

RUNNING TITLE: ANTI-MARKETING OF DRUG ABUSE

Anti-marketing of Drug Abuse by Means of Grounded Theory

Ghasem Zarei

* Associate Professor, Department of Management, Faculty of literature and humanities, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. (Corresponding author): info@drz.ir

Tahereh Zarei

Instructor, Department of nursing, Sarab Faculty of Medical Sciences, Sarab, Iran

Soraya Farajzadeh

MSc Student, Department of Management, Faculty of literature and humanities, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Received: 06 February 2019

Accepted: 20 July 2019

DOI: 10.30699/ijhehp.7.3.373

ABSTRACT

Background and Objective: Nowadays, arbitrary drug use is one of the most important problems in the world, including Iran. Due to the harmful effects of drug abuse, this study aimed to assess the cause of arbitrary use of drugs and anti-marketing strategies for drug use among Referrals to medical centers of social security organization in Ardabil.

Materials and Methods: This is an applied, objective and a qualitative research in terms of the nature of the research. In this study, the data from interviews with 21 patients and physicians of the Social Security Clinic of Ardabil city were analyzed using the Grounded Theory Method in three stages (open coding, axial coding and selective coding).

Results: The findings of this study showed that the causes of drug abuse are in six areas of economic, access, cultural-social, barriers related to health centers, awareness, experience and attitude.

Conclusion: According to the findings of the research, the Ministry of Health, health centers and other related areas should plan on reducing the effects of identified factors on drug abuse. This is possible through reducing the cost of treatment, increasing the coverage of the health centers in terms of geographical coverage, and mass media campaigns in the area of education and informing the society.

Keywords: Drug abuse, Anti-marketing, Grounded theory

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Zarei Gh, Zarei T, Farajzadeh S. Anti-marketing of Drug Abuse by Means of Grounded Theory. *Iran J Health Educ Health Promot. Autumn 2019*;7(3): 373-383. [Persian]

► **Citation (APA):** Zarei Gh., Zarei T., Farajzadeh S. (Autumn 2019). Anti-marketing of Drug Abuse by Means of Grounded Theory. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 7(3), 373-383. [Persian]

ضدبازاریابی علل مصرف خودسرانه دارو با استفاده از رویکرد تئوری داده بنیاد

چکیده

زمینه و هدف: امروزه مصرف خودسرانه دارو یکی از معضلات مهم جهان از جمله ایران است. با توجه به مضراتی که مصرف خودسرانه دارو دارد، این پژوهش با هدف سنجش دلیل مصرف خودسرانه دارو و راهکارهای ضدبازاریابی آن بین مراجعان به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر اردبیل انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش، که در سال ۱۳۹۷ انجام شد، از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت اکتشافی با رویکردی کیفی است. جامعه آماری آن مراجعان و پزشکان درمانگاه تأمین اجتماعی شهر اردبیل بود که ۲۱ نفر از آنها پس از مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس داده‌های حاصل از مصاحبه با استفاده از روش تئوری داده بنیاد در سه مرحله (کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی) تحلیل شد. **یافته‌ها:** علل مصرف خودسرانه دارو را می‌توان در شش بعد اقتصادی، دسترسی، فرهنگی-اجتماعی، موانع مرتبط با مراکز درمانی، آگاهی، تجربه و نگرش دسته‌بندی کرد. **نتیجه‌گیری:** سازمان‌های مرتبط از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراکز درمانی و سایر حوزه‌های مرتبط باید در خصوص کاهش اثرات عوامل شناسایی شده بر مصرف خودسرانه دارو برنامه‌ریزی کنند. این موضوع با کاهش هزینه‌های درمان و افزایش گستردگی مراکز درمانی، از لحاظ پوشش جغرافیایی و کمپین‌های گسترده رسانه‌ای در زمینه آموزش و اطلاع‌رسانی به جامعه، امکان‌پذیر است. **کلید واژه:** مصرف خودسرانه دارو، ضدبازاریابی، تئوری داده بنیاد. **نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.

