

بررسی شیوع خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در زنان ایرانی:

یک مطالعه مرور سیستماتیک

راضیه محمدی چرمهینی^۱، دکتر صدیقه امیرعلی اکبری^{۲*}، دکتر سیده هانیه علم الهدی^۲

۱. کارشناس ارشد بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۳

خلاصه

مقدمه: خوددرمانی، یک نگرانی قابل توجه در سطح جهانی است. بررسی مصرف خودسرانه دارو در جمعیت زنان به دلیل واقع شدن در دوران‌های حساسی همچون بارداری و شیردهی بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه سیستماتیک حاضر با هدف بررسی شیوع خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در زنان ایرانی صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه جهت یافتن مقالات مرتبط، پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی *web of science*، *pubmed*، *Scopus*، *science direct*، *google scholar* و *Cochran library* و پایگاه‌های اطلاعاتی ملی همچون *SID* و *magiran* با استفاده از کلمات کلیدی شامل *Drug women*، *epidemiology*، *self-medication*، *prevalence* با عملگرهای بولین *AND* و *OR* بدون محدودیت زمانی و به زبان انگلیسی و فارسی مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دو پژوهشگر به‌طور مستقل مقالات را جهت ارزیابی کیفیت (با استفاده از چک‌لیست *NOS*) و استخراج داده‌های اصلی آنها مورد بررسی قرار دادند.

یافته‌ها: ۱۳ مقاله با حجم نمونه کلی ۵۸۰۲ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. سال انتشار مقالات از ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۰ بود و تمامی از نوع مطالعات مقطعی بودند. نتایج نشان داد که شیوع خوددرمانی در زنان ایرانی نسبتاً بالا و حدود ۴۹/۱۵٪ می‌باشد و جزئی بودن مشکل و بیماری، اعتقاد به بی‌ضرر بودن خوددرمانی، مهم تلقی نکردن بیماری، تجربه قبلی بیماری و بالا بودن هزینه ویزیت پزشک، از مهم‌ترین دلایل خوددرمانی در زنان ایرانی هستند.

نتیجه‌گیری: خوددرمانی در بین زنان از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار بوده و نیاز به مداخلات مؤثری برای کاهش و پیشگیری از خوددرمانی می‌باشد. ارائه اطلاعات مورد نیاز و افزایش آگاهی زنان در مورد عوارض ناشی از خوددرمانی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: بارداری، خوددرمانی، دارو، زنان، شیوع، مصرف خودسرانه

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر صدیقه امیرعلی اکبری؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۵۰۱۳۰، پست الکترونیک: sedaliakbari@gmail.com

مقدمه

امروزه خوددرمانی، یکی از مشکلات جدی اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در سراسر جهان، از جمله ایران است (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، خوددرمانی یکی از عناصر مهم مراقبت از خود است و به‌عنوان مصرف داروهای برای بهبود مشکلات خودتشخیصی یا خود تجویزی داروهای که قبلاً توسط پزشک در موارد بیماری‌های مزمن، بیماری‌ها یا علائم راجعه تجویز شده است، تعریف می‌شود. خوددرمانی به‌عنوان مصرف دارو به ابتکار عمل شخصی یا ابتکار شخصی که صلاحیت پزشکی ندارد نیز تعریف شده است (۲). شیوع خوددرمانی در کشورهای مختلف به‌طور گسترده‌ای متفاوت است (۷۳-۶٪) (۱). به‌طور مثال در ایالات متحده آمریکا ۴۲٪ از افراد بدون تجویز پزشک دارو مصرف می‌کنند، این نرخ در اندونزی ۹۱٪ (۳)، در برزیل ۱۶/۱٪ (۴)، در چین ۴۵/۴٪ (۵) و در پرتغال ۱۸/۹٪ (۶) می‌باشد. همچنین طبق مطالعات سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده، شیوع تلفیقی خوددرمانی در ایتالیایی ۴۴٪ (۷) و میانگین شیوع خوددرمانی در هند ۵۳/۵۷٪ (۸) می‌باشد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که نرخ خوددرمانی در میان ایرانیان بسیار بیشتر از نرخ جهانی است و شیوعی بین ۸۳-۳۶٪ در نقاط مختلف کشور دارد (۳)؛ به‌طوری‌که این مقادیر در شهرهای تبریز ۶۳٪، بابل ۳۶٪، قزوین ۸۳٪ و شهرکرد ۵/۴٪ گزارش شده است (۹). در مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز اعظمی و همکاران (۲۰۱۵) شیوع کلی خوددرمانی در جامعه ایرانی ۵۳٪ گزارش شد (۱۰). خوددرمانی از جمله مشکلات عمده موجود در چرخه درمان بسیاری از کشورها از جمله ایران می‌باشد. این پدیده باعث عواملی هم‌چون افزایش سرانه مصرف دارو، مقاومت دارویی، عدم درمان به‌هینه، مسمومیت‌های دارویی، عوارض ناخواسته، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه، خطر سوء استفاده مجدد، استفاده بیش از حد و طولانی‌مدت از دارو، تأخیر احتمالی در درمان یک بیماری جدی، مخفی شدن نشانه‌هایی از یک بیماری شدید و تداخل با دیگر داروهای مصرفی توسط فرد می‌شود (۱۱). بنابراین توجه به عوارض ناشی از مصرف

خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است که در این میان توجه به جمعیت زنان به‌دلیل واقع شدن در دوران‌های حساسی همچون بارداری و شیردهی و همچنین تماس بیشتر با افراد خانواده و الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده، از اهمیت مضاعفی برخوردار است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که مصرف خودسرانه داروها در دوران بارداری مسئول بیش از ۳٪ موارد ناهنجاری‌های مادرزادی می‌باشد (۱۲). از سویی دیگر مطالعات مختلف نشان داده‌اند زنان تمایل ویژه‌ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می‌دهند و معمولاً به‌طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون دیسمنوره، رفع علائم منوپوز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی از داروها استفاده می‌کنند (۱۳). اگرچه زنان باردار، آسیب‌پذیرترین گروه مردم از نظر اثرات سوء ناشی از دارو بر جنین و خودشان هستند، اما بسیاری از زنان باردار بدون احتیاط‌های لازم از خوددرمانی استفاده می‌کنند (۲). در مطالعات سیستماتیک انجام شده، میانگین شیوع خوددرمانی در بین زنان باردار در جهان حدود ۳۲٪ (۱۴) و در زنان باردار ایرانی ۳۸/۴۶٪ (۱۵) گزارش شده است. طبق نتایج حاصله از مطالعات، برخی علل افزایش نرخ خوددرمانی شامل: میل به مراقبت از خود، احساس همدردی با اعضای خانواده در هنگام بیماری، عدم وجود خدمات مراقبت بهداشتی، فقر، جهل، باورهای غلط، تبلیغات گسترده در مورد داروها و در دسترس بودن داروها در مکان‌های دیگر می‌باشد (۱). از آنجایی‌که خوددرمانی می‌تواند هزینه‌های اضافی را بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل کند (۳)، اقداماتی چون محدودیت بی‌قید و شرط دسترسی به داروها مخصوصاً داروهای زیان‌آور، آموزش عمومی در مورد مصرف منطقی داروها، محدود کردن تعداد و انواع داروهای نگهداری شده در منزل، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش دسترسی به سیستم ارائه خدمات اجتماعی در راستای کاهش این پدیده ضروری است (۱۶). بنابراین با توجه به گستردگی و اهمیت روزافزون پدیده خوددرمانی در جوامع و همچنین هزینه بالای

