای ضد میکروبی (آنتی بیوتیک‌ها) در اروپا نوشته است. در این تحقیق رشد خوددرمانی آنتی بیوتیکی در ۱۹ کشور اروپایی در دوازده ماه گذشته مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس نتایج به دست آمده، شایع‌ترین دلایل خوددرمانی علائم گلو (مانند تورم، خشکی، قرمزی، زخم‌ها، تورم لوزه‌ها و درد لوزه‌ها) است. مرجع اصلی داروها داروخانه‌ها و داروهای باقی مانده از نسخه‌های قبلی بود. سالمندان با تحصیلات عالی و بیماری مزمن طولانی مدت رابطه مستقیمی با مصرف خودسرانه دارند. تلاش برای کاهش خوددرمانی غیرضروری باید تجویزکنندگان، داروسازان و عموم مردم را هدف قرار دهد.

۵۵- Gus A. Peron 2020

۵۶- Gavali and Sudesh 2015

۵۷- Patel et al. 2019

۵۸- Grigorin Larisa 2020

جولی و همکاران، ۲۰۲۰^۱ نتایج تحقیقات این پژوهشگران نشان می دهد که افراد مبتلا به درد مزمن در میان افراد عادی اصولاً ناشی از خودبیمارانگاری است. خودبیمارانگاری عموماً برداشت فرد از خود است. همچنین نتایج تحقیقات آنها نشان داد که تغییر دیدگاه ناشی از بیماری و عوارض جانبی درمان مانند مشکلات جسمی، افزایش وزن، ریزش مو و درد مفاصل، بر تصویر ذهنی فرد از خود تأثیر می گذارد. این تحقیق بر روی خودبیمارانگاری بیماران انجام شد و نتایج نشان داد که خودبیمارانگاری منفی می تواند علائم بیماری از جمله بیماری و درد جسمی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی بیماران را بدتر کند. این باعث می شود که به مراکز درمانی مراجعه نکنند و بدون مراجعه به پزشک داروی خود را تهیه کنند.

۱-۷- مفاهیم

۱-۷-۱- هیپوکندریا یا خود بیمار انگاری^۲

هیپوکندریا یا خود بیمار انگاری که این اختلال به عنوان اختلال اضطراب بیماری نیز شناخته می شود، نوعی اختلال است که در آن فرد بیش از حد نگران بیمار شدن و از دست دادن سلامتی خود است. این اختلال باعث می شود که فرد دچار توهم بیماری شود و در زندگی روزمره دچار مشکل شود. یک فرد خودبیمارانگار دائماً در هراس از احتمال ابتلا به بیماری است و حتی شرایط عادی بدن (مثلاً غش معده) یا علائم جزئی (مثلاً تغییرات پوستی ناچیز) را نشانه یک مشکل جدی می داند. (طلایی و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۰)

پر واضح است که خود بیمار انگاری ماهیت گیج کننده ای دارد، اما حتی در ساده ترین شکل آن، پیچیدگی خاصی دارد و با وجود سابقه طولانی آن، همچنان موضوعی چالش برانگیز است. افراد مبتلا به این بیماری نگران سلامتی خود هستند و از اختلالات ظاهری فیزیکی رنج می برند. این افراد مدام تصور می کنند که به یک بیماری جدی مبتلا هستند و حتی اگر علائم پزشکی در مورد آن نداشته باشند، در مورد بیماری خیالی خود قانع نمی شوند. افرادی که بیش از حد نگران سلامتی خود هستند نیز ممکن است از این بیماری روانی رنج ببرند. از این رو اغلب به داروخانه ها مراجعه می کنند و از آنجایی که فرصت کافی برای مراجعه به مطب ندارند، از داروهای بدون نسخه استفاده می کنند. علت این اختلال مشخص نیست. این اختلال ممکن است به دنبال یک تجربه استرس زای زندگی یا تهدیدی برای سلامتی رخ دهد. همچنین داشتن سابقه سوء استفاده در دوران کودکی یا داشتن یک بیماری جدی در آن زمان می تواند فرد را مستعد ابتلا به این اختلال کند. به طور کلی موارد زیر می تواند در بروز و تشدید خود تشخیصی موثر باشد: (سادوک و رویز ۲۰۱۹: ۵۴).

داشتن سابقه بیماری در یکی از اعضای خانواده

نزدیکی با مردم و اخبار، شیوع این بیماری را تقویت می کند

عدم مطالعه و عدم آگاهی از بیماری

داشتن سابقه اختلالاتی مانند اضطراب، ضربه و افسردگی

اختلال در هورمون هایی مانند سروتونین

پیشانی بالینی

افراد مبتلا به خود بیمار انگاری یا اختلال اضطراب بیماری به طور کلی در یکی از دسته بندی های زیر قرار می گیرند:

^۱Jolley et al., 2020

^۲Hypochondria or self-morbidity

جستجو مستمر برای مراقبت‌های بهداشتی. مدام در کلینیک‌ها یا بیمارستان‌ها به دنبال مشاوره با چندین متخصص یا درخواست آزمایشات پزشکی هستند.

اجتناب از پزشکان و مراقبت‌های پزشکی. بعضی از افراد، از آنجایی که به پزشکان اعتماد ندارند یا فکر می‌کنند که پزشکان به خوبی به علائم آن‌ها توجه نمی‌کنند، مدام دچار ترس و اضطراب هستند و اصلاً به سراغ خدمات پزشکی نمی‌روند، (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۸: ۱۴۳). که اصولاً این بیماران داروی بدون نسخه دریافت می‌کنند و همواره باید به همراه خود دارو داشته باشند.

۱-۷-۲- سبک زندگی^۱

امروزه مشخص شده است که ۶۵ درصد بار بیماری‌ها در کشور به رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیر منطقی دارو بر میگردد. دارو همیشه بخشی از سبد خانوار را تشکیل میدهد ولی به تناسب تغییر سبک زندگی، نوع دارو و جهت مصرف دارو تغییر کرده است. یکی از علل مهم خوددرمانی، سبک زندگی، فرهنگ و تصور مردم از دارو است یعنی مردم میل دارند در موقع مراجعه به پزشک حتماً 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، ۱۳۹۲).

۳- روش شناسی تحقیق

۳-۱- روش و طرح تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش توصیفی و از نوع پیمایشی می باشد. بنابراین، این تحقیق از نظر هدف پژوهش بنیادین می باشد. و تکنیک به کار گرفته شده، تکنیک نمونه گیری و استفاده از پرسشنامه است.

۳-۲- جامعه آماری

کلیه مشتریان ۴ داروخانه ی شهر شیراز در بهار ۱۴۰۴ از تاریخ ۱۴۰۴/۲/۷ تا ۱۴۰۴/۲/۱۴ به مدت یک هفته می باشد.

۳-۳- نمونه آماری و تعیین حجم نمونه

از تعداد کل جامعه آماری تعداد ۲۰۰ نفر از مشتریان دارو خانه هارا به عنوان نمونه آماری انتخاب کردیم.

۱-۳-۳- نمونه آماری:

نمونه آماری در این تحقیق تعداد ۲۰۰ نفر از مشتریان دارو خانه های شهر شیراز می باشد.

۴-۳- روش نمونه گیری و حجم نمونه

در این تحقیق از روش نمونه گیری به شیوه ی سرشماری از جامعه استفاده شده است. این روش یکی از بهترین روش های نمونه گیری است زیرا در این روش همه ی اعضای جامعه شانس مساوی برای انتخاب شدن دارند. حجم نمونه $n = 200$

۵-۳- ابزار گردآوری تحقیق**۱-۵-۳- پرسش نامه**

پرسشنامه یکی از ابزارهای رایج تحقیق و روشی مستقیم برای کسب داده های پژوهش است. این پرسشنامه مجموعه ای از سوالات است که پاسخ دهنده با ملاحظه آنها پاسخ لازم را ارائه می دهد. این پاسخ، داده مورد نیاز پژوهشگر را تشکیل می دهد. سوالات پرسشنامه را نوعی محرک پاسخ می توان محسوب کرد. از طریق این سوالات پرسشنامه می توان دانش، علایق، نگرش-ها، آگاهی، درآمد، فرد را مورد ارزیابی قرار داد و به تجربیات قبلی وی پی برده تا از این طریق به خوددرمانی افراد بیمار آگاهی یافت.

پرسش نامه ۱- این پرسش نامه بعنوان ابزار اندازه گیری در این پژوهش دارای پرسش ۲۰ سوالی و بصورت کیفی و بصورت خودساخته است که بدنبال دستیابی به علل خوددرمانی است که یکی از دغدغه های مهم جامعه ی سلامت باشد. این پرسشنامه خودساخته و زیر نظر استاد محترم راهنما و مشاور طراحی شده است. این پرسشنامه که در سال ۱۴۰۴ تدوین شده که میان ۲۰۰ نفر از مراجعین به ۴ داروخانه ی انتخابی در شهر شیراز در فاصله ی زمانی بهار ۱۴۰۴ از تاریخ ۱۴۰۴/۲/۷ تا ۱۴۰۴/۲/۱۴ به مدت یک هفته توزیع شده است.

پرسش نامه ۲- این پرسشنامه خود بیمار انگاری نیز حاوی ۳۶ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان حس خود بیمار انگاری در افراد می باشد. این پرسشنامه توسط ایوانز و در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است. این پرسشنامه دارایی روایی و پایایی و نمره گذاری است. شیوه و مضامین طراحی این پرسش نامه، بگونه ای است که تلاش شده است افرادی که برای خوددرمانی به داروخانه مراجعه می کنند با پاسخ به این سوالات وضعیت خودبیمار انگاری آنها را بدست بیاوریم. لذا پرسش نامه به نحوی به شناخت باور بیمار به خودبیمارانگاری پرداخته است. سنین با تحصیلات، تکرار مراجعه و نگرش و آگاهی خودبیمار انگاری مورد ارزیابی قرار گرفته است تا رابطه ی آن را با خوددرمانی پیدا نماییم.

لذا این پرسش نامه ها را در یک سری ۲۰ سوالی خودساخته و یک سری ۳۶ سوالی برای هیپوکندریا که از پیش ساخته بود را برای این پژوهش تهیه نمودم. برای هر دسته ی از سوالات را با کد مشخص کردیم. این پرسش نامه از نوع کیفی می باشد که بعد آلفای کرونباخ را سنجیدیم تا وضعیت روایی و پایایی آنرا مشخص نماییم.