قاسم زارعی

* دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
(نویسنده مسئول): info@drgz.ir

طاهره زارعی

مریی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی سراب، سراب، ایران

ثریا فرج‌زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

◀ **استناد (ونکوور):** زارعی ق، زارعی ط، فرج‌زاده ث. ضدبازاریابی علل مصرف خودسرانه دارو با استفاده از رویکرد تئوری داده بنیاد. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۸؛ ۷(۳): ۳۷۳-۳۸۳.

◀ **استناد (APA):** زارعی، قاسم؛ زارعی، طاهره؛ فرج‌زاده، ثریا (پاییز ۱۳۹۸). ضدبازاریابی علل مصرف خودسرانه دارو با استفاده از رویکرد تئوری داده بنیاد. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۷(۳): ۳۷۳-۳۸۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۲۹

کالاها و خدمات زیادی هستند که ممکن است تقاضا برای آن‌ها از نظر سلامت مصرف‌کننده و جامعه ناسالم تشخیص داده شوند (۱). ضدبازاریابی تکنیکی برای غلبه بر رفتارها و تقاضاهای ناسالم مصرف‌کنندگان است و نوعی مبارزه با مصرف را برای برخی از محصولات به وجود می‌آورد (۲). هدف ضدبازاریابی یک محصول یا رفتار کاهش موقتی یا دائمی تقاضاست (۳، ۱). ضدبازاریابی در اصل فنی ارزشمند برای مبارزه با تقاضاهای ناسالم است (۴).

انسان سالم محور توسعه پایدار در هر جامعه بوده و نقش دارو در این میان اساسی است (۵). تهیه، توزیع و مصرف صحیح دارو یکی از عوامل اصلی در ارتقای سلامت جامعه است (۶، ۷). مصرف غیرمنطقی دارو علاوه بر درمان نکردن بیماری، در طولانی مدت، عوارض دارویی نیز ایجاد می‌کند (۶). متون پزشکی دارو را به مثابه تیغ دو لبه‌ای تصور می‌کند که یک لبه آن به عوامل بیماری توجه می‌کند و لبه دیگر آن، به علت ناآگاهی در مصرف صحیح، جان انسان‌ها را تهدید می‌کند (۸، ۹، ۶). بسیاری از بیماران به دلایل گوناگون بدون مراجعه به پزشک به تجویز و مصرف دارو اقدام می‌کنند. این پدیده که مصرف خودسرانه دارو نامیده می‌شود، مسئله‌ای جهانی است که، به‌ویژه، در کشورهای در حال توسعه شیوع بالاتری دارد (۱۰).

خوددرمانی رفتاری است که طی آن شخص سعی می‌کند بدون کمک و نظر افراد حرفه‌ای بیماری یا مشکل سلامت خود را برطرف کند (۶). خوددرمانی دو جنبه دارد: جنبه اول به مصرف داروهای مجاز و شناخته‌شده مربوط است که عوارض جانبی کم و ایمنی بالا در کنترل علائم ظاهری بیماری‌ها دارد. اگر این داروها با راهنمایی افراد آگاه به مسائل طب و درمان مصرف شود، هیچ‌گونه عواقب زیان‌باری نخواهد داشت. جنبه دوم خوددرمانی مربوط به مصرف داروهایی با عوارض جانبی بیشتر و داروهای خاص است که تجویز آن‌ها نیاز به تشخیص پزشک دارد و بیماران اجازه مصرف خودسرانه این داروها را ندارند (۸). امروزه خوددرمانی از مشکلات عمده در چرخه درمان در ایران و خیلی از کشورهای دیگر است. این