به‌منظور دستیابی به حداکثر میزان جامعیت جستجو، به شکل دستی تمامی مقالات نهایی مرتبط با موضوع مورد بررسی قرار گرفتند تا سایر منابع احتمالی نیز یافت شوند. ترتیب مراحل انجام این فرآیند بدین صورت بود که ابتدا از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مربوطه و سایر منابع، ۴۹۷ مقاله استخراج شد و سپس ۱۳ مقاله تکراری با استفاده از نرم‌افزار end note، حذف و عنوان و چکیده ۴۸۴ مقاله بررسی شد. ۴۶۷ مقاله به‌علت غیرمرتبط بودن با هدف پژوهش حذف و سپس متن کامل مقالات باقی‌مانده بررسی شد. در نهایت از میان مقالات انتخاب شده باقی‌مانده، ۱۵ مقاله که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و کیفیت مطالعات وارد شده به سیستماتیک به‌صورت مجزا توسط ۲ نفر از نویسندگان با استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت مربوطه (NOS)^۱ بررسی شد که ۲ مقاله به‌علت نداشتن کیفیت مناسب از سیستماتیک حذف شدند. برای سازماندهی مطالعات از نرم‌افزار مدیریت منابع اطلاعاتی endnote استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مقالات منتشر شده مقطعی به زبان فارسی یا انگلیسی بودند. مطالعات مرور سیستماتیک، منابع خاکستری (نامه به سردبیر، کنفرانس‌ها و ...)، مطالعات همبستگی، طرح‌های مداخله‌ای، کوهورت یا مورد شاهدی از مطالعه خارج شدند. با مطالعه دقیق عنوان و چکیده مقالات واجد معیارهای ورود توسط محقق، تعداد زیادی از آنها به‌علت غیرمرتبط بودن با هدف مطالعه کنار گذاشته شدند. در صورتی که پس از مطالعه عنوان و چکیده، امکان تصمیم‌گیری در مورد مقاله وجود نداشت، به متن کامل آن رجوع شد. جهت اطمینان از بازیابی تمام مدارک، فهرست منابع مقالات بازیابی شده نیز مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی کیفی مقالات مقطعی از چک‌لیست تعدیل شده اووتواوا استفاده شد. این ابزار توسط مودستی و همکاران (۲۰۱۶)، جهت سنجش کیفیت مطالعات مقطعی طراحی شده است که هر مطالعه را از نظر کیفیت نحوه نمونه‌گیری، حجم نمونه‌ها، میزان پاسخ‌دهی، ابزار اندازه‌گیری، بررسی پیامدها و تحلیل‌های آماری مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل سه

تولید و تهیه دارو و نیز عوارض ناخواسته مصرف خودسرانه آن به‌خصوص در جمعیت زنان (۱۷) و از آنجایی که تاکنون هیچ مطالعه مرور سیستماتیکی در مورد شیوع خوددرمانی در جمعیت کلی زنان ایرانی انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی سیستماتیکی از شیوع خوددرمانی در زنان ایرانی انجام شد.

روش کار

به‌منظور شناسایی تمام مقالات مرتبط با شیوع خوددرمانی در زنان ایرانی، جستجو توسط محققان در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی web of science، Cochran، science direct، pubmed، scopus library و google scholar و پایگاه داده‌های ملی همچون بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran) و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) انجام شد و تنها مقالات فارسی و انگلیسی بررسی شد. تمام مقالات تا زمان جستجو توسط دو پژوهشگر مستقل، مورد بررسی قرار گرفتند. علاوه بر آن مقالات ارائه شده در سمینارها و کنگره‌های ملی، گزارش‌های ملی و پایان‌نامه‌های مرتبط با وضعیت خوددرمانی در زنان ایرانی نیز بررسی و در صورت وجود چکیده مقالات برای دسترسی به فایل کامل مقاله یا نویسنده مسئول مکاتبه شد. برای یافتن مقالات مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی، کلید واژه‌ها بر اساس مش انتخاب شده و شامل: Drug، non-over-the-counter، self-medication، self-treatment، prescription، prevalence، occurrence، epidemiology، pregnant women، women، frequency، Iran، nonpregnant women در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی و "خوددرمانی"، "مصرف خودسرانه"، "خودتجویزی"، "شیوع"، "زنان" و "ایران" در پایگاه‌های اطلاعاتی ملی بودند که با عملگرهای بولین AND و OR با یکدیگر ترکیب شدند. جهت حفظ تمامی داده‌های بارزش، محدودیتی از نظر بُعد زمانی در نظر گرفته نشد و تمامی مقالات مرتبط منتشر شده تا تاریخ ۲۵ دسامبر ۲۰۲۱ مورد ارزیابی قرار گرفت.

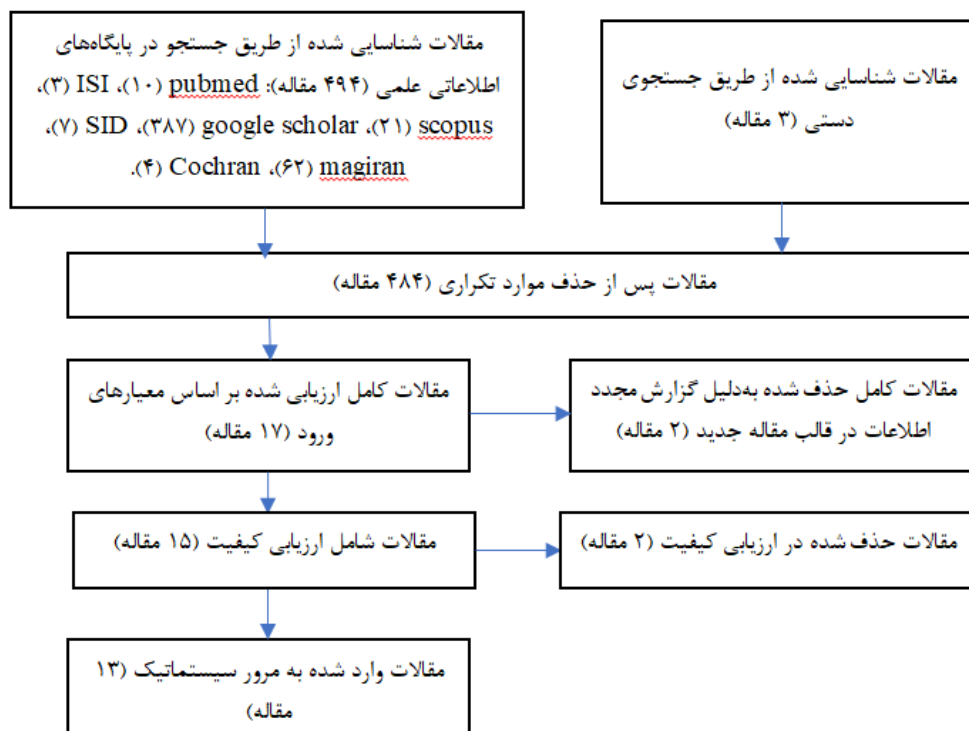
¹ Newcastle-ottawa scale

بخش (selection, comparability, out come) می‌باشد. جهت نمره‌دهی به هر آیتم باکیفیت، ستاره تعلق می‌گیرد و حداکثر نمره ۱۰ می‌باشد (۱۸). در این سیستماتیک، امتیاز بالای ۵ به‌عنوان مطالعه دارای کیفیت بالا در نظر گرفته شد و امتیاز مساوی یا کمتر از ۵ به‌عنوان مطالعه دارای کیفیت پایین در نظر گرفته شد و حذف گردید. در نهایت برای استخراج داده‌ها از متن مقالات، ۲ پژوهشگر با استفاده از یک فرم محقق‌ساخته، اطلاعاتی شامل: نام نویسنده اول، سال انتشار، محیط مطالعه، حجم نمونه، میانگین سن زنان، شیوع خوددرمانی، دلایل استفاده از خوددرمانی، عوامل مرتبط

با خوددرمانی، نوع بیماری و نمره ارزیابی کیفیت را به‌صورت مستقل استخراج نمودند.