۶-۳- پایایی پرسشنامه

منظور از قابلیت اعتماد پرسشنامه میزان سازگاری نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه در یک محیط نسبتا مشابه با محیط قبلی است. هر چقدر میزان سازگاری بیشتر باشد پایایی پرسشنامه بیشتر خواهد بود، به عبارت دیگر پایایی یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد، برای محاسبه ضریب پایایی شیوه های مختلفی به کار می روند که عبارتند از: اجرای دوباره، روش موازی، روش تنصیف، روش کودر- ریچاردسون و آلفای کرونباخ.

۱-۶-۳- روش محاسبه آلفای کرونباخ

یکی از روش های محاسبه اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه ها محاسبه "آلفای کرونباخ است". محاسبه هرچه این شاخص به ۱ نزدیکتر شود به معنی همبستگی درونی بالاتر و همگن تر بودن پرسش ها خواهد بود. بدیهی است در صورت پایین بودن مقدار آلفا بایستی بررسی نمود که با حذف کدام پرسش ها مقدار آن افزایش خواهد یافت. در این پژوهش جهت سنجش میزان پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج مربوط به آن در فصل چهارم تشریح می شود. مطابق آنچه که در فرمول مشاهده می شود. برای محاسبه مقدار آلفای کرونباخ ابتدا پرسشنامه ها در بین یک گروه ۱۰ نفری از اعضای نمونه توزیع کردیم و بر روی نرم افزار آماری SPSS کد گذاری خواهد شد هدف از این کار پی بردن به میزان اعتبار پرسشنامه یا به عبارتی دیگر اینکه آیا پرسشنامه قابلیت اعتبار در نمونه مورد مطالعه را دارد یا خیر. آلفای کرونباخ ۰/۸۱۱

۷-۳- شیوه تجزیه و تحلیل داده ها

پس از تکمیل فرم ها اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم افزار SPSS 26 تحلیل شد و از کلیه متغیرهای وارد شده آمار توصیفی همچنین آمار استنباطی گرفته شد و رد یا تایید فرضیات جهت پی بردن به سطح رابطه و همبستگی میان متغیر ها مشخص شدند. دو دسته آزمون توصیفی (شامل فراوانی، درصد و انحراف معیار داده ها) و آزمون استنباطی شامل، آزمون تحلیل لوین و آزمون فی و کرامر با هدف بررسی فرضیات انجام گردید.

۸-۳- روش اجرا

این پژوهش به فاصله زمانی دو هفته برای کلیه ی کسانی که برای خوددرمانی-دریافت داروی بدون نسخه- به ۴ داروخانه ی انتخابی در شهر شیراز در بهار ۱۴۰۴ از تاریخ ۱۴۰۴/۲/۷ تا ۱۴۰۴/۲/۱۴ به مدت یک هفته مراجعه نموده اند، خواسته شده در قبال امتیاز و هدیه ای که دریافت کرده اند، با شرط اخلاقی محرمانه بودن اطلاعات آنها، این پرسش نامه را تکمیل نمایند. ضمناً دیتاهای ناقص را از پرسش نامه حذف کردیم.

۴- تجزیه و تحلیل داده های آماری (یافته ها)

۱-۴- مقدمه

در این فصل به بیان یافته های پژوهش پرداخته می شود. بدین منظور در ابتدا به آمار توصیفی و سپس به آمار استنباطی در مورد سوال ها پرداخته می شود.

۴-۲- داده‌های توصیفی

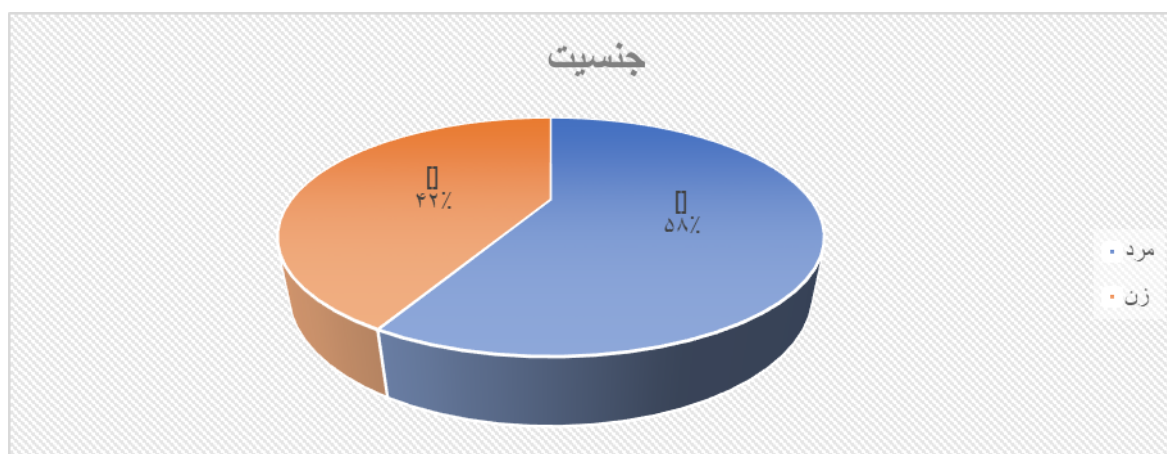
۴-۲-۱- بررسی نمونه ی آماری بر اساس جنسیت

جدول ۴-۱: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۸۴	۴۲/۰
مرد	۱۱۶	۵۸/۰

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، ۸۴ نفر زن، ۱۱۶ نفر مرد بوده‌اند.

نمودار ۴-۱: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس جنسیت



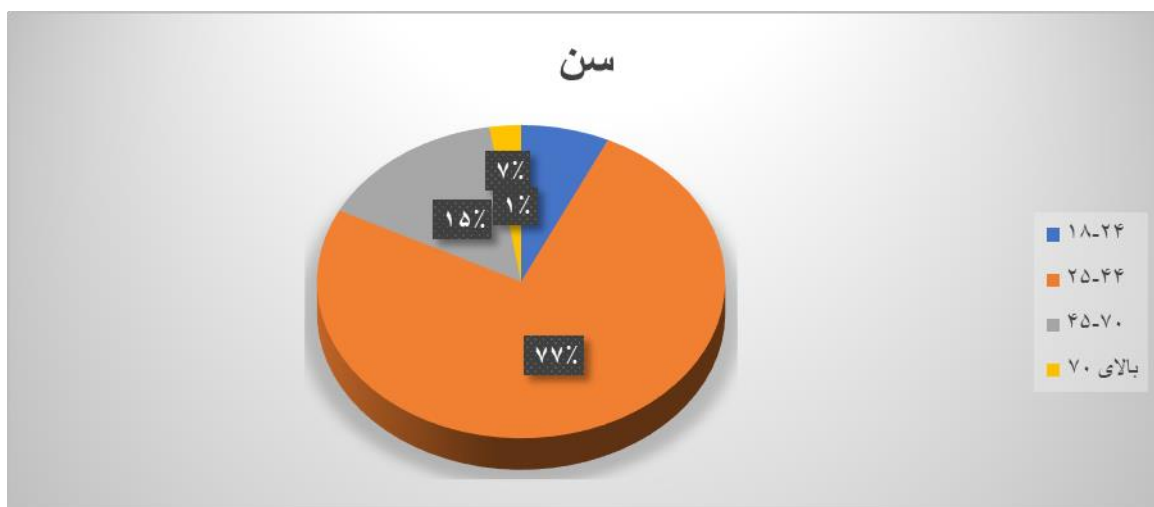
۴-۲-۲- بررسی نمونه ی آماری بر اساس سن

جدول ۴-۲: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس سن

سن (سال)	فراوانی	درصد
۲۴-۱۸	۱۴	۷/۰
۴۴-۲۵	۱۵۱	۷۵/۵
۷۰-۴۵	۳۰	۱۵/۰
۷۰ به بالا	۵	۲/۵

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد رده ی سنی ۲۵-۴۴ سال و کمترین تعداد رده ی سنی بالای ۷۰ سال بودند.

نمودار ۴-۲: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس سن



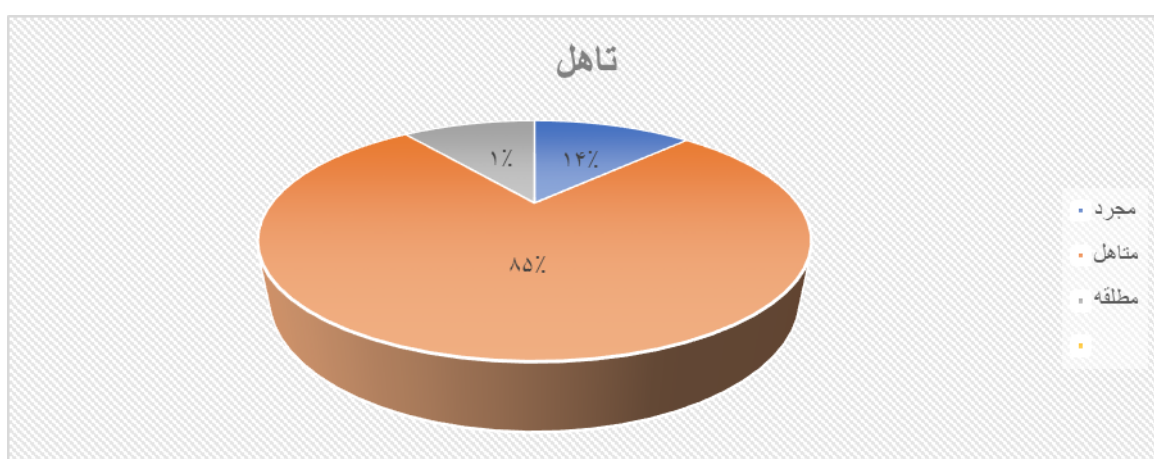
۴-۲-۳- بررسی نمونه ی آماری بر اساس تاهل

جدول ۴-۳: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس تاهل

تاهل	فراوانی	درصد
مجرد	۲۵	۱۲/۰۵
متاهل	۱۵۴	۷۷/۰
مطلقه	۲۱	۱۰/۵

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد متاهل ۱۵۴ نفر و کمترین تعداد مطلقه ۲۱ نفر بودند.