امر به ایجاد مقاومت باکتریایی، درمان نامناسب، مسمومیت‌های ناخواسته، آثار جانبی ناخواسته، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی دارو در جامعه (۶)، خطر سوءاستفاده مجدد، استفاده بیش از حد و طولانی مدت از دارو، تأخیر احتمالی در درمان یک بیماری جدی، مخفی شدن نشانه‌هایی از یک بیماری شدید و تداخل با دیگر داروهای مصرفی توسط فرد منجر می‌شود. در کشورهای در حال توسعه استفاده خودسرانه از دارو معمولاً به الگوهای نامناسب استفاده از مواد مخدر نیز منجر می‌شود (۱۱) (۸). همچنین مصرف خودسرانه داروها می‌تواند عوارضی همچون تهوع، سوءهاضمه، ناراحتی معده، بی‌اشتهایی، سردرد، حالت منگی، کوتاه شدن میدان دید، ازدیاد ضربان قلب، اسهال، التهاب پوستی و خون‌ریزی‌های نهفته را به وجود آورد (۱۲، ۶). خوددرمانی یکی از مسائل مهم اجتماعی سلامت است که می‌تواند، در بسیاری از موارد، معضلات مهمی برای فرد و جامعه ایجاد کند (۶).

مصرف نادرست دارو معضلی جهانی است و در سراسر دنیا مصرف خودسرانه دارو به‌طور فزاینده‌ای در حال گسترش است (۳). پژوهش‌های علمی و آمارها نشان می‌دهد که الگوی مصرف دارو، برای گروه‌های مختلف درمانی، در ایران از معیارهای استاندارد مصرف دارو تبعیت نمی‌کند. هر ایرانی به‌طور متوسط در سال ۳۳۹ بار دارو می‌خورد که این رقم ۴ برابر آمار جهانی است. میانگین مصرف داروی تزریقی در ایران ۴۶ درصد است؛ در صورتی که این میزان در دنیا ۱۱ درصد است. ایران به لحاظ مصرف دارو جزء ۲۰ کشور اول دنیا است؛ به‌طوری که در آسیا پس از چین رتبه دوم را دارد. سالانه بیش از ده هزار عارضه ناشی از مصرف نادرست دارو گزارش می‌شود (۱۱). طی دهه گذشته مصرف دارو به‌عنوان کالایی استراتژیک مشمول یارانه و نیاز اساسی عامه مردم در کشور افزایش یافته است (۱۳). بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که مصرف دارو در کشور فاقد الگوی صحیح است. تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاح این الگو موفقیت چندانی نداشته و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل مصرف بی‌رویه، نابه‌جا و خودسرانه دارو روبه‌روست (۶). در ایران با توجه به فرهنگ دارویی جامعه،

اوضاع و احوال مصرف غیرمنطقی دارو بحرانی است (۶). میزان مصرف خودسرانه دارو در ایران از متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر بیشتر است (۱۲).

مصرف خودسرانه دارو یکی از معضلات مهم در جهان، از جمله ایران، است و با توجه به ضررهای آن، با این که پژوهش‌هایی در این زمینه در کشورهای دیگر انجام شده است، پژوهشی که به راهکارهای ضدبازاریابی مصرف خودسرانه دارو در ایران بپردازد انجام نشده است. بر این اساس و با توجه به موارد مطرح شده، این پژوهش به شناسایی علل اساسی مصرف خودسرانه دارو و راهکارهای ضدبازاریابی آن بین مراجعان به خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر اردبیل پرداخته است. بر این اساس هدف این بررسی ضدبازاریابی علل مصرف خودسرانه دارو بین مراجعان به خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر اردبیل است.

روش بررسی

این پژوهش از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت اکتشافی با رویکردی کیفی است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش مراجعان و پزشکان درمانگاه تأمین اجتماعی شهر اردبیل بودند. نحوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود که پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه تأمین اجتماعی مدت یک ماه در آذرماه ۱۳۹۷ و بعد از توضیح هدف پژوهش و شیوه اجرای آن برای افراد واجد شرایط مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام داد. برای انتخاب نمونه از بین مراجعان ابتدا از فرد سؤال می‌شد که آیا اخیراً مصرف دارو بدون تجویز پزشک داشته است؛ در صورت مثبت بودن پاسخ و در صورت تمایل فرد به مصاحبه، فرد به عنوان مصاحبه‌شونده انتخاب می‌شد. میانگین زمان مصاحبه‌ها ۶۸ دقیقه بود که تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشت. اشباع نظری یعنی با تکرار مصاحبه موارد جدیدی به یافته‌های پژوهش اضافه نشود. با توجه به ماهیت روش تئوری داده‌بنیاد، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان انجام گرفت. به این ترتیب با انجام هر مصاحبه فرایند کدگذاری انجام و نتایج کدگذاری در ادامه مصاحبه‌ها تأثیر داشت. با توجه به این موضوع حجم نمونه نهایتاً ۲۱ مورد شد که شامل ۵

پزشک و ۱۶ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بود.