یافته‌ها

در این مطالعه تمام مقالات منتشر شده بر اساس هدف پژوهش در پایگاه داده‌های الکترونیکی مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله اول از طریق جستجوی اولیه با استفاده از کلیدواژه‌های مربوطه، ۴۹۷ مقاله استخراج شد که پس از حذف مقالات تکراری با مرور عنوان و بررسی مقالات باقی‌مانده از طریق چکیده و سپس متن کامل مقاله، در نهایت ۱۳ مقاله نهایی با حجم نمونه کلی ۵۸۰۲ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت (شکل ۱).



شکل ۱- فرآیند غربالگری و انتخاب مطالعات

تاریخ انتشار مقالات از دسامبر ۲۰۰۸ تا آوریل ۲۰۲۰ بود. تمامی مقالات وارد شده از نوع مطالعات مقطعی بودند و هیچ مطالعه‌ای از نوع کوهورت یا مورد شاهدهی

یافت نشد. تمامی این مطالعات بر اساس چکلیست ارزیابی کیفیت NOS، نمره ۶ یا بیشتر را دریافت کردند (جدول ۱).

جدول ۱- جدول ارزیابی کیفیت مقالات

نمره	Out com		comparability		selection			طراحی	مطالعه
	ارزیابی کیفیت	آماري	ارزیابی نتیجه	بر اساس طراحی مطالعه	ابزار اندازه‌گیری	عدم پاسخ‌دهی	حجم نمونه		
۶	*	*	-	*	*	*	*	مقطعی	خوددرمانی و عوامل خطر آن در زنان قبل و حین بارداری (ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) (۱)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	عوامل خطر مرتبط با خوددرمانی در میان زنان ایران (کریمی و همکاران (۲۰۱۹) (۳)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	مقایسه فراوانی، عوامل خطر و نوع خوددرمانی در زنان باردار و غیرباردار مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی شهید اکبرآبادی تهران (بت‌یار و همکاران (۲۰۱۸) (۶)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	شیوع و علل خوددرمانی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب ایران (افشاری و همکاران (۲۰۱۵) (۱۶)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	بررسی شیوع خوددرمانی و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اراک (تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) (۱۷)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	مصرف خودسرانه دارو در زنان شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن (پهروزپور و همکاران (۲۰۱۶) (۹)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	بررسی شیوع مصرف خودسرانه گیاهان دارویی در درمان مشکلات شایع بارداری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان (کریمیان و همکاران (۲۰۱۹) (۲۴)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	منافع و موانع درک شده در خصوص مصرف خودسرانه داروها در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۵ (راهبر و همکاران (۲۰۱۷) (۱۳)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	بررسی مقایسه‌ای مصرف خودسرانه دارو و مکمل‌ها در زنان باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان (باقری و همکاران (۲۰۱۴) (۲۱)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	خوددرمانی در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن (رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۲)
۷	*	*	-	**	*	*	*	مقطعی	بررسی الگوی مصرف خودسرانه دارو در دوران بارداری در شهرهای تهران و سنندج (شریعت و همکاران (۲۰۲۰) (۱۹)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	شیوع خوددرمانی و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس (رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)
۶	*	*	-	**	-	*	*	مقطعی	خوددرمانی در زنان باردار (قانعی و همکاران (۲۰۱۳) (۲۰)

(۲۰۱۳) در سقز (۱۱۶ نفر) (۲۰) بود. در مطالعه سیستماتیک حاضر میانگین شیوع خوددرمانی ۴۹/۱۵٪ بود که بیشترین شیوع مربوط به بندرعباس (۷۹/۹٪) و کمترین آن در تهران (۰٪) و کردستان (۱۱/۳۳٪) مشاهده شد. ۲ مطالعه در شاهرود و تهران به بررسی

نتایج حاصل از داده‌های استخراج شده از مقالات در جدول ۲ خلاصه شده است. میانگین حجم نمونه مطالعات ۴۴۶ نفر بود که بیشترین حجم نمونه مربوط به مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۲۰) (۱۶۰۰ نفر) (۱۹) و کمترین حجم نمونه مربوط به مطالعه قانعی و همکاران

شیوع خوددرمانی در زنان باردار و غیرباردار پرداخته بودند که در هر دو مطالعه، شیوع خوددرمانی در دوران بارداری کمتر بود (۱، ۶). همچنین باقری و همکار (۲۰۱۴) به مقایسه شیوع خوددرمانی در زنان باردار روستایی و شهری کاشان پرداختند که شیوع خوددرمانی در مناطق روستایی به مراتب بیشتر از مناطق شهری بود (۲۱). ۹ مطالعه به بررسی دلایل خوددرمانی در زنان پرداخته بودند. در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۹) دلایل خوددرمانی به ترتیب شامل: درک بی‌ضرر بودن خوددرمانی (۴۱٪)، داشتن سابقه بیماری (۳۵/۵٪)، در دسترس بودن داروها در منزل (۳۴٪)، تحویل آسان و بدون نسخه دارو از داروخانه‌ها (۳۰٪)، مهم تلقی نکردن بیماری (۲۹٪)، اصرار دیگران (۲۵٪)، گران بودن ویزیت پزشک (۱۴٪)، بی‌اعتمادی به پزشکان (۱۱/۶٪) و عدم دسترسی به پزشک (۹٪) ذکر شده بود (۳). در مطالعه بت‌پار و همکاران (۲۰۱۸) این دلایل در زنان باردار شامل: اعتقاد به خفیف بودن بیماری (۲۲/۸٪)، نداشتن بیمه درمانی (۹٪)، دسترسی آسان، در دسترس بودن داروها در منزل، اعتقاد به بی‌ضرر بودن گیاهان و داروهای گیاهی، و در زنان غیرباردار شامل: سابقه قبلی بیماری، دسترسی آسان، در دسترس بودن داروها در منزل، مشاهده نتایج خوب از خوددرمانی در گذشته، داشتن بیماری خفیف و نداشتن بیمه درمانی بود (۶). در مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۵) اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروهای گیاهی (۷۰/۴٪)، هزینه‌های پزشکی بالا (۳۵/۴٪) و بیماری‌های خفیف (۱۹/۸٪) از دلایل انجام خوددرمانی بودند (۱۶). در مطالعه تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) دلایل خوددرمانی شامل: مهم تلقی نکردن بیماری (۶۹٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۶۳٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۵۵٪)، تجربه قبلی از بیماری (۵۳٪)، عدم دسترسی به پزشک (۵۱٪)، نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان (۴۸٪)، نتیجه خوب خوددرمانی‌های قبلی توسط بیمار (۴۱٪)، در دسترس بودن داروها (در منزل و یا گرفتن از آشنایان و ...) (۳۹٪)، تهیه آسان دارو از داروخانه‌ها بدون نسخه (۳۶٪)، اصرار اطرافیان (۳۱٪)، عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها (۲۴٪)، عدم اطمینان به طبابت پزشکان