نمودار ۴-۳: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس تاهل



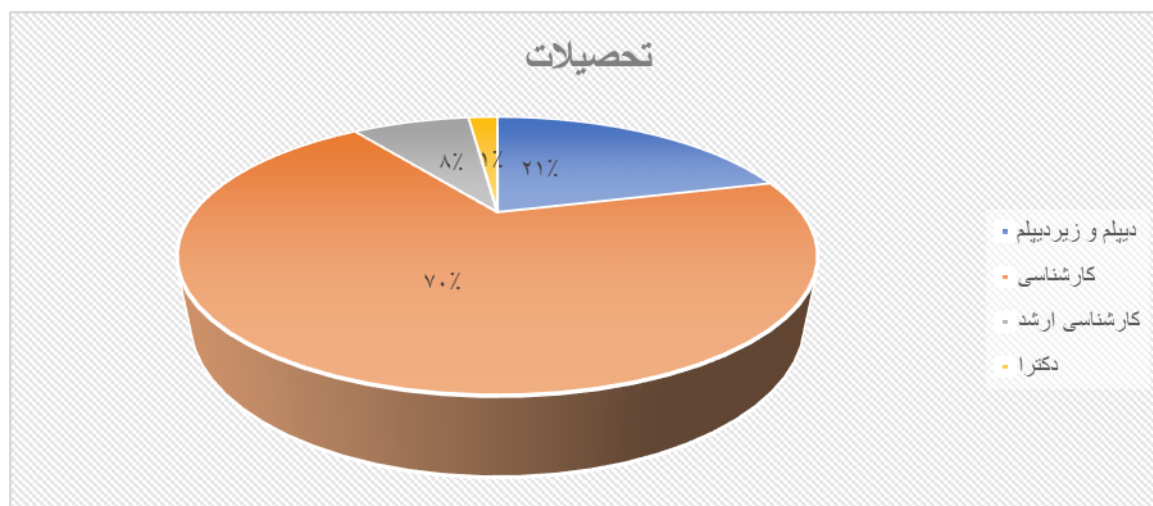
۴-۲-۴- بررسی نمونه ی آماری بر اساس تحصیلات

جدول ۴-۴: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم و زیردیپلم	۴۲	۲۱/۰
کارشناسی	۱۳۸	۶۹/۰
کارشناسی ارشد	۱۶	۸/۰
دکتر	۴	۲/۰

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد دارای مدرک کارشناسی ۱۳۸ نفر و کمترین تعداد دارای مدرک دکتر ۴ نفر بودند.

نمودار ۴-۴: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس تحصیلات



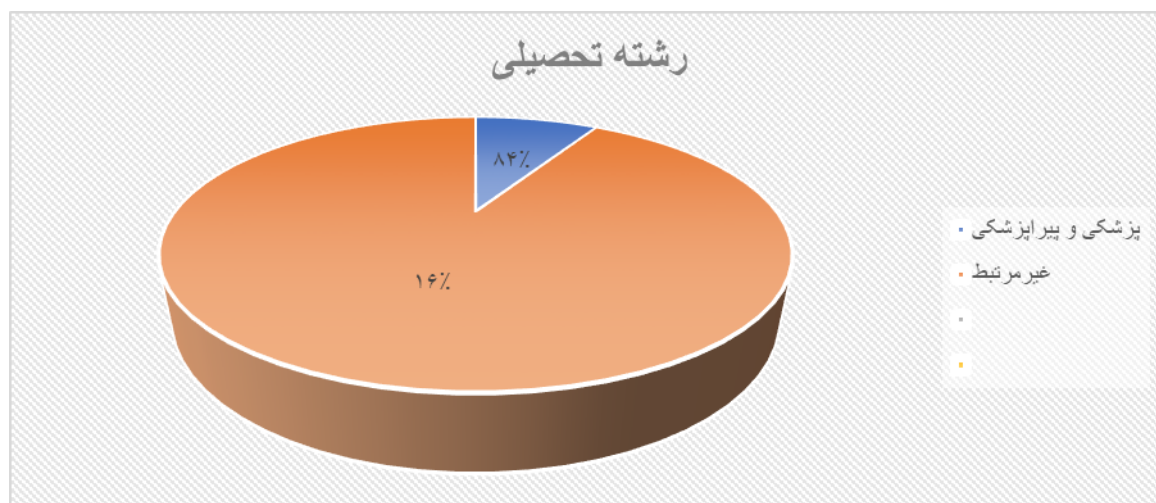
۴-۲-۵- بررسی نمونه ی آماری بر اساس رشته ی تحصیلی

جدول ۴-۵: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس رشته ی تحصیلی

رشته ی تحصیلی	فراوانی	درصد
پزشکی و پیراپزشکی	۱۷	۸/۵
غیرمرتبط	۱۸۳	۹۱/۰۵

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد رشته ی تحصیلی غیرمرتبط ۱۸۳ نفر و کمترین تعداد رشته ی تحصیلی پزشکی و پیراپزشکی ۱۷ نفر بودند.

نمودار ۴-۵: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس رشته تحصیلی



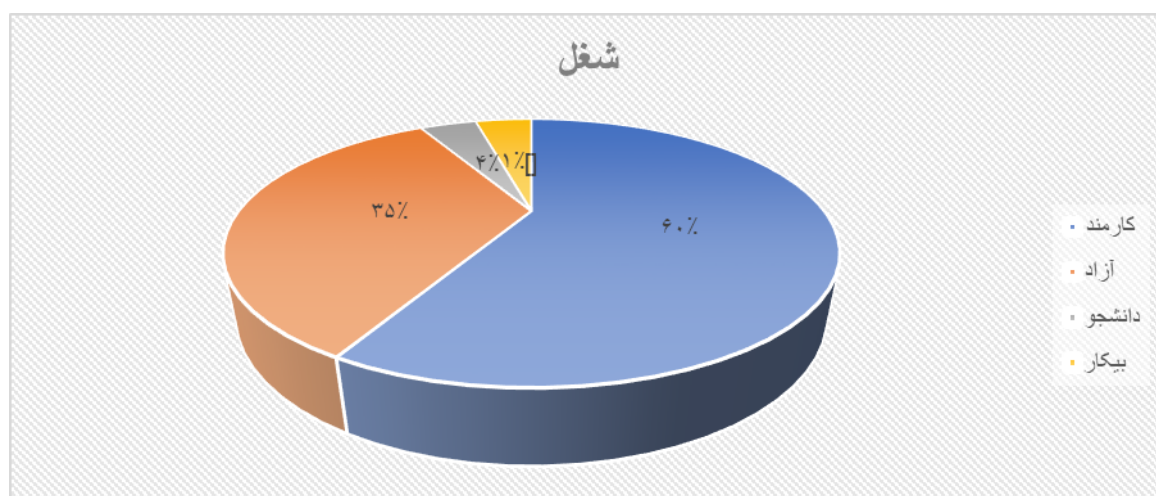
۴-۲-۶ - بررسی نمونه ی آماری بر اساس شغل

جدول ۴-۶: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس شغل

شغل	فراوانی	درصد
کارمند	۱۱۶	۵۴/۰
آزاد	۶۸	۳۴/۰
دانشجو	۸	۴/۰
بیکار	۸	۴/۰

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد کارمند ۱۱۶ نفر و کمترین تعداد دانشجو و بیکار ۸ نفر بودند.

نمودار ۴-۶: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس شغل



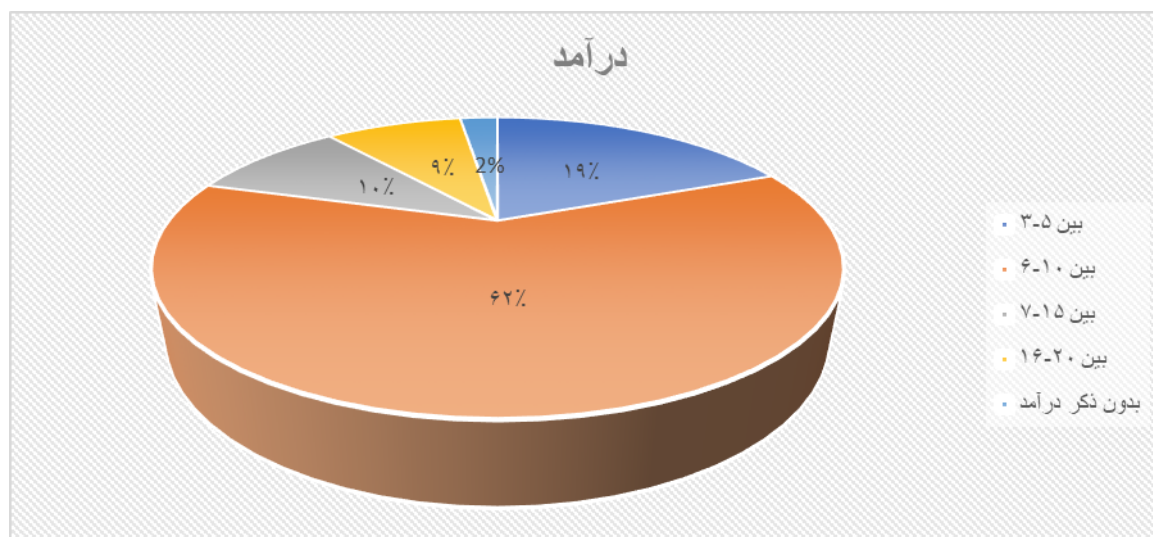
۴-۲-۷- بررسی نمونه ی آماری بر اساس درآمد

جدول ۴-۷: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس درآمد

درآمد (میلیون)	فراوانی	درصد
بین ۳-۵	۴۰	۲۰/۰
بین ۶-۱۰	۱۲۷	۶۳/۵
بین ۱۵-۷	۲۰	۱۰/۰
بین ۲۰-۱۶	۱۸	۴/۰
بدون ذکر درآمد	۵	۲/۵

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین افراد درآمد بین ۶-۱۰ میلیون و کمترین افراد درآمد بین ۲۰-۱۶ میلیون تومان داشتند.