برای اطمینان از روایی اعتمادسازی در مصاحبه‌ها صورت گرفت. نتایج مصاحبه مجدداً با مصاحبه‌شوندگان مرور شد. بر رعایت تنوع در انتخاب مصاحبه‌شوندگان سعی شد. همچنین با تنظیم سؤالات مصاحبه بدون سوگیری و سعی در دخالت کمتر در صحبت‌های افراد سوگیری در مصاحبه‌ها به حداقل رسید. بنابراین از ۸ معیار مطرح شده توسط Creswell برای روایی از ۴ معیار استفاده شد. Creswell رعایت حداقل ۲ مورد را برای اطمینان از روایی مصاحبه ضروری می‌داند (۱۴). برای افزایش پایایی نیز از یادداشت‌برداری مفصل و کدگذاری توسط چند نفر استفاده شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تئوری داده‌بنیاد انجام شده است. تئوری داده‌بنیاد به جای آزمون فرضیه‌ها، به اکتشاف و ساخت نظریه‌ای برخاسته از بستر اجتماع و از نگاه سوژه‌ها می‌پردازد. مقصود از به کارگیری تئوری داده‌بنیاد داشتن نظریه‌ای است که پیوند عمیق با داده‌های ما داشته باشد (۱۵). تئوری داده‌بنیاد به استفاده از گام‌های تحلیل داده‌ها، مشتمل بر کدگذاری باز، محوری و گزینشی، و تدوین یک الگوی منطقی یا یک توصیف بصری از نظریه تولیدشده تأکید دارد. در کدگذاری باز پیشامدها یا فعالیت‌های واقعی نشانه‌های بالقوه پدیده تحلیل می‌شود و بدین‌سان برچسب مفهومی دریافت می‌کند. در مرحله کدگذاری محوری، کدگذاری حول یک محور یا مقوله تحقق می‌یابد. در این مرحله مقوله‌ها ویژگی‌ها و ابعاد حاصل از کدگذاری باز تدوین شده و سر جای خود قرار می‌گیرد تا دانش فزاینده‌ای در روابط ایجاد شود. در این مرحله پژوهشگر یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را، در مرکز فرایندی که در حال بررسی است، پدیده مرکزی (Core Category or Phenomenon) قرار می‌دهد و سپس دیگر مقوله‌ها را به آن ربط می‌دهد. کدگذاری انتخابی فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست. فرآیند یکپارچه‌سازی از طریق تکنیک‌هایی، مانند خط داستان که مقوله‌ها را به هم پیوند می‌دهد، انجام می‌شود (۱۶). به‌طور خلاصه در این پژوهش چهار گام برای تحلیل کیفی محتوای مصاحبه‌ها انجام شد:

۱. استخراج شواهد گفتاری (نکات کلیدی)
۲. مفهوم‌پردازی
۳. مقوله‌پردازی
۴. ارائه الگوی پژوهش

یافته‌ها

در این پژوهش، با توجه به رویکرد تئوری داده‌بنیاد، فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها کاملاً به هم وابسته بود و تحلیل نتایج هر مصاحبه مبنای مصاحبه‌های بعد قرار می‌گرفت. داده‌ها بدون جهت‌گیری اولیه، به اصطلاح بی‌طرفانه، بررسی شد. مصاحبه‌ها در نهایت ۲۱ مصاحبه شد که از این تعداد ۵ نفر پزشک و ۱۶ نفر مراجعه‌کننده بودند. بین مراجعه‌کنندگان ۸ مرد و ۸ زن انتخاب شدند. حداقل سن مراجعه‌کنندگان انتخاب‌شده ۱۹ و حداکثر ۶۳ بود. میانگین سن