(۱۶٪)، عدم اعتقاد به درمان بدون دارو (۱۵٪) و اعتقاد به اینکه داروها عارضه‌ای ندارند (۱۲٪) بود (۱۷). در مطالعه بهروزپور و همکاران (۲۰۱۶) دلایل این امر به ترتیب شامل: تجربه قبلی از بیماری (۴۸/۴٪)، در دسترس بودن داروها (۴۲/۲٪)، عدم دسترسی به پزشک (۳۸٪)، نتیجه خوب خوددرمانی‌های قبلی (۳۴/۴٪)، مهم تلقی نکردن بیماری (۳۲/۸٪)، تهیه آسان دارو از داروخانه‌ها بدون نسخه (۳۰/۷٪)، نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان (۲۷/۶٪)، عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها (۲۷/۶٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۲۵٪)، اصرار اطرافیان (۲۰/۳٪)، عدم اعتقاد به درمان بدون دارو (۱۳/۵٪)، اعتقاد به این که داروها عارضه‌ای ندارند (۱۲٪)، عدم اطمینان به طبابت پزشکان (۱۰/۹٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۹/۴٪) و در مطالعه راهبر و همکاران (۲۰۱۷) به ترتیب شامل: تجربه قبلی از بیماری (۵۰/۹٪)، در دسترس بودن داروها (در منزل و یا گرفتن از آشنایان و ...) (۴۲/۵٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان و مهم تلقی نکردن بیماری‌ها از سوی فرد (۴۱/۲٪)، نتیجه خوب خوددرمانی‌های قبلی (۴۰/۳٪)، تهیه آسان دارو از داروخانه بدون نسخه (۳۱/۹٪)، عدم دسترسی به پزشک (۲۸/۳٪)، اصرار اطرافیان (۲۶/۵٪)، نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به پزشک یا بیمارستان (۲۴/۳٪)، عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها (۱۸/۱٪)، اعتقاد به اینکه داروها عارضه‌ای ندارند (۱۶/۴٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۱۳/۳٪)، عدم اعتقاد به درمان بدون دارو (۱۱/۹٪)، عدم اطمینان به طبابت پزشکان (۱۰/۲٪) (۱۳)؛ در مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) به ترتیب شامل: اعتقاد به درمان بیماری تنها با دارو (۷۴/۸٪)، ایمن بودن داروها (۷۴/۸٪)، در دسترس بودن داروها در خانه (۷۰/۹٪)، اطلاعات نامناسب از اثرات داروها (۶۶٪)، نتایج مطلوب خوددرمانی قبلی توسط مادر (۶۲/۱٪)، تجربه قبلی از بیماری (۶۰/۲٪)، مهم تلقی نکردن بیماری (۶۰/۲٪)، تحویل آسان دارو از داروخانه (۴۹/۵٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۲۶/۲٪)، زمان ناکافی (۲۲/۳٪)، عدم دسترسی به پزشک (۲۰/۴٪)، نداشتن بیمه (۱۵/۵٪)، اصرار اطرافیان (۱۳/۶٪)، عدم اطمینان به طبابت

پزشکان (۹/۷٪) (۲۲)؛ در مطالعه رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) به ترتیب شامل: گرانی حق ویزیت پزشکان (۳۸٪)، تجربه قبلی از بیماری (۳۶٪)، مهم تلقی نکردن بیماری (۳۵/۸٪)، نتیجه خوب خوددرمانی‌های قبلی (۳۱/۲٪)، در دسترس بودن داروها (در منزل و یا گرفتن از آشنایان و ...) (۲۹/۲٪)، نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به پزشک یا بیمارستان (۲۵٪)، تهیه آسان دارو از داروخانه‌ها بدون نسخه (۲۳٪)، عدم دسترسی به پزشک (۱۹/۵٪)، اصرار اطرافیان (۱۶/۵٪)، عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها (۱۱٪)، عدم اطمینان به طبابت پزشکان (۴/۸٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۴/۵٪)، عدم اعتقاد به درمان بدون دارو (۴/۲٪)، اعتقاد به این که داروها عارضه‌ای ندارند (۴٪) (۲۳) و در مطالعه قانعی و همکاران (۲۰۱۳) به ترتیب شامل: جزئی بودن مشکل و بیماری (۴۷/۴٪)، بالا بودن هزینه ویزیت پزشک (۲۲/۴٪)، عدم وقت کافی برای مراجعه به پزشک (۱۳/۸٪)، ترس از باخبر شدن از بیماری خطرناک (۱۱/۲٪) و عدم اعتماد به پزشک (۵/۲٪) (۲۰) گزارش شده بودند.

مجموع بررسی‌هایی که در ۹ مقاله انجام شده بود، نشان می‌دهد که متغیرهایی مانند: بیمه (۳)، سطح تحصیلات (۱۶)، محل زندگی (۲۲)، شغل (۲۳)، سن حاملگی (۱۶)، تعداد حاملگی (۲۱)، تعداد فرزندان (۲۰) و خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی (۱۹) با خوددرمانی در زنان ایرانی مرتبط هستند. همچنین ۱۰ مطالعه به بررسی بیماری‌هایی که برای درمان آنها از خوددرمانی استفاده شده بود، پرداخته بودند. در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۹)، خوددرمانی برای بیماری‌هایی مانند: خستگی، ضعف و اضطراب (۶۷ زن)، تب (۵۵ زن)، سرفه و سرماخوردگی (۵۲ زن)، مشکلات گوارشی (۴۸ زن)، بی‌خوابی (۴۳ زن)، سردرد (۳۶ زن)، درد قاعدگی (۳۵ زن)، تهوع و استفراغ (۲۴ زن)، آلرژی (۲۲ زن)، دندان درد (۲۰ زن) و اسهال (۱۹ زن) (۳) استفاده شده بود. در مطالعه بت‌یار و همکاران (۲۰۱۸) زنان باردار برای بیماری‌هایی مانند: حالت تهوع، استفراغ و سوزش سردل (۵/۷۵٪)، تهوع صبحگاهی (۴/۳٪)، بی‌اشتهایی (۳/۸٪) لکه‌بینی (۲/۹۵٪) و فشارخون بالا (۲/۴٪) (۶) به