نمودار ۴-۷: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس درآمد



۴-۸-۲- بررسی نمونه ی آماری بر اساس بیمه

جدول ۴-۸: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس بیمه

بیمه	فراوانی	درصد
بله	۱۷۰	۸۵/۰
خیر	۳۰	۱۵/۰

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین افراد ۱۷۰ نفر بیمه بودند و کمترین افراد ۳۰ نفر بیمه نبودند.

نمودار ۴-۸: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس بیمه

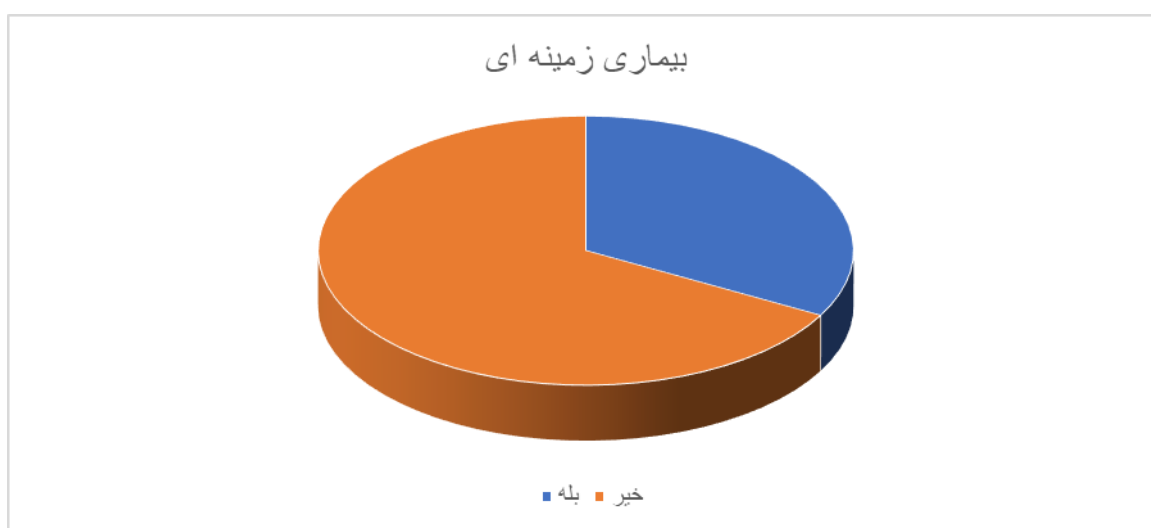
۴-۹-۲- بررسی نمونه ی آماری بر اساس بیماری زمینه‌ای

جدول ۴-۹: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس بیماری زمینه‌ای

بیماری زمینه‌ای	فراوانی	درصد
بله	۶۶	۳۳/۰
خیر	۱۳۴	۶۷/۰

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین افراد ۱۳۴ نفر بدون بیماری زمینه‌ای و کمترین افراد ۶۶ نفر دارای بیماری زمینه‌ای بودند.

نمودار ۴-۹: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس بیماری زمینه‌ای



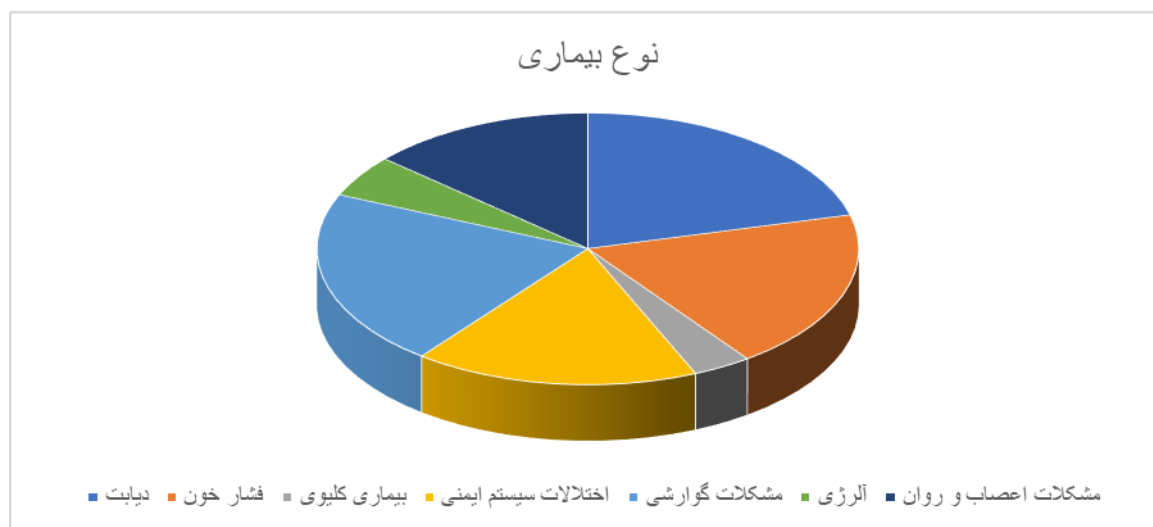
۱۰-۲-۴- بررسی نمونه ی آماری بر اساس نوع بیماری

جدول ۴-۱۰: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس نوع بیماری

نوع بیماری	فراوانی	درصد
دیابت	۴۲	۲۱/۰
فشار خون	۳۸	۱۹/۰
بیماری کلیوی	۷	۳/۵
اختلالات سیستم ایمنی	۳۴	۱۷/۰
مشکلات گوارشی	۴۲	۲۱/۰
آلرژی	۱۰	۵/۰
مشکلات اعصاب و روان	۲۷	۱۳/۵

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین افراد ۳۸ نفر دارای بیماری دیابت و گوارشی و کمترین افراد ۷ نفر دارای بیماری کلیوی بودند.

نمودار ۴-۱۰: نمودار توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس نوع بیماری



۱۱-۲-۴ بررسی نمونه ی آماری بر اساس چه داروهایی بدون نسخه مراجعه به داروخانه

جدول ۴-۱۱: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس چه داروهایی بدون نسخه مراجعه به داروخانه

درصد	فراوانی	مراجعه به داروخانه داروی بدون نسخه
۱۸/۵	۳۷	آنتی بیوتیک
۱۷/۵	۳۵	مسکن و تببر
۱۰/۵	۲۱	داروهای گوارشی
۹/۰	۱۸	داروهای اعصاب و روان
۳۹/۵	۷۹	سرماخوردگی و سرفه
۵/۰	۱۰	مکمل

با توجه به جدول فوق از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین افراد ۷۹ نفر برای داروی بدون نسخه مراجعه به داروخانه، و کمترین افراد ۱۰ نفر برای داروی بدون نسخه مراجعه به داروخانه بودند.

۱۲-۲-۴ بررسی نمونه ی آماری بر اساس خودبیمار انگاری

جدول ۴-۱۲: توزیع حجم نمونه ی آماری بر اساس خودبیمار انگاری

تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۲۰	۵۱	۶۴	۵۷/۱۵	۳/۶۱

حداقل نمره ی کسب شده در این آزمون ۵۱ و حداکثر ۶۴ بود که هر دو در محدوده ی خودبیمارانگاری قرار دارد.

جدول ۴-۱۳: طبقه‌بندی بر حسب فراوانی خودبیمارانگاری

درصد	فراوانی	توصیف	جدول طبقه‌بندی فراوانی خود بیمار انگاری
۰/۰۰	۰	کاملاً سالم و بدون هیچ اثر	۰-۱۰
۰/۰۰		به‌نحایت، گهگاه نگران سلامتی	۱۱-۲۰
۰/۰۰	۰	عامل خودبیمارانگاری در حد تأثیرگذاری بر زندگی فرد نیست	۲۱-۳۰
۰/۰۰	۰	تا حدودی خودبیمارانگار است	۳۱-۴۰
۰/۸۰	۱۶	خودبیمارانگار است و علاقه‌ی وافری نیز به انواع قرص، دارو و کلیه‌ی امور پزشکی دارد.	۴۱-۶۰
۰/۲۰	۴	خودبیمارانگار است و علاقه‌ی وافری نیز به انواع قرص، دارو و کلیه‌ی امور پزشکی دارد.	بالای ۶۰

در این آزمون ۱۶ نفر در محدوده‌ی ۴۱-۶۰ و ۴ نفر در محدوده‌ی بالا ۶۰ قرار دارند که هر دو نشان‌دهنده‌ی این است که فرد خود را بیمار می‌انگارد و علاقه‌ی وافری به قرص، دارو و کلیه‌ی امور پزشکی دارد.

۴-۳- آمار استنباطی

به بررسی رابطه بین خودبیمارانگاری با تعدادی از متغیرها (سن - تحصیلات - جنسیت - دانشجوی پزشکی و غیرپزشکی) بوسیله‌ی ضریب فی و کرامر می‌پردازیم.

۴-۱۳- بررسی رابطه بین جنسیت با خودبیمارانگاری

جدول ۴-۱۳: جدول فراوانی بین جنسیت با خودبیمارانگاری

جنسیت	گروه ۴۰-۶۰	گروه بالای ۶۰	مجموع
مرد	۹	۱	۱۰
زن	۷	۳	۱۰
مجموع	۱۶	۴	۲۰

جدول ۴-۱۳: جدول اندازه گیری‌های متقارن

مقدار	معناداری
فی	۰/۲۶۴
کرامر	۰/۲۶۴

۲۰

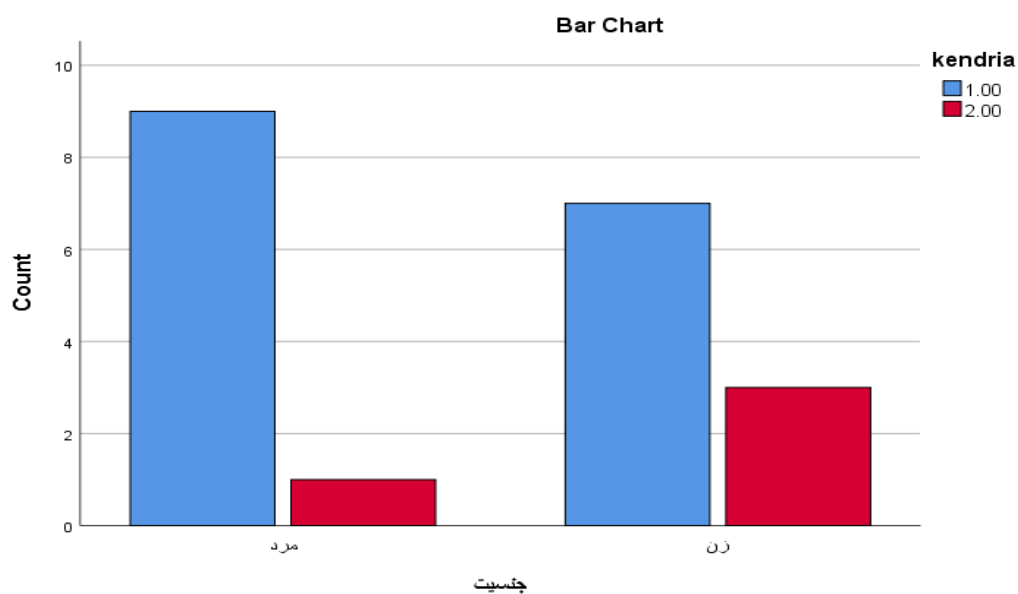
تعداد متغیر

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بین جنسیت و خودبیمارانگاری رابطه ی معنادار وجود ندارد.

