● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال دوم ، شمارهٔ ۱ پی‌درپی (۵) ، صفحه ۲۶ الی ۳۲ ، زمستان ۱۳۷۸

خود درمانی هنگام بروز سرماخوردگی در افراد ۱۵ تا ۴۵ سال (شهرستان بابل، ۱۳۷۷)

دکتر علی‌اکبر مقدم‌نیا [۱] ، دکتر رضا قدیمی [۲]
۱- استادیار گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۲- پزشک عمومی

سابقه و هدف: خوددرمانی یکی از مسائل مهم بهداشتی است که می‌تواند در بسیاری از موارد معضلات مهمی را در جامعه ایجاد کند. سالانه مبالغ هنگفتی در اثر خوددرمانی با داروهای موجود در دنیا هزینه می‌گردد. یکی از مواردی که عمدتاً در آن افراد دست به خوددرمانی می‌زنند، سرماخوردگی است. این مطالعه به منظور یافتن شیوه خوددرمانی در این موارد و نقش برخی از عوامل مؤثر بر آن در شهرستان بابل در سال ۱۳۷۷ انجام گرفته است.

مواد و روشها: این مطالعه بصورت مقطعی روی ۹۶۱ نفر از ساکنین ۴۵-۱۵ سال شهرستان بابل، در نیمه دوم سال ۱۳۷۷ انجام شد. نمونه‌گیری بصورت چند مرحله‌ای و با درنظر گرفتن توزیع دو مشخصه جنس و محل سکونت صورت پذیرفت. داده‌های مطالعه از طریق پرسشنامه آزمایش شده، جمع‌آوری و نهایتاً با استفاده از آمار توصیفی و تست آماری Chi - square آنالیز شدند و در صورتی که ارزش p از ۰/۰۵ کمتر بوده تفاوتها معنی‌دار تلقی شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد ۹/۴ ± ۲۸/۸ سال بود. ۳۰/۳ درصد افراد در هنگام سرماخوردگی به پزشک مراجعه نمودند. میزان مراجعه در افراد ۴۵-۳۱ سال نسبتاً بیشتر از افراد ۳۰-۱۵ سال بود (۳۲ درصد در مقابل ۲۹/۱ درصد). همچنین این میزان در افراد روستایی بیشتر از ساکنین شهر بود(۴۷ درصد در مقابل ۲۵/۸ درصد) که از نظر آماری نیز تفاوت کاملاً معنی‌دار بود($p<0/0005$). در صورت عدم مراجعه به پزشک ۸۱/۳ درصد افراد خوددرمانی داشتند. ۷۹/۳ درصد مربوط به مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها بوده و مدت خوددرمانی در این مورد بین ۱ تا ۱۴ روز در نوسان بود. ۸۶/۱ درصد افراد دارو را شخصاً و براحتی از داروخانه تهیه کردند. همچنین ارتباطی بین میزان تحصیلات و میزان مراجعه به پزشک وجود داشت ($p<0/00002$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها مشخص می‌شود که نسبت خوددرمانی در این جامعه و بویژه در جامعه شهری قابل توجه بوده و متأسفانه خوددرمانی با آنتی‌بیوتیک‌ها نیز در این موارد بطور چشمگیری بالاست. بهرحال این مسئله نیاز به توجه بیشتر متولیان امر خصوصاً پزشکان و داروسازان شاغل در سطح شهرستان دارد تا ضمن اطلاع‌رسانی دقیق به بیماران، خود کمترین نقش را در اشاعه خوددرمانی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: خوددرمانی، آنتی‌بیوتیک‌ها، سرماخوردگی، شهری، روستایی.

مقدمه

هر ساله درصد مهمی از بودجه‌های درمانی صرف تهیه و مصرف داروها می‌گردد. بطوریکه بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی (WHO) تا ۴۰ درصد هزینه‌های درمانی صرف داروها می‌شود (۱). بررسیهای مختلف نشان می‌دهد که در کشور ما مصرف سرانه دارو بنحو پزشک تجویز شوند (Prescription drugs) و معمولاً چشمگیری بالاست(۲). عمدتاً داروهای موجود در لیست دارویی هر کشور جزء داروهائی هستند که باید با نسخه

هزینه‌این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شمارهٔ ۱۳۷۷۱۸ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

درصد کمی بصورت داروهای بدون نسخه (non-Prescription drugs) یا داروهای OTC در اختیار قرار می‌گیرند (۳) و داروهائی که باید نسخه شوند، طبق قوانین و مقررات سختی باید در اختیار بیماران قرارگیرند.