مشارکت‌کنندگان ۳۷ سال بود. ۵ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل بودند. برای کدگذاری باز، در گام نخست تک‌تک جمله‌های مصاحبه‌ها، به‌طور دقیق، تجزیه و تحلیل شد و مفاهیم اصلی ظهور کرد. کدگذاری باز پس از اتمام اولین مصاحبه آغاز و در این مرحله به هر بخش از داده‌ها، که ممکن است یک کلمه، جمله یا پاراگراف باشد، یک برچسب داده شد. این برچسب‌ها را می‌توان با عنوان واقعه مطرح کرد. همچنین که داده‌ها جمع‌آوری می‌شد، مقایسه و تحلیل مستمر نیز انجام گرفت. تحلیل رفت و برگشتی داده‌ها انجام شد و کدها به‌طور مستمر در طول جمع‌آوری داده‌ها تغییر کرد. در طول تحلیل مرتباً این سؤال مطرح می‌شد که هر یک از این واقعه‌ها چه مقوله‌ای را نشان می‌دهد. جدول ۱ نتایج کدگذاری باز و مفاهیم استخراج‌شده را نشان می‌دهد. در این جدول نمونه‌ای از گفتارهای مشارکت‌کنندگان و مفاهیم استخراج‌شده و نشانگر هر کد مشخص شده است.

جدول ۱. تعیین کدهای سطح یک از گفتارهای کلیدی با کدگذاری باز

نشانه‌گر	نمونه گفتارهای کلیدی	کدهای سطح یک
DA1	بیماران درخواست تجویز داروی بیشتر می‌کنند.	اصرار بیماران بر تجویز داروی بیشتر
DA2	اگر یک بیماری را تجربه کنم بار دوم خودم می‌دانم که چه داروهایی را مصرف کنم.	تجربه قبلی بیماری و شناخت آن
DA3	بر توزیع دارو نظارت خاصی وجود ندارد.	فقدان نظارت بر توزیع
DA4	معمولاً مطب پزشکان شلوغ است و زمان زیادی را باید در آن صرف کنیم که گاهی ارزشش را ندارد.	شلوغی مطب پزشکان یا مراکز درمانی
DA5	خیلی از داروها عارضه ندارد.	ناآشنایی با عوارض دارو
DA6	وقتی یک دارو یکبار جواب می‌دهد، دفعات بعد هم از همان استفاده می‌کنم.	استفاده قبلی از دارو و بهبودی علائم
DA7	هزینه ویزیت برایم گران است و وقتی دفترچه هم نداشته باشی مجبور می‌شوی بدون ویزیت دارو بخری.	نداشتن دفترچه بیمه درمانی
DA8	وقتی دارو راحت بدون نسخه به فروش می‌رسد مردم هم راحت می‌توانند آن را بخرند.	فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها
DA9	خوب اگر بدون نظر پزشک دارو مصرف کنم چه اتفاقی می‌افتد؟	نداشتن اطلاعات لازم در مورد مصرف خودسرانه دارو
DA10	از معاینه می‌ترسم. از بعضی معاینات هم خجالت می‌کشم.	ترس و خجالت از معاینات پزشکی
DA11	خوب مراجعه به پزشک وقت می‌خواهد که گاهی ندارم	نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک
DA12	وقتی دوستت بهت می‌گوید این دارو حالت را خوب می‌کند، طبیعی است که دیگر نیازی به مراجعه به پزشک نیست	توصیه افراد غیرمتخصص به فواید درمانی دارو
DA13	خوب وقتی بودجه‌ات محدود است ترجیح می‌دهی به جای هزینه ویزیت، دارو بخری.	نداشتن استطاعت مالی برای پرداخت ویزیت پزشکان
DA14	داروخانه‌ها خودشان داروی مناسب بیماری را به من پیشنهاد می‌کنند	توصیه داروخانه‌ها
DA15	پایین بودن سطح آموزش مردم را به سمت مصرف خودسرانه سوق می‌دهد.	پایین بودن سطح آموزش در جامعه