نمودار ۴-۱۴: نمودار رابطه ی بین جنسیت و خودبیمارانگاری



۴-۱۴- بررسی رابطه بین سن با خودبیمارانگاری

جدول ۴-۱۴: جدول فراوانی بین سن با خودبیمارانگاری

سن (سال)	گروه ۴۰-۶۰	گروه بالای ۶۰	مجموع
۱۸-۲۴ سال	۴	۱	۵
۲۵-۴۴ سال	۱۰	۳	۱۳
۴۵-۷۰ سال	۲	۰	۲
مجموع	۱۶	۴	۲۰

جدول ۴-۱۴: جدول اندازه گیری های متقارن

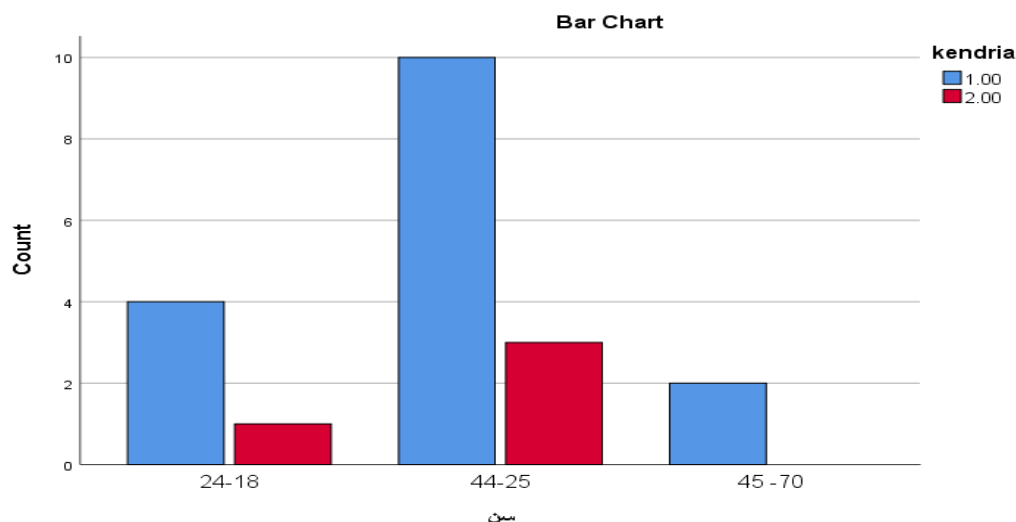
مقدار	معناداری
۰/۱۷۰	۰/۷۴۹
۰/۱۷۰	۰/۷۴۹
۲۰	

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بین سن و خودبیمارانگاری رابطه ی معنادار وجود ندارد.

نمودار ۴-۱۵: نمودار رابطه ی بین سن و خودبیمارانگاری



۴-۱۶ بررسی رابطه بین تحصیلات با خودبیمارانگاری

جدول ۴-۳۵۱۶: جدول فراوانی بین تحصیلات با خودبیمارانگاری

تحصیلات	گروه ۴۰-۶۰	گروه بالای ۶۰	مجموع
کارشناسی	۱۵	۱۴	۱۹
کارشناسی ارشد	۱	۰	۱
مجموع	۱۶	۴	۲۰

جدول ۴-۱۶: جدول اندازه گیری های متقارن

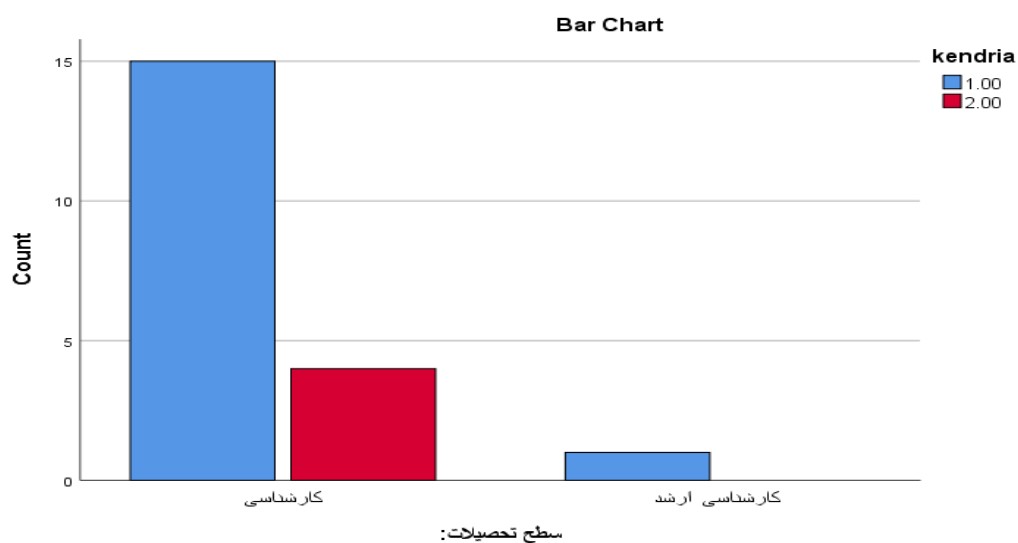
مقدار	معناداری
فی	۰/۶۰۸
کرامر	۰/۶۰۸
تعداد متغیر	۲۰

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بین تحصیلات و خودبیمارانگاری رابطه ی معنادار وجود ندارد.

نمودار ۴-۱۶: نمودار رابطه ی بین تحصیلات و خودبیمارانگاری



۴-۱۷- بررسی رابطه بین آگاهی با خودبیمارانگاری

جدول ۴-۱۷: جدول فراوانی بین آگاهی با خودبیمارانگاری

آگاهی	گروه ۴۰-۶۰	گروه بالای ۶۰	مجموع
۱۱	۱	۰	۱
۱۲	۲	۳	۵
۱۳	۲	۰	۲
۱۴	۷	۱	۸
۱۵	۴	۰	۴
مجموع	۱۶	۴	۲۰

جدول ۴-۱۷: جدول اندازه گیری های متقارن

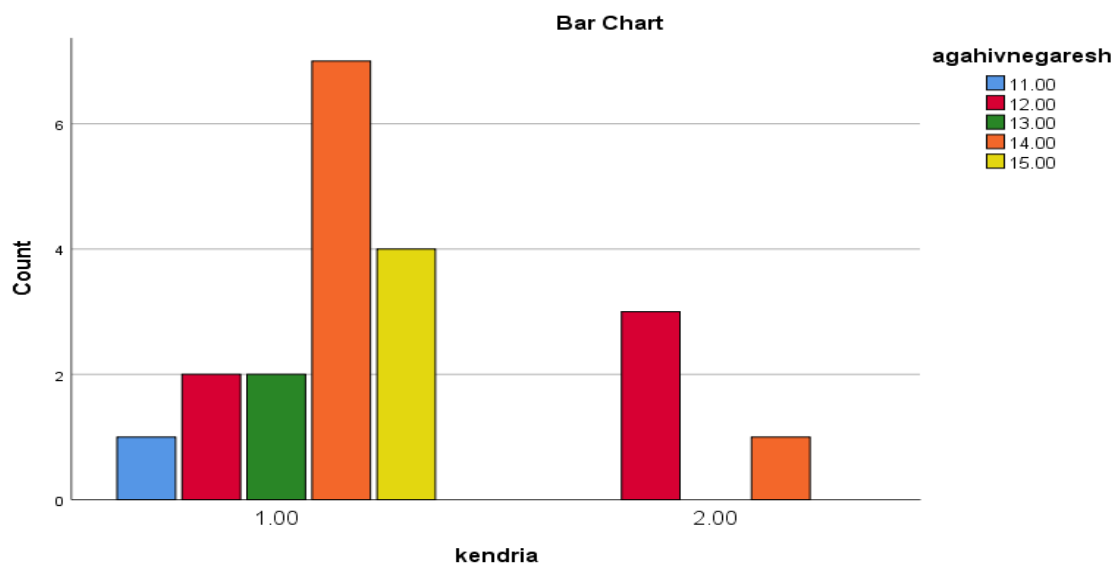
مقدار	معناداری
فی	۰/۱۳۴
کرامر	۰/۱۳۴
تعداد متغیر	۲۰

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بین آگاهی و خودبیمارانگاری رابطه ی معنادار وجود ندارد.

نمودار ۴-۱۷: نمودار رابطه ی بین آگاهی و خودبیمارانگاری



۴-۱۸- بررسی رابطه بین آگاهی با خودبیمارانگاری با آزمون همبستگی پیرسون

جدول ۴-۱۸: جدول فراوانی بین آگاهی با خودبیمارانگاری با آزمون همبستگی پیرسون

متغیر مستقل	ضریب پیرسون	معناداری	رابطه	تعداد
آگاهی	-۰/۲۶۳	۰/۲۶۲	رابطه ندارد	۲۰

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول فوق، بین نگرش و آگاهی با خودبیمارانگاری رابطه معنادار وجود ندارد.