سالانه در حدود ۴۰۰ میلیون دلار ارز جهت واردات مواد اولیه داروئی و بعضی از اقلام داروئی کمیاب به کشور اختصاص می‌یابد. نشریه Scrip، طی گزارشی در سال ۱۹۹۷، اعلام داشت که بیشترین فروش دو شرکت عمده داروئی ایران مربوط به عوامل ضد میکروب (۲۴ درصد با ارزش ۹۱/۶ میلیون دلار) و سپس داروهای مؤثر بر CNS(با ارزش ۶۱/۱ میلیون دلار) و داروهای گوارشی (۳۵/۶ میلیون دلار) بوده است. طی بررسی تفکیکی این نشریه مشخص گردید که اولین داروی پر فروش سال ۱۹۹۷ ایران، آموکسی‌سیلین (با ارزش ۱۳/۷ میلیون دلار) و سپس رانیتیدین (۹/۴ میلیون دلار) و آمپی‌سیلین (۷/۸ میلیون دلار) بودند(۴)، و این در حالیست که امروزه گرایش بسیار قوی در محدود کردن استفاده از دارو در سطح بین المللی مشاهده می‌شود. بعنوان مثال تعداد اقلام داروئی تجویز شده به طور سرانه دراروپا در سال ۱۹۹۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ میلادی یازده درصد کاهش داشته است (۵).

در حالی که به روایت آمار در طرح ژنریک ایران حدود ۱۲۰۰ قلم داروی مورد نیاز گنجانده شده‌اند(۶) و تنها حدود ۳۰ قلم از داروها جزء داروهای OTC(Over The Counter) معرفی شده‌اند. بررسیهای مختلف نشان داده است که یکی از مهمترین موارد خوددرمانی در سرماخوردگی بوده‌است(۱۰-۷) و هر قدر هم سطح اطلاعات جامعه در زمینهٔ مصرف داروها افزایش یابد، مسئله خوددرمانی را نمی‌توان خاتمه یافته تلقی کرد. مسائل گوناگونی وجود دارند که توجیه‌گر خوددرمانی هستند. البته نباید از نظر دور داشت که گاهی خوددرمانی حتی می‌تواند مفید هم باشد و حتی گاهی توصیه هم می‌گردد. مثلاً" در مواردی که بیمار دچار واکنشهای حساسیتی یا رینیت آلرژیک در فصل گرما می‌شود مصرف آنتی‌هیستامین‌های مجاز می‌تواند کمک‌کننده باشد. گاهی سرماخوردگی نیز می‌تواند زمینه‌ای برای خود درمانی باشد. مصرف داروهای ضد آلرژی و تخفیف دهندهٔ عوارض سرماخوردگی ممکن است ابتدائاً مشکل خاصی ایجاد نکند ولی توجیه غیر عادی مصرف بعضی از داروها از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند موضوع را جدی نماید. بهرحال هدف اصلی این مطالعه بررسی میزان خوددرمانی با آنتی‌بیوتیک‌ها و برخی عوامل دیگر در موارد سرماخوردگی در شهرستان بابل و نیز مقایسه رفتار جامعه شهری با روستایی در این خصوص است. به نظر می‌رسد این مطالعه مقطعی بتواند روشنگر وضعیت موجود در منطقه و انشاء ا... راهگشای حل مشکلات مربوطه باشد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی افراد ۴۵-۱۵ سال ساکن شهرستان بابل در نیمه دوم سال ۷۷ انجام گردید. با توجه به گزارشات متعدد از کشورهای مختلف در خصوص خوددرمانی شیوع آن در جوامع مختلف ۲۰-۱۰ درصد ذکر شد(۱۱). براین اساس و با d=0.03, p=%30 α=0.05، حدود ۹۳۰ نمونه مورد محاسبه قرار گرفت که با توجه به توزیع جمعیت، ۶۰٪ نمونه‌ها از شهر و ۴۰٪ از روستا انتخاب گردیدند. ضمناً در این مطالعه توزیع جنسی جمعیت نیز در نظر گرفته شد .نمونه‌ها در شهر بصورت multistage randomized sampling و در روستا بر اساس شماره ساختمان موجود در خانه‌های بهداشت و به روش systematic randomized sampling انتخاب شدند. پس از تنظیم پرسشنامه مورد نظر و انتخاب پژوهشگران، جلسات توجیهی در زمینه موضوع تحقیق و اهداف طرح، روش اجراء و تکمیل پرسشنامه و سایر موارد برگزار گردید. جهت آشنایی با مشکلات احتمالی و آشنایی پرسشگران مطالعه مقدماتی بر روی ۶۰ نفر (یک خوشه شهری و یک خوشه روستایی) انجام گردید و نتایج