ادامه جدول ۱. تعیین کدهای سطح یک از گفتارهای کلیدی با کدگذاری باز

DA16	خیلی وقت‌ها علائم جزئی بیماری نیازی به مراجعه به پزشک ندارد	اعتقاد به جزئی بودن علائم
DA17	قبلاً این بیماری را با همین داروها درمان کردیم.	تجربه داشتن در درمان بیماری‌ها
DA18	اگر به پزشک مراجعه کنم همان نسخه قبلی را تجویز می‌کند.	اعتقاد به تجویز نسخه مشابه از سوی پزشک
DA19	اگر داروی مدنظر بیماری را درمان نکند، ضرری هم ندارد.	اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروی مدنظر
DA20	اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت در خصوص عوارض داروها ضعیف است.	اطلاع‌رسانی ضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
DA21	برخی از داروها حتی در خارج از داروخانه‌ها هم راحت در دسترس‌اند.	توزیع دارو در غیر از داروخانه‌ها
DA22	خوب رفت‌وآمد به مطب هم خودش هزینه‌بر است.	هزینه رفت‌وآمد به مطب
DA23	خیلی از پزشکان قابل‌اعتماد نیستند.	نداشتن اعتماد به پزشکان و مراکز درمانی
DA24	علائم بیماری خیلی وقت‌ها آن‌قدر مهم نیست که به پزشک مراجعه کنم	جزئی بودن علائم و نداشتن احساس نیاز به پزشک
DA25	خیلی وقت مراجعه به پزشک ندارم.	نداشتن زمان کافی برای مراجعه به مطب یا مراکز درمانی
DA26	خیلی از بیماری‌ها چندان مهم نیستند.	مهم تلقی نشدن بیماری
DA27	نگهداری دارو در منزل و دسترسی آسان به آن مصرف خودسرانه آن را افزایش می‌دهد.	نگهداری داروها در منزل
DA28	برخی از داروها ارزان هستند برای همین مردم راحت می‌توانند آن‌ها را تهیه کنند.	ارزان بودن دارو
DA29	می‌دانم اگر به پزشک مراجعه کنم کدام دارو را تجویز خواهد کرد.	اطمینان از تجویز داروی خاص توسط پزشک
DA30	با یکبار مراجعه به پزشک درمان نمی‌شوم و باید بیشتر مراجعه کنم و این باعث اتلاف وقت می‌شود.	نیاز به مراجعه مکرر و اتلاف وقت
DA31	چون مردم دسترسی راحتی به داروها دارند مصرف خودسرانه دارو را افزایش می‌دهد.	دسترسی سریع و آسان به دارو
DA32	نظارت چندانی در مرحله تشخیص بیماری و تجویز دارو وجود ندارد.	فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز
DA33	فرهنگ درست مصرف دارو وجود ندارد.	فرهنگ نامناسب مصرف دارو در جامعه
DA34	مراکز درمانی و پزشکان نمی‌توانند به‌طور صحیح بیماری را درمان کنند.	اعتقاد نداشتن به درمان پزشک یا مراکز درمانی
DA35	در درمان یک بیماری باید چند بار به پزشک مراجعه کرد و هر بار پزشکان حق ویزیت دریافت می‌کنند.	گرفتن چندین بار هزینه ویزیت توسط برخی پزشکان برای تجویز داروی مناسب
DA36	دسترسی به مراکز درمانی مشکل است.	دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی - درمانی مناسب
DA37	دفعات قبلی که خودم دارو مصرف کردم، جواب گرفتم.	گرفتن نتیجه مطلوب از مصرف خودسرانه قبلی
DA38	نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار از دلایل مصرف خودسرانه دارو است.	نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار
DA39	بعد از این‌که بیماری تشخیص داده شد دیگر نیازی به مراجعه به پزشک نیست.	نداشتن احساس نیاز به مراجعه به پزشک پس از تشخیص بیماری
DA40	می‌ترسم مجبور بشوم هزینه زیادی بابت آزمایش‌ها بپردازم.	ترس از هزینه بالای تشخیص
DA41	پزشکان بیشتر اوقات داروی غیرمنطقی تجویز می‌کنند.	تجویز غیرمنطقی دارو توسط برخی پزشکان
DA42	رسانه‌های عمومی در این زمینه کم‌کاری می‌کنند و اطلاع‌رسانی‌های ضعیفی دارند.	اطلاع‌رسانی ضعیف رسانه‌های عمومی در خصوص داروها و عوارض آن‌ها
DA43	بعضی وقت‌ها دوست نداری بقیه متوجه بشوند که تو بیماری خاصی داری.	تمایل نداشتن به افشای بیماری