۴-۱۸- بررسی واریانس تک متغیره بین آگاهی با گروه خودبیمارانگار

جدول ۴-۱۸: شاخص های گرایش مرکزی آگاهی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۴۰-۶۰	۱۳/۶۸	۱/۱۹
	بالای ۶۰	۱۲/۵۰	۱/۰۰

بر اساس جدول فوق، بین دو گروه از لحاظ آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴-۱۹: نتایج تحلیل لوین، بررسی همگنی واریانس‌ها آگاهی

متغیرهای وابسته	F	DF1	DF2	P
نگرش و آگاهی	۰/۲۲۳	۱	۱۸	۰/۶۴۳

واریانس‌های گروه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($P > 0/05$).

جدول ۴-۱۹: نتایج برون‌داد تحلیل واریانس تک متغیره آگاهی

گروه	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	P	اتا	توان
آگاهی		۴/۵۱۲	۱	۴/۵۱۲	۳/۳۲۴	۰/۰۸۵	۰/۱۵۶	۳/۳۲۴

همانطور که آزمون تحلیل واریانس تک متغیره نشان می‌دهد بین گروه‌ها از لحاظ آگاهی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$).

۴-۲۰- بررسی رابطه بین چند بار تهیه داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری

جدول ۴-۲۲: جدول فراوانی بین چند بار تهیه داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری

چند بار	گروه ۴۰-۶۰	گروه بالای ۶۰	مجموع
۱-۲	۴	۱	۵
۳-۵	۱	۱	۲
مکرر	۱۱	۲	۱۳
مجموع	۱۶	۴	۲۰

جدول ۴-۲۰: جدول اندازه گیری‌های متقارن

مقدار	معناداری
فی	۰/۲۵۵
کرامر	۰/۲۵۵
تعداد متغیر	۲۰

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بین چند بار تهیه داروی بدون نسخه و خودبیمارانگاری رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

۵- نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵-۱- نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور شیوع درخواست داروی بدون نسخه و عوامل روانشناختی و جمعیت شناختی موثر بر آن در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز (یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی) همچنین رابطه‌ی این عوامل با خودبیمارانگاری انجام شده است. برآمد حاصل از پژوهش حاضر موید این است که اساساً هم عوامل روانشناختی و هم عوامل جمعیت شناختی با مولفه‌های گوناگونی در دریافت داروی بدون نسخه از داروخانه‌های مورد پژوهش در شهر شیراز دخالت دارند. در این فصل با بیان مجدد فرضیات پژوهش و مطالعه اجمالی یافته‌ها به بحث و نتیجه‌گیری و تفسیر این نتایج مبادرت خواهد شد. مبانی نظری و تئوری‌های مطرح شده در رساله نیز گویای این مدعاست که عوامل روانشناختی و جمعیت‌شناسی و برخی عوامل دیگر که بصورت تصادفی در پایان نامه با آن برخورد کردیم در دریافت داروی بدون نسخه تاثیر دارند. از سوی دیگر در این پژوهش در حوزه تئوری دریافتیم کسانی که دچار بیماری خودبیمارانگاری هستند دلیل مراجعه مکرر برای دارو بیشتر از سایر افراد داروی بدون نسخه دریافت می‌کنند چراکه فرصت و هزینه کافی برای مراجعه به پزشک را ندارند. این در حالی است که آمارها سایر عوامل را در این زمینه موثر نمی‌دانند. عوامل موثر بر دریافت داروی بدون نسخه را می‌توان در نداشتن سواد سلامت کافی و کاربردی به معنای عدم توانایی بیمار در به کارگیری مهارت‌های سوادآموزی در موارد مرتبط با سلامت مانند نسخه، کارت ویزیت، برچسب دارو و مراقبت دانست. همچنین کنش متقابل یادگیری و تاثیر پذیری افراد از دیگر عوامل دریافت داروی بدون نسخه می‌باشد؛ چرا که افراد در ارتباط با یکدیگر یاد می‌گیرند و باعث می‌شوند که از یکدیگر عمل کنند و بیاموزند. به تعبیر بورديو در مصرف داروی بدون نسخه، افراد خانواده‌های که از جایگاه اجتماعی پایینی برخوردار باشند، طبقات فرودستی هستند که در زمینه بیماری دارای باورهای غلط، خرافی یا سنتی در تقلید از همدیگر هستند و به همین دلیل داروی بدون نسخه مصرف می‌کنند. در نظریه مبادله هومنز، هر رفتاری در گذشته پاداشی برای فرد داشته است، تلاش می‌کند دوباره آنرا انجام دهد و اساساً احتمال تکرار این رفتار بسیار زیاد است؛ چرا که یک مبادله اجتماعی موفقیت آمیز بوده است. لذا افرادی که بلحاظ روانشناختی داروی بدون نسخه مصرف می‌کنند و نتایج مطلوبی از آن می‌بینند دوباره این رفتار را تکرار می‌کنند.

به علاوه همخوانی یا ناهمخوانی این نتایج با پژوهش‌های پیشین را که در داخل و خارج از کشور صورت گرفته است، بررسی و روابط به دست آمده تبیین می‌گردد. لازم به ذکر است که در این بخش یافته‌های پژوهش مورد بحث و نتیجه‌گیری قرار می‌گیرد.

۵-۲- تبیین یافته‌های پژوهش

۵-۲-۱- فرضیه اول: به نظر می‌رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل جمعیت شناختی

رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۲-۲ از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، بیشترین تعداد رده‌ی سنی ۴۴-۲۵ سال و کمترین تعداد رده‌ی سنی بالای ۷۰ سال داروی بدون نسخه دریافت کرده‌اند.

در تحقیق ارشاد پور ۱۳۹۴ موید این است که عامل سن در مراجعه به داروخانه موثر است. عامل احترام به بزرگسالان و عدم حوصله مراجعه به پزشک دلیل استفاده بیشتر سالمندان از داروی بدون نسخه است. سالمندانی که از وضعیت عاطفی خوبی

برخوردار نیستند، کمتر به پزشک و بیشتر به داروخانه‌ها مراجعه می‌کنند. تحقیق ارشاد پور - بر عکس یافته‌های این پژوهش - دریافت که مراجعه‌ی افراد دارای سن بالا به داروخانه را برای دریافت داروی بدون نسخه بیشتر از رده‌های سنی پایین است و از این جهت با ایت پژوهش همخوانی ندارد؛ زیرا طبق تجزیه و تحلیل آماری درخواست داروی بدون نسخه در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز، طبق جدول ۴-۲-۲- بیشترین تعداد رده‌ی سنی ۴۴-۲۵ سال برای درخواست دارو به داروخانه مراجعه می‌کنند.

همچنین در این تحقیق دریافتیم که با توجه به جدول ۴-۲-۱- از ۲۰۰ نفر افراد نمونه، ۸۴ نفر زن، ۱۱۶ نفر مرد برای دریافت داروی بدون نسخه مراجعه کرده‌اند. در واقع تعداد مراجعین مرد درخواست دهنده‌ی داروی بدون نسخه در بین مراجعین به داروخانه‌های شهر شیراز بیشتر از زنان بوده است. که با پژوهش فیض‌اللهی ۱۴۰۰ همخوانی ندارد؛ چرا که وی مراجعین زنان برای دریافت داروی بدون نسخه و خود درمانی را بدلیل توجیه رفتار خود به دلیل محدودیت‌های معیشتی، ساده رفتاری، بی‌عدالتی در فضاهای درمانی و وجود زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی، بیشتر عنوان می‌کند. در نتیجه، اکثر زنان به دلیل ناآگاهی خود از عواقب خوددرمانی، ساده‌ترین، سریع‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین روش را برای رهایی از درد انتخاب می‌کنند.

۵-۲-۲- فرضیه دوم: به نظر می‌رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل روانشناختی و خودبیمار انگاری رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی میان علل درخواست داروی بدون نسخه با خودبیمار انگاری رابطه معنادار وجود ندارد. طبق جدول ۴-۳-۳۱ بین جنسیت و خودبیمارانگاری، و طبق جدول ۴-۳-۳۲ بین سن و خودبیمارانگاری و طبق جدول ۴-۳-۳۳ بین تحصیلات و خودبیمارانگاری و طبق جدول ۴-۳-۳۴ بین رابطه بین آگاهی با خودبیمارانگاری رابطه‌ی معنادار وجود ندارد، تنها طبق جدول ۴-۳-۳۶ بین رابطه بین چند بار تهیه داروی بدون نسخه با خودبیمارانگاری رابطه‌ی معناداری وجود دارد، یعنی کسانی که در میانگین‌های سنی ۴۰-۶۰ آنهم بطور مکرر به داروخانه‌ها مراجعه کرده‌اند؛ میان دریافت داروی بدون نسخه و خودبیمار انگاری رابطه‌ی معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات پیشین، دلایل متعددی نظیر، اثرات جسمانی، اثرات روانی نظیر استرس، اضطراب و اختلالات ذهنی وجود دارد و با افزایش سن، شیوع اختلال خودبیمارانگاری افزایش می‌یابد که در این تحقیق افراد دارای سن بالای ۴۰ سال برای خوددرمانی به داروخانه مراجعه می‌نمایند. دقیقاً مشابه این نتیجه‌ی پژوهش در بررسی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در پرسنل اتاق‌های عمل بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گرفته و رابطه‌ی معنی‌داری میان اختلال خودبیمارانگاری با جنس، مدرک تحصیلی و وضعیت تاهل مشاهده نشد، درحالی‌که رابطه‌ی سن و خودبیمارانگاری معنادار بود ($p = 0.013$) این تحقیق توسط مائده اخوان در دوره ۶، شماره ۳ - مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت ۱۳۹۸ انجام یافته است.

نتایج این پژوهش با پژوهش جولی و همکاران، ۲۰۲۰ نتایج تحقیقات این پژوهشگران نشان می‌دهد که افراد مبتلا به درد مزمن در میان افراد عادی اصولاً ناشی از خودبیمارانگاری است در برخی موارد همخوانی دارد، اما بطور کامل آنرا تایید نمی‌کند.

همچنین نتایج این پژوهش با والدن استراکویک، راسل نوپز (۱۳۹۹) که وی دریافت که بین خودبیمارانگاری و اضطراب، با داروی بدون نسخه رابطه‌ی معنادار وجود دارد، که یافته‌های آن با این تحقیق در برخی موارد همخوانی وجود دارد.