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

مربوطه مورد بررسی قرار گرفت و پس از مشخص شدن نواقص و آشنایی با مشکلات و اتخاذ راهکارها و تدابیر لازم جهت حل این مسائل، محققین در ۵ گروه ۳ نفره در طی ۳ هفته در روزهای تعطیل بر اساس نقشه‌های راهنما به محل مورد نظر مراجعه نموده و برای هریک از نمونه‌ها سرماخوردگی (بر اساس علایم بالینی) تعریف گردید. پس از اطمینان از این موضوع پرسشنامه مزبور برای آنها تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از کنترل وارد رایانه شدند و با استفاده از آمار توصیفی و تست Chi_ square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و ارزش $p<0/05$ بعنوان معیار معنی دار بودن در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد کل نمونه‌های مورد بررسی ۹۶۱ نفر بود که با توجه به توزیع دو مشخصه جنس و محل سکونت ۵۹/۴ درصد شهری و ۴۰/۶ درصد روستایی ، ۴۹/۶ درصد زنان و ۵۰/۴ درصد مردان بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی در شهر ۹/۷۹ ± ۲۸/۵۳ و در روستا ۸/۷۵ ±۲۹/۱۵ و در کل ۹/۴ ± ۲۸/۸ بود.

از پارامترهای مهم دیگر که مورد بررسی قرار گرفت، وضعیت مراجعه به پزشک و شاخصهای در ارتباط با آن بود. بعبارت دیگر مراجعه به پزشک به معنی عدم خود درمانی تلقی گردید. بر این اساس میزان خود درمانی در جامعه شهری ۶۴ درصد و روستایی ۵۲/۷ درصد و در مجموع ۵۹/۳ درصد بوده است. جدول ۱، توزیع خوددرمانی را بر حسب گروههای سنی به تفکیک جنس و محل سکونت نشان میدهد. همچنین این مطالعه نشان داد که ۳۵/۷ درصد جامعه شهری و ۴۶/۸ درصد جامعه روستایی در هنگام سرماخوردگی به پزشک مراجعه نمودند. در مجموع (۴۰/۲٪) ۳۸۶ نفر مراجعه داشتند. میزان مراجعه بسته به جنس و محل سکونت نیز مورد بررسی قرار گرفت(جدول ۲). داده‌ها نشان می‌دهد بین میزان مراجعه به پزشک و محل سکونت یک رابطه برقرار است ($p<0/0005$). ضمناً در صورت عدم مراجعه به پزشک مجموعاً ۸۱/۳ درصد افراد دست به خود درمانی زدند. البته ۵۴/۱ درصد افراد پس از خود درمانی و عدم نتیجه به پزشک مراجعه نمودند.

همچنین میزان مراجعه به پزشک که مساوی با عدم خود درمانی در نظر گرفته شد، با وضعیت اقتصادی و وضعیت تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳) که بین سطح سواد و میزان شیوع خوددرمانی تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p<0/00003$).میانگین و انحراف معیار در آمد ماهانه در جامعه شهری ۵۶/۹۴ ± ۷۴/۸۰ هزار تومان و در جامعه روستایی ۲۲/۵۲ ± ۵۱/۷۴ هزار تومان بدست آمد. میزان مصرف آنتی بیوتیک در صورت وجود خود درمانی نیز مورد مطالعه قرار گرفت. بررسی نشان داد که ۷۹/۴٪ افراد در صورت خود درمانی، اقدام به مصرف آنتی‌بیوتیک نمودند. که از این میزان ۷۰/۲ درصد از کپسولها، ۲/۳ درصد ویالها و ۶/۶ درصد از سوسپانسیونهای آنتی بیوتیک استفاده نمودند. افراد در پاسخ به سئوال « علت خود درمانی» نیز پاسخ‌های جالبی ارائه نمودند. ۸۶/۱ درصد افراد، امکان تهیه دارو بدون نسخه از داروخانه‌ها، و ۳۴/۱ درصد آشنایی با پرسنل داروخانه را یکی از موارد ترغیب کننده به خود درمانی اظهار داشتند.