با توجه به این‌که هدف این پژوهش ارائه الگو بود، نه نظریه‌ای جهان‌شمول، در این مرحله برای دسته‌بندی مقولات و ارائه الگو سعی شده است عوامل مؤثر در شش گروه دسته‌بندی شود که شامل مؤلفه‌های دسترسی، تجربه و نگرش، فرهنگی - اجتماعی، آگاهی، اقتصادی و موانع مرتبط با مراکز درمانی است. جدول ۲ جزئیات کدگذاری انتخابی را نشان می‌دهد. این نتایج در قالب شکل ۱ جمع‌بندی شده‌اند.

جدول ۲. تعیین مفاهیم و مقوله‌ها از کدهای سطح یک طی مرحله کدگذاری انتخابی

مفاهیم	مقوله‌ها
فقدان نظارت بر توزیع، فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها، توصیه داروخانه‌ها، توزیع دارو در غیر از داروخانه‌ها، نگهداری داروها در منزل، دسترسی سریع و آسان به دارو، نبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی مناسب	دسترسی
تجربه قبلی بیماری و شناخت آن، استفاده قبلی از دارو و بهبودی علائم، تجربه داشتن در درمان بیماری‌ها، اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروی مدنظر، جزئی بودن علائم و نداشتن احساس نیاز به پزشک، اطمینان از تجویز داروی خاص توسط پزشک، نداشتن اعتقاد به درمان پزشک یا مراکز درمانی، گرفتن نتیجه مطلوب از مصرف خودسرانه قبلی	تجربه و نگرش
اصرار بیماران بر تجویز داروی بیشتر، ترس و خجالت از معاینات پزشکی، توصیه افراد غیرمتخصص به فواید درمانی دارو، اعتقاد به جزئی بودن علائم، مهم تلقی نشدن بیماری، نداشتن احساس نیاز به مراجعه به پزشک پس از تشخیص بیماری، فرهنگ نامناسب مصرف دارو در جامعه، تمایل نداشتن به افزایش بیماری	فرهنگی - اجتماعی
ناآشنایی با عوارض دارو، نداشتن اطلاعات لازم در مورد مصرف خودسرانه دارو، پایین بودن سطح آموزش در جامعه، اطلاع‌رسانی ضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اطلاع‌رسانی ضعیف رسانه‌های عمومی در خصوص داروها و عوارض آن‌ها	آگاهی
نداشتن استطاعت مالی برای پرداخت ویزیت پزشکان، نداشتن دفترچه بیمه درمانی، هزینه رفت‌وآمد به مطب، ارزان بودن دارو، گرفتن هزینه چند بار ویزیت توسط برخی پزشکان برای تجویز داروی مناسب	اقتصادی
شلوغی مطب پزشکان یا مراکز درمانی، نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک، اعتقاد به تجویز نسخه مشابه از سوی پزشک، نداشتن اعتقاد و اعتماد به پزشکان و مراکز درمانی، نداشتن زمان کافی برای مراجعه به مطب یا مراکز درمانی، نیاز به مراجعه مکرر و اتلاف وقت، فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز، نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار، تجویز غیرمنطقی دارو توسط برخی پزشکان	موانع مرتبط با مراکز درمانی



شکل ۱. مدل نهایی علل مصرف خودسرانه دارو

بحث

هدف این پژوهش شناسایی دلایل مصرف خودسرانه دارو و راهکارهای کاهش مصرف خودسرانه بین مردم اردبیل بود. شکل ۱ مدل نهایی علل مصرف خودسرانه دارو را نشان می‌دهد. بر اساس این شکل دلایل مصرف خودسرانه دارو در قالب شش مؤلفه دسته‌بندی شده که شامل دسترسی، تجربه و نگرش، فرهنگی - اجتماعی، آگاهی، اقتصادی و موانع مرتبط با مراکز درمانی است.