خوددرمانی روی آورده بودند. همچنین در مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۵) خوددرمانی عمدتاً برای بیماری‌هایی چون: اختلالات گوارشی (۳۸/۸۰٪)، اختلالات مربوط به بارداری (۳۰/۵۲٪)، اختلالات دستگاه تناسلی (۲۵/۲۶٪) و همچنین مشکلات تنفسی (۸/۴۲٪) (۱۶) استفاده شده بود. در مطالعه تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) برای مواردی مانند: بیماری تنفسی (۶۸٪)، کم‌خونی (۴۳٪)، بیماری‌های گوارشی (۴۱٪)، بیماری‌های عصبی (۳۶٪)، اختلالات قاعدگی (۳۲٪)، سردرد (۳۱٪)، بیماری‌های پوستی (۲۴٪)، بیماری‌های مفصلی (۲۱٪)، پیشگیری از پوکی استخوان (۱۸٪)، مشکلات دوران بارداری (۱۳٪)، تشدید القاء زایمان (۲٪)، بیماری‌های عضلانی (۱٪) (۱۷)؛ در مطالعه بهروزپور و همکاران (۲۰۱۶) برای بیماری‌های سرماخوردگی (۷۷/۶٪)، سردرد (۷۰/۳٪)، بیماری‌های گوارشی و کم‌خونی (۲۶/۶٪) (۹)؛ در مطالعه کریمیان و همکاران (۲۰۱۹) برای مواردی چون: سوزش سردل (۲۸/۶٪)، یبوست (۲۷/۹٪)، تهوع (۲۶/۱٪)، کم‌خونی (۲۳/۳٪)، درد زیر شکم (۱۸/۱٪)، کمردرد (۱۶/۷٪)، عفونت (۱۶/۷٪)، مشکلات دهان و دندان (۱۴/۶٪)، مشکلات ادراری (۸/۴٪)، دیابت در بارداری (۶/۹٪)، هموروئید (۶/۳٪)، فشارخون در بارداری (۴/۸٪)، خونریزی در بارداری (۴/۵٪) (۲۴) و در مطالعه راهبر و همکاران (۲۰۱۷) برای بیماری‌هایی مانند: سردرد (۶۴/۶٪)، سرماخوردگی (۶۲/۴٪)، گلودرد (۳۵/۴٪)، تب (۲۵/۷٪)، اختلالات قاعدگی (۱۷/۳٪)، کم‌خونی (۱۵/۹٪)، سوختگی و بریدگی (۱۵/۵٪)، بیماری‌های گوارشی مانند اسهال و استفراغ (۱۵٪)، بیماری‌های عصبی عضلانی (۶/۶٪)، بیماری‌های مفصلی (۶/۲٪)، بیماری‌های پوستی و پیشگیری از پوکی استخوان (۵/۳٪)، مشکلات دوران بارداری (۴/۹٪)، درد چشم و عفونت گوش (۴٪) (۱۳) از خوددرمانی استفاده شده بود. در مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) از خوددرمانی با داروهای گیاهی برای مواردی مانند: سرماخوردگی (۳۳/۳٪)، پیشگیری از زردی نوزادان (۲۶/۳٪)، بیماری‌های گوارشی (۲۴/۳٪)، و از داروهای شیمیایی برای بیماری‌های گوارشی (۴۲/۹٪)، سردرد (۳۳/۹٪) و

دندان درد (۱۴/۳٪) (۲۲) استفاده شده بود. علاوه بر این در مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۲۰) در مورد بیماری سردرد از خوددرمانی استفاده شده بود (۱۹). در مطالعه رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) برای بیماری‌هایی مانند: سرماخوردگی (۴۲/۸٪)، سردرد (۴۰/۵٪)، اختلالات قاعدگی (۲۳/۲٪)، کم‌خونی (۱۵/۸٪)، بیماری‌های پوستی (۱۱/۲٪)، بیماری‌های عضلانی (۱۰/۵٪)، بیماری‌های گوارشی (۹/۲٪)، بیماری‌های مفصلی (۵/۸٪)، بیماری‌های عصبی (۳/۸٪)، پیشگیری از پوکی استخوان (۳/۵٪) و مشکلات بارداری (۲/۵٪) از خوددرمانی استفاده شده بود (۲۳).

جدول ۲- نتایج داده‌های استخراج شده از مقالات وارد شده به مرور سیستماتیک

نویسنده سال	حجم نمونه	میانگین سنی شرکت کنندگان	شیوع خوددرمانی	دلایل خوددرمانی	عوامل مرتبط با خوددرمانی	نوع بیماری
ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) (۱)	۳۸۴	۲۶/۳۳±۴/۶	قبل از بارداری (۶۳/۹٪) حین بارداری (۴۳/۵٪)	-	قبل از بارداری: نداشتن بیمه، تحصیلات دبیرستان و نداشتن فرزند نسبت شانس خوددرمانی را افزایش داد. در دوران بارداری: نداشتن بیمه، نداشتن فرزند یا تعداد فرزندان کمتر و نداشتن سابقه سقط جنین باعث افزایش نسبت شانس خوددرمانی شد (CI %۹۵) (p<۰/۰۰۱)	-
کریچی و همکاران (۲۰۱۹) (۳)	۳۶۰	۳۶/۴±۲/۶	۷/۶٪	بیشترین فراوانی: درک بی‌ضرر بودن خوددرمانی (۴۱٪)، کمترین فراوانی: عدم دسترسی به پزشک (۹٪)	سن، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه درمانی و همچنین تمام سازه‌های TPB پیش‌بینی کننده‌های قابل توجهی برای خوددرمانی بودند (CI %۹۵)	بیشترین فراوانی: خستگی، ضعف و اضطراب (۶۷ زن)، کمترین فراوانی: اسهال (۱۹ زن)
بت‌یار و همکاران (۲۰۱۸) (۶)	۴۲۰	۱۵-۴۵	باردار (۳۴/۸٪) غیرباردار (۷۷/۱٪)	(باردار) بیشترین فراوانی: اعتقاد به خفیف بودن بیماری (۲۲/۸٪)، کمترین فراوانی: اعتقاد به بی‌ضرر بودن گیاهان و داروهای گیاهی. (غیر باردار) بیشترین فراوانی: سابقه قبلی بیماری و کمترین فراوانی: نداشتن بیمه درمانی (۰/۰۵) (CI %۹۵)	سن و درآمد (p=۰/۰۰۱) باردار: قومیت‌های کرد و عرب با خوددرمانی همراه بود (p=۰/۰۰۲). غیرباردار: داشتن تحصیلات راهنمایی و دبیرستان با خوددرمانی همراه بود (p=۰/۰۰۱)	(باردار) بیشترین فراوانی: حالت تهوع، استفراغ و سوزش سر دل (۵/۷۵٪) کمترین فراوانی: فشار خون بالا (۲/۴٪)
افشاری و همکاران (۲۰۱۵) (۱۶)	۸۰۱	-	۳۰/۶٪	بیشترین فراوانی: اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروهای گیاهی (۷۰/۴٪) و کمترین فراوانی: بیماری‌های خفیف (۱۹/۸٪)	سن (p<۰/۰۰۱)، سن حاملگی (p<۰/۰۰۶)، تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، تعداد حاملگی (p=۰/۰۰۱)، نوع بارداری (p=۰/۰۰۱)، بیمه (p=۰/۰۰۲)، تعداد زایمان‌ها و فرزندان زنده (p<۰/۰۰۵)	بیشترین فراوانی: اختلالات گوارشی (۳۸/۸۰٪) کمترین فراوانی: مشکلات تنفسی (۸/۴۲٪)
تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) (۱۷)	۳۰۰	۳۴/۹±۶/۷	۵۴٪	بیشترین فراوانی: مهم تلقی نکردن بیماری (۶۹٪) و کمترین فراوانی: اعتقاد به این که داروها عارضه‌ای ندارند (۱۲٪)	تحصیلات (p<۰/۰۰۵)، بیمه (p<۰/۰۰۱)، شغل (p<۰/۰۰۱)	بیشترین فراوانی: بیماری تنفسی (۶۸٪)، کمترین فراوانی: بیماری‌های عضلانی (۱)
بهروز پور	۱۹۲	۳۱/۲۴±۷/۸۱	۵۰٪	بیشترین فراوانی: تجربه	تحصیلات	بیشترین فراوانی:

و همکاران (۲۰۱۶) (۹)	قبلی از بیماری (/۴۸/۴) و کمترین فراوانی: نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (/۹/۴)				سرماخوردگی (/۷۷/۶) کمترین فراوانی: بیماری های گوارشی و کم خونی (/۲۶/۶)
کریمیان و همکاران (۲۰۱۹) (۲۴)	-	٪۵۷/۱	۲۸/۷±۵/۴	۳۰۰	بیشترین فراوانی: سوزش سردل (/۲۸/۶) و کمترین فراوانی: خونریزی در بارداری (/۴/۵)
راهبر و همکاران (۲۰۱۷) (۱۳)	بیشترین فراوانی: تجربه قبلی از بیماری (/۵۰/۹) و کمترین فراوانی: عدم اطمینان به طبابت پزشکان (/۱۰/۲)	-	٪۷۴/۳	۳۰/۷±۷/۹۹	بیشترین فراوانی: سردرد (/۶۴/۶) کمترین فراوانی: درد چشم و عفونت گوش (/۴)
باقری و همکاران (۲۰۱۴) (۲۱)	-	روستایی (/۶۶/۷) شهری (/۵۴/۴)	۲۷/۱۲	۳۰۳	سن بیشتر از ۳۰ سال و تعداد حاملگی سوم و بیشتر با افزایش میزان خوددرمانی همراه بودند (p=۰/۰۳)
رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۲)	بیشترین فراوانی: اعتقاد به درمان بیماری تنها با دارو (/۷۴/۸) کمترین فراوانی: عدم اطمینان به طبابت پزشکان (/۹/۷)	سن، سطح تحصیلات و محل سکونت با میزان خوددرمانی مرتبط بودند (p<۰/۰۵) (CI /۹۵)	٪۲۵/۸	۱۴-۴۴	(داروهای گیاهی) بیشترین فراوانی: سرماخوردگی (/۳۳/۳) و کمترین فراوانی: بیماری های گوارشی (/۲۴/۳)، (داروهای شیمیایی) بیشترین فراوانی: بیماری های گوارشی (/۴۲/۹) و کمترین فراوانی: دندان درد (/۱۴/۳)
شریعت و همکاران (۲۰۲۰) (۱۹)	-	تهران (۰/۰)، کردستان (/۱۱/۳۳)	۱۸-۳۵	۱۶۰۰	تحصیلات (p=۰/۰۰۱)، نحوه دریافت مراقبت های بارداری (p<۰/۰۰۱)، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری (p=۰/۰۱)
رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)	بیشترین فراوانی: گرانی حق ویزیت پزشکان (/۳۸) و کمترین فراوانی: اعتقاد به این که داروها عارضه ای ندارند (/۴)	سن (<۰/۰۰۱)، تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، بیمه (p=۰/۰۱۴)، وضعیت تأهل (p=۰/۴۹۵)، شغل (p<۰/۰۰۱)	٪۷۹/۵	۳۷/۷±۱۱/۶۹	بیشترین فراوانی: سرماخوردگی (/۸/۴۲) و کمترین فراوانی: مشکلات بارداری (/۲/۵)
قانع و همکاران (۲۰۱۳) (۲۰)	بیشترین فراوانی: جزئی بودن مشکل و بیماری (/۴۷/۴) و کمترین فراوانی: عدم اعتماد به پزشک (/۵/۲)	تعداد فرزندان (p=۰/۰۳۴)	٪۲۷/۶	۲۷/۰۳±۵/۷۵	-

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع خوددرمانی در میان زنان در مناطق مختلف ایران بسیار متفاوت است که شاید به دلیل تفاوت تمایلات و اعتقادات افراد در مناطق مختلف کشور باشد (۱۳). دامنه شیوع خوددرمانی در مطالعه سیستماتیک حاضر ۷۹-۰٪ بود که با دامنه خوددرمانی گزارش شده در مطالعه شقاقی و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی سیستماتیک دامنه شیوع خوددرمانی در افراد مختلف جامعه پرداختند (۹۸-۸/۵٪)، همخوانی داشت (۲۵). میانگین شیوع خوددرمانی در مطالعه حاضر ۴۹/۱۵٪ بود که تقریباً مشابه نتایج مطالعه مرور سیستماتیک اعظمی و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی کلی خوددرمانی در جامعه ایرانی (۵۳٪) پرداختند، بود (۱۰) و نیز با نتایج مطالعات مروری سیاسی و همکاران (۲۰۱۸) در اتیوپی (۴۴٪) (۷) و رشید و همکاران (۲۰۲۰) در هند (۵۳/۵۷٪) (۸) که در زمینه برآورد شیوع کلی خوددرمانی انجام شده بود، همخوانی داشت، اما میانگین شیوع خوددرمانی در مرور سیستماتیک حاضر که به بررسی شیوع رفتار خوددرمانی در جمعیت کلی زنان پرداخته است، از میانگین شیوع خوددرمانی در دو مطالعه سیستماتیک محسنی و همکاران (۲۰۱۸) و رحمانی و همکاران (۲۰۱۹) که بر روی جمعیت زنان باردار انجام شده بود (۱۴، ۱۵) بیشتر بود که یکی از دلایل مهم این موضوع می‌تواند ترس زنان باردار از اثرات خوددرمانی بر روی جنین خود باشد (۱۴). نتایج مرور سیستماتیک حاضر حاکی از آن بود که دلایل متفاوتی برای خوددرمانی در میان زنان وجود دارد. یکی از علل مهم و مؤثر که در بیشتر مطالعات بر آن تأکید شده است، در دسترس بودن داروها می‌باشد. مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۹) در شوش و زرنديه (۳)، بت‌یار و همکاران (۲۰۱۸) در تهران (۶)، بهروزپور و همکاران (۲۰۱۶) در یاسوج (۹)، راهبر و همکاران (۲۰۱۷) در قم (۱۳) و رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) در اهواز (۲۲) نشان داد که یکی از دلایل مصرف خودسرانه دارو، در دسترس بودن داروها در منزل و یا گرفتن از آشنایان می‌باشد. علاوه بر این هزینه بالای ویزیت پزشکان، از فاکتورهای مهم خوددرمانی به‌شمار