بحث

در این بررسی مشخص گردید که ۶۴٪ افراد شهری و ۵۲/۷٪ روستایی مورد مطالعه مبادرت به مصرف خود سرانه دارو در موارد سرماخوردگی نمودند. این معیار در کل دو نمونه جامعه شهری و روستایی ۵۹/۳٪ بدست آمد. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که ۷۹/۸٪ از موارد خود درمانی مربوط به آنتی بیوتیک‌ها می‌باشد. البته این مسئله صرف نظر از وضعیت کلی دو جامعه مورد بررسی می‌باشد. در گزارشات مختلف از سایر نقاط دنیا، نیز به موارد خود درمانی اشاره می‌گردد. میزان شیوع

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

جدول ۱. توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب گروههای سنی به تفکیک جنس و محل سکونت(شهرستان بابل - ۱۳۷۷)

	مرد				زن			
	۳۰-۱۵سال		۴۵-۳۱سال		۳۰-۱۵ سال		۴۵-۳۱ سال	
	روستایی - شهری		روستایی - شهری		روستایی - شهری		روستایی-شهری	
مراجعه‌به‌پزشک	۴۵	۵۷	۵۱	۳۹	۴۸	۵۹	۳۷	۴۸
خود درمانی	۶۷	۹۷	۴۴	۸۱	۵۵	۱۰۵	۳۸	۸۰
ارزش P و آماره	χ^2 =۱۰/۸، df=۳، p<۰/۰۱				χ^2=۵/۸۵، df =۳، p=۰/۱۱ (NS)			
χ^2= ۱/۷۹، df=۳، p = ۰/۶۳ (NS)								

NS: Not-Significant

جدول ۲. توزیع (فراوانی و فروانی نسبی) خوددرمانی به تفکیک جنس افراد و محل سکونت (شهرستان بابل - ۱۳۷۷)

	شهری		روستایی	
	مرد	زن	مرد	زن
مراجعه به پزشک	۹۶(٪۳۵)	۱۰۷(۳۶/۶)	۹۶(٪۴۶/۴)	۸۵(٪۴۷/۸)
خود درمانی	۱۷۸(٪۶۵)	۱۸۵(٪۶۳/۴)	۱۱۱(٪۵۳/۶)	۹۳(٪۵۲/۲)
ارزش P و آماره	χ^2 =۰/۱۵، df =۱،p=۰/۶۹(NS)		χ^2=۰/۰۷، df =۱، p=۰/۷۸(NS)	
χ^2 = ۱۱/۸۳، df = ۱، p < ۰/۰۰۰۵				

NS: Not-Significant

جدول ۳. توزیع فراوانی خوددرمانی بر حسب سطح سواد به تفکیک محل سکونت

(شهرستان بابل - ۱۳۷۷)

سطح تحصیلات	شهری	روستایی
تا ۶ سال	۴۸	۵۹
۷ تا ۱۲ سال	۲۴۲	۱۱۳
۱۳ تا ۲۰ سال	۶۸	۳۰
ارزش P و آماره	χ^2 = ۲۰/۹۱،df = ۲، p < ۰/۰۰۰۰۳	

خوددرمانی در جوامع مختلف متفاوت است. بررسیها نشان می‌دهد که خوددرمانی در بین دانشجویان هنگ‌کنگی، شیوع بسیار بالایی دارد. در یک بررسی روی ۵۶۳ نفر، مشخص شد که شیوع آن ۹۴ درصد می‌باشد. که عمدتا" برای درمان عوارض از جمله سرفه و تب و ... و نیز برای تسکین درد از داروهای استفاده شده‌است. فرآورده‌های موضعی و داروهای گیاهی چینی اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۲). در یک بررسی از شمال شرقی تایلند، گزارش شده است که ۳۷/۵ درصد افراد روستایی که مورد بررسی قرار گرفتند اقدام به خود