نتایج پژوهش صلاحی (۱۳۹۸) در خصوص اختلال خودبیمارانگاری در مردان بیشتر در سن ۳۰ سالگی و در زنان در سنین ۳۲ تا ۳۵ سالگی اتفاق می‌افتد، که در پژوهش ما طبق جدول ۴-۳-۳۲ بین سن و خودبیمارانگاری تفاوتی کشف نشد و از این جهت با این پژوهش همخوانی ندارد. همچنین یافته‌های پژوهش فیض‌اللهی دریافت که شیوع اختلال خودبیمارانگاری در بین زنان و مردان به طور میانگین مساوی است، اما گاهی اوقات برخی آمارها نشان می‌دهند که شیوع این اختلال در مردان کمی بیشتر است. طبق جدول ۴-۳-۳۱ بین جنسیت و خودبیمارانگاری تفاوتی وجود ندارد و از این جهت با پژوهش فیض‌اللهی همخوانی دارد.

۵-۲-۳- فرضیه سوم: به نظر می‌رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با مشکلات اقتصادی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۲-۷- از ۲۰۰ نفر افراد مراجعه کننده به داروخانه‌ها، بیشترین افراد درخواست کننده داروی بدون نسخه درآمدی بین ۱۰-۶ میلیون داشته‌اند و کمترین افراد درآمد بین ۲۰-۱۶ میلیون تومان داشتند. این موضوع بیانگر این است که نداشتن استطاعت مالی برای پرداخت ویزیت پزشکان، نداشتن دفترچه بیمه درمانی، هزینه رفت و آمد به مطب، ارزان اقتصادی بودن دارو، گرفتن هزینه چند بار ویزیت توسط برخی پزشکان برای تجویز داروی مناسب، ترس از هزینه بالای درمان، از عوامل تاثیر گذار بر خوددرمانی می‌باشد و فرضیه را اثبات می‌کند.

نتایج تحقیق جواد و دیگران، ۱۳۹۸ نشان می‌دهد اغلب افراد دارای مشکلات مالی، درگیر دریافت داروی بدون نسخه هستند، در این میان نقش خانواده‌های کم درآمد که قدرت دسترسی به پزشک متخصص را ندارند و یا در زیر پوشش‌های بیمه‌های حمایتی نیستند، پررنگ‌تر است. لذا پژوهش‌ها نشان می‌دهد؛ نحوه زندگی افراد مرفه و فقیر تابع میزان درآمد آنهاست و این پژوهش با یافته‌های ما همخوانی دارد.

نتایج تحقیقات انجمن روان‌پزشکی آمریکا. ۲۰۱۸ در آمارها نشان می‌دهد که ۳ درصد از کل بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آمریکا به دلیل مصرف خودسرانه دارو در بیمارستان بستری می‌شوند که ناشی از فقر اقتصادی است. خوددرمانی در اکثر جوامع رایج است و حداقل ۳۵ درصد از حجم داروها برای خوددرمانی خریداری می‌شود که اصولاً افراد کم درآمد جامعه هستند. لذا نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

۵-۲-۴- فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد، میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه با عوامل نگرش، آگاهی و دانش رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۴-۳-۳۵، بین نگرش و آگاهی با خودبیمارانگاری رابطه معنادار وجود ندارد، هر چند که آزمون تحلیل واریانس تک متغیره نشان می‌دهد بین گروه‌ها از لحاظ آگاهی تفاوت معنادار وجود ندارد و در برخی موارد نگرش و آگاهی افراد بر خوددرمانی موثر است. این پژوهش با پژوهش‌های مهرعلیان و مشکانی (۱۴۰۰) در مورد داروسازان قزوین همخوانی ندارد؛ چرا که هر چه میزان آگاهی بیمار از دارویی که قصد مصرف آن را دارد بیشتر باشد، دارو را به درستی مصرف خواهد کرد و نتیجه درمان بهتر خواهد بود. آگاهی و نگرش داروسازان در زمینه داروهای OTC در حد مطلوبی نبود که همین امر می‌تواند به عنوان یکی از علل عملکرد ضعیف داروسازان باشد.

بر اساس مدل و نظریه ی بزنف، مصرف خودسرانه دارو در افراد به باورها و نگرش آنها بستگی دارد. بر این اساس، اگر افراد خود درمانی را مفید بدانند و پیامدهای مصرف آن را مثبت بدانند، نگرش مثبتی نسبت به خود درمانی پیدا خواهند کرد و از این جهت بخشی از یافته های پژوهش با مدل بزنف همخوانی دارد. در همین راستا مطالعات طاووسی ۱۴۰۰ نشان داده است بین سواد و آگاهی سلامت و پیامدهای نادرست سلامت رابطه وجود دارد، برای مثال هر چه دانش در زمینه شرایط و موقعیت های بهداشتی ضعیف تر باشد، استفاده از خدمات بهداشتی نیز کمتر است. سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش های 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 و بالتبع شیوه های نادرست درمانی از عوامل نداشتن سواد و آگاهی سلامتی است..

در مورد تحقیق جانسون (۲۰۲۱) در یک پژوهش، افزایش آگاهی مردم در مورد عواقب خوددرمانی، عامل اصلی، مهم و مؤثر در سرانه مصرف خودسرانه داروها است. در آمریکا برای پیشگیری از خوددرمانی روش های مختلفی از جمله افزایش آگاهی مردم در مورد عواقب خوددرمانی، آموزش پزشکان و داروسازان در زمینه تجویز صحیح داروها اجرا شده است.

۵-۲-۵- میان علل شیوع درخواست داروی بدون نسخه در ایران که ۴۶ درصد و نسبت به میانگین جهانی آن که ۱۱ درصد می باشد، بلحاظ تئوری و نظری با مسایل فرهنگی رابطه ی معناداری وجود دارد.

فرهنگ و باورهای نادرست خوددرمانی و تجویز بیش از مقدار مورد نیاز دارو توسط پزشکان عمومی، و عقبه تاریخی مصرف دارو در میان ایرانیان، از جمله مواردی هستند که گرایش مردم به این سمت را روز به روز بیشتر می کند. وحید دستجردی و قلی زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان مؤلفه های فرهنگی مؤثر بر مصرف داروی بدون نسخه (از دیدگاه شهروندان اصفهانی) به این نتیجه رسیدند که مؤلفه های آموزش عمومی و رسانه به ترتیب کمترین نقش را در فرهنگ مصرف داروی بدون نسخه در بین شهروندان اصفهانی دارند و از این جهت با پژوهش ما همخوانی دارد. لذا باید نسبت به افزایش میزان سطح فرهنگ و عدم مصرف خودسرانه دارو در جامعه اقدام کرد، چرا که رابطه ی عمیق و وثیقی میان فرهنگ و خوددرمانی است.

۵-۳-پیشنهادهات؛

با عنایت به یافته های پژوهش و به منظور عملیاتی کردن رساله، کنترل درخواست و مصرف داروی بدون نسخه در جامعه، پیشنهادات زیر می تواند اثر بخش باشد:

۵-۳-۱- پیشنهادات پژوهشی

- با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر شهروندان ساکن شهر شیراز بودند، پیشنهاد می شود که،
- ۱-پژوهش های آینده بر روی شهروندان ساکن شهرهای دیگر با مشخصه های اقلیمی و فرهنگی متفاوت نیز صورت گیرد و این تفاوت ها نیز بررسی شوند.
- ۲-این پژوهش به دلیل عدم تفکیک جنسیت افراد از این منظر حاوی یافته های قابل اتکایی نیست. بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده با تکیه بر تفکیک جنسیت افراد انجام و مورد بررسی قرار گیرد.

۵-۳-۲- پیشنهادات کاربردی

- ۱- برگزاری کلاسهای آموزش مصرف منطقی داروها و آشنایی با عوارض سوء مصرف داروها
- ۲- با توجه به اینکه بیشترین داروهای مورد مصرف در خوددرمانی، آنتی بیوتیک ها و داروهای مربوط به سرماخوردگی بودند، کنترل فروش این داروها در داروخانه ها و همچنین، تجویز مناسب از سوی پزشک امری ضروری است.
- ۳- محدود کردن خرید داروها، بدون نسخه، اطلاع رسانی گسترده و مستمر به عموم مردم و به ویژه قشر تحصیلکرده، درباره ی زیان های مصرف خودسرانه داروهای OTC و دیگر داروها، به ویژه داروهای پرمصرف
- ۴- با توجه به مطالعه های انجام شده لزوم آموزش و مشاوره با بیماران یا مشتریان داروخانه ها در قالب بروشور و توجیه مراجعین توسط پزشکان در مورد مصرف درست و تکمیل کامل دوره مصرف داروها نیز، از جمله روشهای کاهش خوددرمانی است.
- ۵- تمهید شرایط روانشناس و مشاوره رایگان در برای خودبیمار انگارها برای تصحیح تلقی باورهای نادرست ذهنی و در جهت کاهش خرید داروی بدون نسخه

منابع و مأخذ:

۱. اعتدالی، آناهیتا، منشی، غلامرضا، صالحی فر، الهه، درآمدی بر اختلال خود بیمار انگاری مجازی: مفهوم شناسی، **علت شناسی و درمان**، هشتمین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پژوهش، دوره ۸، شماره ۴۵؛ سال ۱۴۰۲
۲. ارشادپور، رویا، زارع مرزونی، هادی، کلانی، نوید بررسی مروری **علل شیوع مصرف خود سرانه دارو در میان عامه مردم کشور ایران**، دوره ۱۸، شماره ۶۰ - شماره پیاپی ۶۰، شهریور ۱۴۰۰ صفحه ۱۶-۲۳
۳. اکبری، حسین و دیگران، ۱۴۰۰ **بررسی فراوانی علل مصرف بی رویه دارو در خانوارهای شهر کاشان**، علوم پزشکی کاشان، همایش داخلی دانشگاه کاشان.
۴. آزاد ارمکی، تقی، ۱۴۰۱، نظریه‌های جامعه‌شناسی - نظریه مبادله هومنز پژوهشکده باقر العلوم چاپ دوم.
۵. اختیاری سمیه، رئیس زاده مهدیه، مصطفوی سیدابوالفضل، ارزیابی وضعیت تهیه، توزیع و تجویز دارو در داروخانه های شهرستان کرمانشاه بر اساس استاندارد سازمان غذا و دارو، نشریه: علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران) سال: ۱۳۹۶ | دوره: ۲۴ | شماره: ۱۵۹ صفحات: ۳۰-۳۸
۶. برانسون، ویلیام. اچ؛ تئوری و سیاست‌های اقتصاد کلان، عباس شاکری، تهران، نی، ۱۳۸۳، چاپ هفتم.
- a. کولیر جو، ۱۳۹۷، **بیماران حق دارند که بدانند**، مترجم ادیب زاده، مجله ی پزشکی دانشگاه همدان، چاپ سوم، صفحات ۱۴-۱۷
۷. سادوک، سادوک و رویز (۲۰۱۹). **خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک**. علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضایی، فرزین، انتشارات ارجمند. جلد دوم
۸. انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۸). **راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی**. DSM. ترجمه رضایی، فرزین و همکاران. انتشارات ارجمند.
۹. صلاحی، علی اکبر ؛ نویسنده مسئول : تكلو، دنیا ؛ **رابطه شیوه های فرزندپروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی** مجله : روانشناسی و علوم رفتاری ایران « زمستان ۱۳۹۸ - شماره ۲۰ (جلد سوم) (۱۳ صفحه - از ۶۳ تا ۷۵)
۱۰. عندلیب کورایم مرتضی، علی لو مجید، **پیش بینی خودبیمارانگاری بر اساس صفات شخصیتی**، نشریه: پژوهش در سلامت روانشناختی، اطلاعات دوره، سال: ۱۳۹۲، دوره: ۷، شماره: ۱ صفحات: ۲۰-۲۸
۱۱. طلایی علی، فیاضی بردبار محمدرضا، نصیری افشین، ثمری علی اکبر، میرشجاعیان مه زاده، رضایی اردانی امیر، **خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد**، نشریه: مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، اطلاعات دوره سال: ۱۳۸۸ دوره: ۱۷ شماره: ۱ صفحات: ۸-۱۸
۱۲. غفوری فرد منصور، ابراهیمی حسین، **تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران**، نشریه، مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان) اطلاعات دوره، سال: ۱۳۹۴ دوره: ۲۳ شماره: ۱ (مسلسل ۴۸) صفحات: ۵-۱۳
۱۳. فیض‌اللهی، علی ؛ رضایی نسب، زهرا ؛ حاجی زاده، میترا ؛، **مجله : مطالعات راهبردی زنان « زمستان ۱۴۰۰ - شماره ۹۴** رتبه ب (وزارت علوم/ISC صفحه - از ۱۳۷ تا ۱۶۰)
۱۴. فرشاد، فاضل، ۱۳۹۸ **بررسی علل و عوامل مربوط به کمروبی و خجالت در دانش آموزان ابتدایی و ارائه ی راهکار هایی برای به حداقل رساندن آن**، ششمین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی

۱۵. فیض آبادی، الهام؛ مسئولیت پزشک در قبال بیماران با رویکرد قانون مجازات جدید، مقاله قانون یار بهار ۱۴۰۰، سال پنجم - شماره ۱۷ (۱۴ صفحه - از ۷۳۵ تا ۷۴۸)
۱۶. صفایی، سید حسین، مبانی مسئولیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی (مقاله علمی وزارت علوم) درجه علمی در دسته‌بندی سابق وزارت علوم: علمی-پژوهشی دیدگاه‌های حقوقی تابستان ۱۳۹۱ شماره ۵۸
۱۷. پناهی رحمن، ابراهیمی غلامرضا، کاظمی سیده سمیه، طاووسی محمود، مولفه‌ای موثر برای غلبه بر موانع درک شده اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در الگوی اعتقاد بهداشتی، نشریه: آموزش و سلامت جامعه، سال: ۱۳۹۷ | دوره: ۵ | شماره: ۳ (پیاپی ۱۹) صفحات: ۱-۳
۱۸. ریتزر، جورج، ۱۴۰۰ مترجم: محسن ثلاثی، نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، چاپ چهارم.
۱۹. کینز، ویلیام، فیل بی‌اخلاق - جهانی شدن و مبارزه برای عدالت اجتماعی، ترجمه - حسن مرتضوی، تهران: نشر دیگر - چاپ اول ۱۳۸۳
۲۰. محمدجواد کاشی تراش اصفهانی، فائزه اکبری جور، بررسی خودبیمارانگاری و عوامل موثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹) محل انتشار: هفتمین همایش ملی تحقیقات میان رشته‌ای در مدیریت و علوم پزشکی، دوره ی سال انتشار ۱۴۰۲
۲۱. گرجی، ابراهیم و مدنی، شیما، کینزی‌های جدید تا چه اندازه جدیدند؟، مجله دانش و توسعه، ۱۳۸۵، شماره ۱۸، ص ۹۱.
۲۲. دادگر، یدالله و رحمانی، تیمور، ۱۳۸۲؛ مبانی و اصول علم اقتصاد، قم، بوستان کتاب، چاپ سوم.
۲۳. لهسایی زاده، عبدالعلی - نابرابری و قشربندی اجتماعی. شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز- ۱۳۷۷
۲۴. شریف، مصطفی؛ اقتصاد کلان، تهران، انتشارات اطلاعات، ۱۳۸۷، چاپ اول.
۲۵. تفضلی، فریدون؛ اقتصاد کلان، تئوری‌ها و سیاست‌های اقتصادی، تهران، نی، ۱۳۷۶، چاپ دهم.
۲۶. مقبل، علی، عاقلی، هاشم، ۱۳۹۹، بررسی علل مصرف بی‌رویه دارو در شهرستان رامهرمز استان خوزستان، مجله دارو و درمان، سال هفتم، شماره مرداد، ۳۱-۳۵
۲۷. مایکل بولند، ۱۳۹۵ بیماران از پزشکان چه انتظاری دارند، مترجم چراغعلی، بهداشت جهان، سال دهم، شماره اول؛ ۱۴-۲
۲۸. محلوجی، آناهیتا، لطفی، فرح، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن، نشریه علوم روانشناختی تیر ۱۳۹۸ شماره ۷۶
۲۹. نجفی پور رویا، شیشه بر فرزانه، احمدی نیا حسن، رضائیان محسن، بررسی فراوانی خوددرمانی در دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۵ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مقاله پژوهشی، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۷، تیر ۱۳۹۷، ۳۴۴-۳۳۱
۳۰. وکیلی، حمید، ۱۳۹۹ جلوه‌هایی از آموزش پزشکی در ایران؛ مجله دانش منشوره ی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، سال ۹، شماره ۱، ۵۸-۶۲

1. Tavakooli R. [Effect of important variables; economic, social and cultural on self-medication]. Medical Daneshvar 2020; 8 (34):9-12. (Persian)
- 2-Moghaddamnia A. [Self-medication in cold among population above 15 years of age in Babol]. J Babol Univ Med Sci 2019; 2 (1): 26-32. (Persian)

3. Davati A, Jafari F, Samadpoor M, Tabar K. [Survey of medication in ageing of Tehran city]. J Med Council Islamic Republic Iran 2018; 25 (4): 450-6. (Persian)
- 4-Nunes de Melo M, Madureira B, Nunes Ferreira AP, Mendes Z, Miranda A da C, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. Pharm World Sci 2006; 28 (1):19-25.
- 5-Maldonado JC, Meléndez SD, Figueras A. Longterm effects of an educational intervention on self-medication and appropriate drug use in single-sex secondary public schools, Quito, Ecuador. Br J Clin Pharmacol 2021; 63 (1): 92-99.
- 6-Doustar Sanaei M, Sobhani AR. [Pattern of drug consumption and its changes during the first trimester of pregnancy]. J Qazvin Univ Med Sci 2022; 20: 55-61. (Persian)
1. Wilkinson IF, Darby DN, Mant A. Self-care and self-medication. An evaluation of individuals' health care decisions. Med Care 2019; 25 (10): 96-78.
2. Badamdust A. Self-medication of Ardebil city [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2020.
3. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. Res Social Adm Pharm 2020; 4 (2): 164-72.
4. van der Geest S, Hardon A. Drugs use: methodological suggestions for field research in developing countries. Health Policy Plan 2021; 3 (2): 152-8.
5. Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. J Arak Univ Med Sci 2019; 12 (3): 57-66. [In Persian].
6. Sarrami H, Ghorbani M, Taghavi M. The survey two decades of prevalence studies among Iran University students. Research on Addiction 2021; 7 (27): 9-36. [In Persian].
7. Klemenc-Ketis Z, Hladnik Z, Kersnik J. Self-medication among healthcare and non-healthcare students at University of Ljubljana, Slovenia. Med Princ Pract 2020; 19 (5): 395-401.
8. de Galvis YT, Villa JP, Berbesi Fernandez DY. Factors associated with substance use disorders in colombian adolescents according to the results of the WMH-CIDI. Rev Colomb Psiquiatr 2017; 39 (Suppl 1): 112s-132s.
9. Baghiani Moghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. Zahedan J Res Med Sci 2019; 8 (2): 111-9. [In Persian].
10. Ansari H, Abshenas M, Khanzadeh GH, Masoudi GR. Assessment of psychiatric drugs use and related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences (ZUMS) in 2021. J Fundam Ment Health 2019; 9 (35-36): 145-52. [In Persian].
11. Shamsi M, Beyranvand Z. Knowledge, attitude and practice of students of medical and none medical sciences about selfmedication in Lorestan in 2013. Journal of Neyshabur University of Medical Sciences 2020; 1 (1): 49-55. [In Persian].
12. Lau GS, Lee KK, Luk CT. Self-medication among university students in Hong Kong. Asia Pac J Public Health 2019; 8 (3): 153-7.

13. Amani F, Mohammadi S, Shaker A, Shahbazzadegan S. Study of arbitrary drug use among students in universities of Ardabil city in 2010. J Ardabil Univ Med Sci 2020; 11 (3): 201-7. [In Persian].
14. Tajik R, Shamsi M, Mohammadbeygee A. Survey prevalence of self-medication and factors effected in woman's Arak city. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2018; 16 (1): 29-39. [In Persian].
15. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. Drug Utilization Research Group, Latin America. Clin Pharmacol Ther 2021; 61 (4): 488-93.
16. Galbraith, James (2007). "Global inequality and global macroeconomics". Journal of Policy Modeling. 29 (4): 587-60