می‌رود؛ چنانکه مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۵) (۱۶) و ۴ بررسی دیگر که به این موضوع پرداخته‌اند، آن را از دلایل مهم مصرف خودسرانه دارو دانسته‌اند (۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۳). همچنین نتایج مطالعه مروری حاضر نشان داد که داشتن تجربه قبلی بیماری، از دیگر عوامل مصرف غیرمنطقی دارو است که در مطالعات انجام شده در شهرهای شوش و زرنديه، تهران، یاسوج، قم و بندرعباس به آن پرداخته شده است (۳، ۶، ۹، ۱۳، ۲۳). جزئی بودن مشکل و بیماری نیز می‌تواند در گرایش به خوددرمانی نقش داشته باشد (۶، ۱۶، ۲۰). مطالعه تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) در اراک (۱۷) نشان داد که مهم تلقی نکردن بیماری با خوددرمانی در ارتباط است که با نتایج مطالعه راهبر و همکاران (۲۰۱۷) در قم (۱۳) و رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) در بندرعباس (۲۳) مطابقت داشت. همچنین نداشتن بیمه (۶، ۱۷)، عدم دسترسی به پزشک (۹) و نداشتن وقت کافی برای مراجعه به پزشک (۲۰)، از دیگر دلایل خوددرمانی به‌شمار می‌رود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، خوددرمانی با عوامل مختلفی از جمله سن افراد در ارتباط است؛ به‌طوری‌که با افزایش سن، شیوع خوددرمانی نیز افزایش می‌یابد (۳). طبق مطالعه تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) در اراک، زنان در بازه سنی ۳۵-۲۵ بیشترین میزان خوددرمانی و زنان زیر ۲۰ سال کمترین خوددرمانی را داشته‌اند (۱۷) که با نتایج مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) در اهواز (۲۲) که زنان ۳۰-۲۵ سال بیشترین خوددرمانی و زنان زیر ۲۵ سال کمترین خوددرمانی را داشتند، مطابقت داشت. همچنین بر اساس مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۵)، بیشترین خوددرمانی در زنان بالای ۲۵ سال مشاهده می‌شود (۱۶) و نیز با افزایش سن به‌ویژه بالای ۳۰ سال، تهیه خودسرانه دارو افزایش می‌یابد (۲۱)، اما در مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۶) در بندرعباس، بیشترین شیوع خوددرمانی در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال و کمترین شیوع خوددرمانی در گروه سنی ۵۵-۴۵ سال بود که به اعتقاد نویسندگان، شیوع کمتر در این گروه شاید به این دلیل باشد که این افراد بیماری را جدی‌تر تلقی می‌کنند و در مورد مصرف خودسرانه دارو و بدون تجویز پزشک احتیاط بیشتری به

خرج می‌دهند (۲۳). یکی دیگر از عواملی که با خوددرمانی در ارتباط می‌باشد، سطح تحصیلات است؛ به طوری که در اکثر مطالعات (۶، ۹، ۱۶، ۱۷، ۲۳) نشان داده شده زنانی که تحصیلات دبیرستان (دیپلم) و دانشگاهی دارند، بیشترین میزان خوددرمانی را داشته‌اند و در واقع هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد؛ خوددرمانی شیوع بیشتری دارد (۱۶). این امر می‌تواند به این دلیل باشد که این افراد تصور می‌کنند می‌توانند اطلاعات کافی را از بروشور داروها به دست آورند یا این که پس از چند بار تجویز دارو توسط پزشک، خود می‌توانند برای دفعات بعد بیماری را تشخیص داده و در نتیجه از داروهای تجویز شده قبلی استفاده کنند (۱۷). کمترین شیوع خوددرمانی نیز در افراد بی‌سواد (۹) و زیردیپلم مشاهده می‌شود (۲۲)، اما برخلاف مطالعات قبلی، نتیجه دو مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۹) و شریعت و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که سطح تحصیلات کمتر با خوددرمانی بیشتر در ارتباط است (۳)؛ به طوری که میانگین سال‌های تحصیل در زنان با مصرف خودسرانه دارو کمتر از سایرین می‌باشد که این موضوع حاکی از نقش نظام آموزشی در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه است (۱۹). علاوه بر این، نداشتن بیمه درمانی نیز از عوامل مهم مرتبط با خوددرمانی می‌باشد؛ به طوری که مطالعات ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) در شاهرود، کریمی و همکاران (۲۰۱۹) در شوش و زرنديه، افشاری و همکاران (۲۰۱۵) در اهواز، تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) در اراک و رضایی جابری و همکاران (۲۰۱۶) در بندرعباس نشان دادند که افراد فاقد بیمه، بیشترین میزان خوددرمانی را داشته‌اند (۱، ۳، ۱۶، ۱۷، ۲۳) که می‌تواند به این دلیل باشد که این افراد برای امتناع از پرداخت هزینه ویزیت پزشک سعی می‌کنند که خود داروی مورد نیاز خود را تهیه یا از داروهای قبلی استفاده کنند، این در حالی است که داشتن بیمه، درصدی از هزینه درمان را تقبل می‌کند و در نتیجه افراد تحت پوشش بیمه، بیشتر تمایل دارند در هنگام بیماری به جای استفاده خودسرانه دارو، به پزشک مراجعه کنند (۲۳). تعداد فرزندان خانواده نیز می‌تواند از عوامل مرتبط با خوددرمانی باشد؛ به طوری که در مطالعه قانعی و

همکاران (۲۰۱۳) در سقز، میانگین تعداد فرزندان در زنان بارداری که خوددرمانی داشتند، بیشتر از زنان باردار بدون خوددرمانی بود (۲۰) که با نتایج مطالعه باقری و همکار (۲۰۱۴) در کاشان همخوانی داشت (۲۱). در مطالعه تاجیک و همکاران (۲۰۰۸) در اراک، بیشترین فراوانی خوددرمانی در خانواده‌های بیش از ۷ نفر و کمترین فراوانی در میان خانواده‌های ۴ نفره و کمتر بود که فراوانی بیشتر خوددرمانی در خانواده‌های پرجمعیت می‌تواند به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی و تجربه بیشتر آنها در زمینه خوددرمانی باشد (۱۷). ولی برخلاف مطالعات فوق، در دو مطالعه ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) در شاهرود و رضایی و همکاران (۲۰۱۶) در بندرعباس، بیشترین خوددرمانی در خانواده‌های کم‌جمعیت و بدون فرزند و کمترین میزان خوددرمانی در خانواده‌های پرجمعیت ۴ نفر به بالا مشاهده شد (۱، ۲۳). در مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۲۰) مصرف خودسرانه دارو در مادرانی که برای مراقبت‌های دوران بارداری به افرادی غیرمتبحر^۱ مراجعه نمودند، بیشتر و در میان مادران با حاملگی خواسته، کمتر رخ داده بود که این موضوع، لزوم گسترش صددرصدی دسترسی به خدمات بهداشت باروری را در راستای توسعه یافتگی جامعه زنان و مادران ایرانی می‌رساند (۱۹). در مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۵) زنانی که حاملگی پرخطر (دیابت بارداری، فشارخون، کاهش رشد داخل رحمی جنین، کاهش مایع آمنیوتیک، نازایی و ...) داشتند، کمتر از زنانی که حاملگی کم‌خطر داشتند، رفتار خوددرمانی را انجام دادند که ممکن است به دلیل افزایش تعداد مراقبت‌های دوران بارداری و هشدار مراقبین بهداشت در مورد احتمال اثرات جانبی آن بر بارداری باشد. بنابراین، زنان باردار از مصرف هرگونه داروی خودسرانه بدون مشورت پزشک اجتناب کردند. همچنین میانگین سن حاملگی در زنانی که خوددرمانی داشتند، بیشتر از زنانی بود که خوددرمانی نداشتند (۱۶). علاوه بر این قومیت و محل زندگی افراد نیز با شیوع رفتار خوددرمانی مرتبط است؛ به طوری که طبق مطالعه بت‌یار و همکاران (۲۰۱۸) در تهران، کرد یا

¹ Assistance Unskilled

عرب بودن زنان باردار با شیوع بیشتر خوددرمانی همراه بود (۶) و نیز طبق مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۹) در شوش و زرننده، زندگی در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری با شیوع بیشتر خوددرمانی همراه بود. چنین مشاهداتی ممکن است به عدم دسترسی به پزشکان و خدمات بهداشتی در مناطق روستایی نسبت داده شود که به نوبه خود منجر به نگهداری دارو در منزل و خوددرمانی می‌شود. همچنین می‌توان گفت که بی‌سوادی یا کم‌سوادی و در نتیجه آگاهی کم از عوارض خوددرمانی، از دیگر دلایل افزایش خوددرمانی توسط افرادی است که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند (۳).