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

درمانی کردند که البته سرماخوردگی یکی از علل اصلی اقدام به خود درمانی بوده است (۱۰). بررسی دیگر در مکزیکو نشان داد که ۲۸/۴ درصد افراد مورد مطالعه اقدام به خود درمانی نمودند که آنتی بیوتیک‌ها در کنار داروهای ضد درد و ضد التهاب و داروهای استروئیدی قرار داشته است(۱۳). در بررسی دیگر در شش کشور آمریکای لاتین در سال ۱۹۹۷ نیز مشخص گردید که ۷/۴ درصد موارد خود درمانی مربوط به آنتی‌بیوتیک هاست (۱۴). در ویتنام نیز میزان خود درمانی با آنتی بیوتیک در موارد سرماخوردگی در سال ۱۹۹۷ در شهر ۳۴/۱ درصد گزارش گردید (۱۵). در کشور اسپانیا طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۴، میزان خود درمانی با آنتی بیوتیک‌ها ۱۹/۹ درصد گزارش گردید (۱۲). هر چند در منابع ایرانی در خصوص خود درمانی با آنتی بیوتیک‌ها در موارد سرماخوردگی گزارشی دیده نشد ولی بررسیها نشان می‌دهد که مصرف این عوامل بطور بی رویه در کشور ما در مقایسه با سایر کشورها بالاست (۴و۲). البته در سایر زمینه‌های خود درمانی گزارشاتی در دست می‌باشد. بعنوان نمونه در یک بررسی یک ساله در شهر کرمان روی ۱۰۰۷ نفر بیماری که به درمانگاه پوست مراجعه نمودند، مشخص شد که شیوع خود درمانی در این افراد ۳۰/۳ درصد است (۱۶).

همانگونه که ذکر شد، متأسفانه میزان خود درمانی در این مطالعه نسبت به سایر مواردی که گفته شد، بالاست و عمدتاً این مسئله در مورد آنتی بیوتیک‌ها قابل توجه می‌باشد. آنتی بیوتیک‌ها در کشورهای در حال توسعه عمده‌ترین داروهای عرضه شده می‌باشند. هرچند گزارشات زیادی مبنی بر مصرف نابجای آنها در این مناطق در دست است (۱۷). در بررسی ما نیز آنتی بیوتیک‌ها در مواردی که شاید نیازی به مصرف آنها نباشد مصرف گردید. بسیاری از موارد سرماخوردگی علل غیر باکتریال دارند(۱۷)، لذا مصرف آنتی بیوتیک‌ها در این موارد کار غیر منطقی و بیهوده است. از نظر تعریف، تجویز آنتی بیوتیکها زمانی جایز است که عفونت واقعاً به اثبات رسیده باشد و ضمناً نوع عفونت به آنتی بیوتیک مورد استفاده پاسخ دهد(۳). مصرف آنتی بیوتیک‌ها در کشورهای پیشرفته از طریق تجویز پزشک کمتر ازکشورهای در حال توسعه است. در بعضی از کشورهای جهان سوم، این نسبت ممکن است تا ۸۰ درصد هم برسد، در صورتیکه بررسی در یک بیمارستان در بلغارستان درصد متوسط تجویز این ترکیبات ۱۲ درصد کل داروهای تجویزی طی یک سال گزارش شده است (۲). البته باید در نظر داشت که مصرف غیر منطقی و خود سرانه آنتی بیوتیک‌ها با وضعیت اقتصادی جوامع ارتباطی ندارد. همانگونه که در بررسی ما نیز مشخص شده است. استفاده غیر منطقی از ترکیبات ضد باکتری باعث قرار گرفتن بیماران در برابر عوارض جانبی داروها، بالا رفتن هزینه‌های درمانی و افزایش مقاومت میکروبی خواهد شد که در این میان افزایش مقاومت میکروبی مهمتر به نظر می‌رسد (۱۸). در حال حاضر میزان مقاومت استافیلوکوک طلائی به متی سیلین هر ساله در حال افزایش است (۲).

در بررسی حاضر، بین شیوع خود درمانی در دو جنس تفاوت معنی داری از نظر آماری دیده نشد. در مورد سن نیز تفاوت مهمی در گروههای سنی مختلف در مصرف خود سرانه وجود نداشت. سطح تحصیلات به عنوان یک عامل فرهنگی در مورد اقدام به خود درمانی مورد ارزیابی قرار گرفت و بر طبق گزارشات قبلی از ایران که مصرف داروها با سطح تحصیلات مرتبط می‌باشند(۱۹)، در این مطالعه نیز این ارتباط به اثبات رسید(جدول۳). این نتیجه با نتایج گزارش شده از کرمان (۱۶) و اسپانیا (۱۲) نیز همخوانی دارد.

نتایج این بررسی نشان دادند که افراد روستایی نسبت به شهری در موارد سرماخوردگی بیشتر به پزشک مراجعه می‌نمایند. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود($p< ۰/۰۰۰۵$) . این مسئله شاید بدلیل سهولت‌دسترسی به پزشک در روستاها و تأثیر آموزشهای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

مصرف صحیح دارو از سوی متولیان بهداشتی باشد که در سالهای گذشته در این زمینه فعالیت‌های زیادی نموده‌اند. اما در جامعه شهری مورد بررسی مراجعه به پزشک در این موارد کمتر است که احتمالاً بدلیل دسترسی مشکل به پزشک، داشتن اطلاعات ناقص از داروها، باورهای غلط در مورد استفاده از آنتی بیوتیک‌ها در سرماخوردگی و احتمالاً سهولت تهیه داروها بدون نسخه از داروخانه‌های شهر می‌باشد. البته در این موارد وظیفه کادر درمانی اعم از پزشک و داروساز بسیار سنگین است. شاید یکی از علل خود درمانی، نقص عملکرد این بخش از درمان باشد. هر چند نقش رسانه‌های گروهی را در اجراء برنامه‌های بهداشتی که در آن معمولاً بدلیل کمبود وقت برای بحث لازم، اغلب اطلاعات ناقص ارائه می‌شود، در بد آموزی جامعه نباید از نظر دور داشت. در سالهای پس از انقلاب حجم این برنامه‌ها روز به روز بیشتر شده است و همزمان با افتتاح شبکه‌های مختلف رادیو ـ تلویزیونی و شبکه‌های محلی، اجراء این برنامه‌ها هم بیشتر گردید. هرچند در بیشتر موارد در افزایش آگاهی جامعه نقش بسزایی دارند ولی چون پس زمینه اطلاعاتی افراد جامعه در خصوص نقش مخرب مصرف بی رویه داروها (هم از بعد اقتصادی و هم آثار جانبی) کافی نیست، لذا بر مبنای اطلاعات ناقص خود مبادرت به تصمیم‌گیری نموده و تمایل به خود درمانی افزایش می‌یابد. در این مورد شاید ارجح باشد که بخشی از برنامه‌های داروئی رسانه‌ها به مصرف خود سرانه داروها و مضرات آنها در جامعه اختصاص یابد. تا نگرش افراد به دارو عوض شود و تا حدی از خسارات سنگین وارده بر گردن جامعه، در اثر مصرف بی رویه داروها بر اساس باورهای غلط کاسته شود. متأسفانه دید اجتماعی از دارو فقط جنبه بی‌خطری و شفابخشی آن را می‌بیند، در حالیکه در متون پزشکی دارو را بعنوان دومین نیاز بشر (پس از آب و غذا) و به مثابه تیغ دو لبه‌ای تصور می‌کنند که یک لبه آن متوجه عوامل بیماری زاست و لبه دیگرش در مورد عدم آگاهی از مصرف صحیح آن جان انسان را مورد تهاجم قرار می‌دهد(۲۰). هماهنگی و ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار، داروساز و بیمار و داروساز و پزشک ضامن سلامتی جامعه بوده و،مصرف صحیح دارو نیز زمانی میسر است که بیمار آن را با دستور و توضیحات پزشک و تحت راهنمایی داروساز مصرف نماید. در دوران آموزش دروس پزشکی و داروسازی، و در دروس پایه و بالینی اطلاعات دارویی و اطلاعات نحوه مصرف بهتر داروها اغلب ارائه می‌شود و بنابراین نقش پزشکان و داروسازان در تصحیح امر خود درمانی و اساساً مصرف و تجویز بی‌رویه و زیاد از حد، بسیار برجسته است. پزشکان با تشخیص و تجویز مناسب و بجای دارو به بیمار با مصرف صحیح آن و داروسازان با انتقال اطلاعات دارویی مورد نیاز و ارائه دستور مصرف صحیح به بیمار و آگاه نمودن وی از عوارض جانبی داروها و همچنین ساخت، کنترل و نگهداری صحیح، می‌توانند نقش مهمی را در زمینه درمان بیماریها، حفظ سلامتی جامعه و کنترل مصرف دارو در کشور داشته باشند (۲۱). باید تصریح نمود که مصرف کننده اصلی دارو در حقیقت کسی است که آن را تجویز می‌کند بعبارت دیگر متولی تجویز آن در جامعه است (۲). از این رو برای رسیدن به مصرف منطقی و مناسب دارو قبل از هر چیز همکاری همه جانبه پزشکان و داروسازان در منطقه لازم است. امید است با فعال سازی مرکز اطلاع‌رسانی دارویی در شهرستان بابل بعنوان تنها مرکز موجود در استان که مدتی است افتتاح شده‌است، بخشی از این مشکلات رفع گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان لازم میدانیم از زحمات آقای غلامرضا کردافشار و سایر عزیزان در کمیته تحقیقات دانشجویی که در انجام این طرح ما را یاری نمودند، کمال تشکر را بنماییم.