نتایج مطالعه سیستماتیک حاضر همچنین نشان داد که خوددرمانی بیشتر برای درمان اختلالات گوارشی (۳، ۹، ۱۶، ۱۷، ۲۲)، کم‌خونی (۹، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴)، سرماخوردگی (۳، ۹، ۱۳، ۲۲، ۲۳) و سردرد (۹، ۱۳، ۱۹، ۲۳) استفاده می‌گردد.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر، بررسی گسترده و عمیق جنبه‌های مختلف خوددرمانی اعم از شیوع، دلایل استفاده، عوامل مرتبط و بیماری‌های رایج در زنان بود که می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در تصمیم‌گیری و انجام مداخلات مؤثر برای پیشگیری از خوددرمانی در زنان قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که مقالات بررسی شده از نظر متدولوژی دارای کیفیت متوسط بودند، لذا توصیه می‌شود مطالعات قوی‌تری از نظر متدولوژی در آینده به انجام برسد تا تخمین دقیق‌تری از میزان شیوع

خوددرمانی در میان زنان به‌دست آید. از سوی دیگر برخی مقالات شامل موارد خوددرمانی با داروهای گیاهی و شیمیایی و همچنین شامل گروه‌های زنان باردار و غیرباردار بوده که امکان تجزیه و تحلیل دقیق را نداشت.

نتیجه‌گیری

شیوع خوددرمانی در زنان ایرانی نسبتاً بالا بوده و نیاز به اقدامات و مداخلات مؤثر برای کاهش خوددرمانی در این گروه می‌باشد. در این راستا ارائه اطلاعات مورد نیاز و بالا بردن آگاهی زنان در مورد عوارض ناشی از خوددرمانی، آموزش پزشکان و داروسازان در مورد تجویز صحیح و کافی مقدار دارو، اجتناب از ارائه داروهای بدون تجویز پزشک، افزایش دسترسی زنان به خدمات مراقبتی، کاهش هزینه‌های خدمات مراقبتی و فرهنگ‌سازی با استفاده از رسانه‌ها به‌منظور کاهش خوددرمانی را می‌توان در نظر گرفت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش منتج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد خانم راضیه محمدی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1400.125 می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Ebrahimi H, Atashsokhan G, Amanpour F, Hamidzadeh A. Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. *Pan African Medical Journal* 2017; 27(1).
2. Makowska M, Boguszewski R, Nowakowski M, Podkowińska M. Self-medication-related behaviors and Poland's COVID-19 lockdown. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17(22):8344.
3. 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):1-7.
4. Arrais PS, Fernandes ME, Pizzol TD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Revista de saude publica* 2016; 50.
5. Lei X, Jiang H, Liu C, Ferrier A, Mugavin J. Self-medication practice and associated factors among residents in Wuhan, China. *International journal of environmental research and public health* 2018; 15(1):68.
6. Botyar M, Kashanian M, Abadi ZR, Noor MH, Khoramroudi R, Monfaredi M, et al. A comparison of the frequency, risk factors, and type of self-medication in pregnant and nonpregnant women presenting to

- Shahid Akbar Abadi Teaching Hospital in Tehran. *Journal of family medicine and primary care* 2018; 7(1):124.
7. Sisay M, Mengistu G, Edessa D. Epidemiology of self-medication in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Pharmacology and Toxicology* 2018; 19(1):1-2.
 8. Rashid M, Chhabra M, Kashyap A, Undela K, Gudi SK. Prevalence and predictors of self-medication practices in India: a systematic literature review and meta-analysis. *Current clinical pharmacology* 2020; 15(2):90-101.
 9. 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. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2016; 14(3):97-108.
 10. 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. *Iranian journal of public health* 2015; 44(12):1580-93.
 11. Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social science & medicine* 2002; 54(12):1875-86.
 12. Shamsi M, Bayati A. A survey of the prevalence of self-medication and the factors affecting it in pregnant mothers referring to health centers in Arak city, 2009. *Pars Journal of Medical Sciences (Jahrom Medical Journal)* 2010; 7(3):34-42.
 13. Rahbar A, Gharlipour Z, Arsang-Jang S, Ebraze A, Kazazlou Z. Perceived Benefits and Barriers about Self-medication among Women Referring to Health Center in Qom City-2016. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2017; 20:33-45.
 14. Mohseni M, Azami-Aghdash S, Sheyklo SG, Moosavi A, Nakhaee M, Pournaghi-Azar F, et al. Prevalence and reasons of self-medication in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *International journal of community based nursing and midwifery* 2018; 6(4):272.
 15. Rahmani A, Hamanajm SA, Fallahi A, Ghanei Gheshlagh R, Dalvand S. Prevalence of self-medication among pregnant Women: A systematic review and meta-analysis. *Nursing and Midwifery Studies* 2019; 8(4):169-75.
 16. Afshary P, Mohammadi S, Najar S, Pajohideh Z, Tabesh H. Prevalence and causes of self-medication in pregnant women referring to health centers in southern of Iran. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2015; 6(2):612.
 17. Tajik R, Shamsi M, Beygee AM. Survey prevalence of self medication and factors effected in woman's Arak City. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2008; 16(1):29-39.
 18. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP. Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (adapted for cross sectional studies). *PLoS One* 2016; 11(1):e0147601.
 19. Shariat M, Zarei M, Soufizadeh N, Hantoushzadeh S, Moradi R. Assessment of Pattern of Self-administration during Pregnancy in Tehran and Sanandaj. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2020; 25(1):54-61.
 20. Ghaneie R, Hemmati MM, Baghi V. Self-medication in pregnant women. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery* 2013; 10(1):92-98.
 21. Bagheri A, Abbaszadeh F. Comparing the self-medication and supplement therapy in pregnant women in Kashan rural and urban areas. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2014; 24(114):151-7.
 22. Rafiee A, Moradi Gomyek H, Haghighizade MH. Self-treatment during pregnancy and its related factors. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2018; 28(2):129-35.
 23. Rezayi JS, Hasani L, Mohseni S. The prevalence of self-medication and identify the reason of it in women referring to Health Centers in Bandar Abbas 2016. *Journal of Medical Council of I.R.I.* 2016; 34(1):53-61.
 24. Karimian Z, Hasani M, Afshar B, Lale H, Abedini R, Mirzaie N, et al. Prevalence of self-medication of medicinal plants in treatment of common pregnancy problems in women referred to health centers in Kashan. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 21(12):28-32.
 25. Shaghaghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: a systematic review. *Iranian journal of public health* 2014; 43(2):136.