****

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.1.4.2]

References

1. Word Health Organization, The world drug situation, 1st ed. Geneva; Word Health Organization; 1988: 110-120.

۲- شفقی ب، وطن‌پور ح، رزاقی م، احمدزاده ح. الگوی مصرف دارو در بیمارستان شهدای تجریش طی سالهای ۷۵-۱۳۷۴، پژوهنده، ۱۳۷۷؛ ۹: ۱۲۷-۱۲۱.

3. Katzung BG, Basic and Clinical Pharmacology, 6th ed, Lange med book, 1997; 1-8.

4. IRID; Iranian Pharma market $400 Million, Scrip, 1997; 2272 (3):17.

۵- سلیمانی اصل ح، خاتمی مقدم م، پوررضا ا. نگاهی به نسخه‌نویسی در جنوب تهران - رازی، ۱۳۷۶؛ (۸)۸: ۶۸-۶۰.

۶- منتصری ع، محلاتی و. بررسی آماری ۱۰۰ داروی پر فروش سال ۱۳۷۵، رازی، ۱۳۷۷؛ (۴)۹: ۱۶۲-۱۵۳.

7. Lam Cl, Catrativas MC, Munro C. Lauder IJ. Self-medication among Hong Kong Chineaje. Soc Sci Med 1994; 39 (12): 1641-1642.

8. Ahim C, Lundberg S. Fessek, Wistrom. J. Health Problems and Self medication among Swedish trarcllers. Scand J infec Dis 1994; 26 (6): 711-717.

9. Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Self medication by the adolescent. Schweiz Med Wochens Chr 1998; 128(6):203-207

10. Osaka R, Nanakorn S. Health care of villagers in northeast thailand, a health diary study. Kurume Med J 1996; 43(1): 49-54.

11. Moral SA, Aguaron JE et al. Do the patients medicate themselves correctly?. Aten Primaria 1994; 13(5): 242-246.

12. Lau CG, Lee KK, Luk CT. Self-medication among university students in Hong Kong. Asia Pac J Public Health 1995; 8(3): 153-7

13. Vicencio AD, Alfaro VA, Martinez TJ. Characteristics of drug acquistion in morelia (Michoacan). Mexico Bol Oficina Sanit Panam 1995; 119(3): 236-242

14. Drug Utilization Research Group. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. Clin Pharmacol Ther 1997; 61(1): 488-493.

15. Van-Duong D, Binns CW, Van-le T. Availability of antibiotic as OTC drugs in pharmacies: a threat to public health in Vietnam. Trop Med Int Health 1997; 2(12): 1133-1139.

۱۶- سریزدی س، نیکیان ی، اسفندیاری ا، خوشنویس زاده آ. مصرف خود سرانهٔ دارو در مبتلایان بیماریهای پوستی، مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۷؛ (۳)۶: ۶۴-۶۰.

17. Calva J, Bojalil R. Antibiotic use in a periurban community in Mexico: a hosehold and drugstore survey. Soc Sci Med 1996; 42(8): 1121-1128.

18. Gould IM, Hampson J, Taylor EW. Hospital antibiotic control measures in the UK. J Antimicrob Chemother 1994; 34: 32-33.

۱۹- توکلی ر. بررسی ارتباط خود درمانی با مصرف خودسرانهٔ دارو و سطح سواد، مجلهٔ پزشکی کوثر، ۱۳۷۵؛ شمارهٔ ۱.

۲۰- پوستی ع. آشنایی بیشتر با دارو، رازی، ۱۳۷۱؛ ۶: ۲۷-۲۳.

۲۱- حیدری م ر، کرمی‌نژاد رنجبر م، رضایی‌فر م، رضایی‌دستجردی ع. شایعترین علل درخواست داروی بدون نسخه از دیدگاه مراجعه کنندگان به داروخانه‌های شهر کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۳۷۸؛ ۱(۴): ۳۷-۳۲.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.2.4.4.2]