بر اساس نتایج این پژوهش عامل دسترسی در مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد. فقدان نظارت بر توزیع، فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها، توصیه داروخانه‌ها، توزیع دارو در غیر از داروخانه‌ها، نگهداری داروها در منزل، دسترسی سریع و آسان به دارو و دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی - درمانی مناسب از شاخص‌های مؤثر بر دسترسی به داروست. Behroozpour و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دردسترس بودن داروها و دسترسی نداشتن به پزشک از عوامل خوددرمانی در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر یاسوج است (۱۷). نتایج پژوهش Peykar و Mohammadi نشان می‌دهد که در خانوارهای شهرکرد نیز فروش بدون نسخه دارو عامل خوددرمانی است (۱۸). Tahergorabi و همکاران نیز دسترسی نداشتن به پزشک و دسترسی راحت به دارو در داروخانه‌ها را از عوامل خوددرمانی برشمرده‌اند (۱۹). غفوری و همکاران نیز تهیه آسان دارو را عامل مؤثر بر مصرف خودسرانه دارو بیان کرده‌اند (۹). بر این اساس می‌توان گفت که نتیجه این پژوهش در خصوص تأثیر عامل دسترسی در مصرف خودسرانه دارو با نتایج پژوهش‌های فوق همسو است. با توجه به این تأثیرگذاری، به سازمان‌های برنامه‌ریزی در این حوزه پیشنهاد می‌شود که شبکه نظارت بر توزیع دارو را بهبود دهند. این کار با سیستمی کردن توزیع دارو در داروخانه‌ها مقدور خواهد شد. همچنین نظارت بیشتری بر فروش آزاد داروهای بدون مجوز، فروش بدون نسخه و مراکز فروش دارو داشته باشند.

همچنین این پژوهش نشان می‌دهد که آگاهی بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد. شاخص‌های مربوط در بعد آگاهی شامل ناآشنایی

با عوارض دارو، نداشتن اطلاعات لازم در مورد مصرف خودسرانه دارو، پایین بودن سطح آموزش در جامعه، اطلاع‌رسانی ضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اطلاع‌رسانی ضعیف رسانه‌های عمومی در خصوص داروها و عوارض آن‌هاست. Badiger و همکاران در پژوهشی که بین دانشجویان هند انجام دادند، ناآگاهی از عوارض دارو را در مصرف خودسرانه دارو تأثیرگذار دانسته‌اند (۲۰). Ocan و همکاران نیز در پژوهش خود، که روی بزرگسالان بالای ۱۸ سال انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که آموزش بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد (۲۱). Heydartabar و همکاران نیز تأثیر آگاهی بر خوددرمانی را تأیید کردند (۷). بر این اساس می‌توان گفت که پژوهش‌های پیشین نتیجه این پژوهش را تأیید می‌کند. به نظر می‌رسد نیاز به ارتباط بیشتری بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رسانه‌های عمومی در خصوص بحث اطلاع‌رسانی وجود دارد. بر این اساس در حوزه مصرف خودسرانه دارو نیاز به راه‌اندازی کمپین‌های تبلیغاتی گسترده با همکاری رسانه‌های پرمخاطب و نیز شبکه‌های اجتماعی احساس می‌شود. مؤلفه دیگری که بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد، مؤلفه فرهنگی - اجتماعی است. شاخص‌های شناسایی شده برای این مؤلفه شامل اصرار بیماران بر تجویز داروی بیشتر، ترس و خجالت از معاینات پزشکی، توصیه افراد غیرمتخصص به فواید درمانی دارو، اعتقاد به جزئی بودن علائم، مهم تلقی نشدن بیماری، نداشتن احساس نیاز به مراجعه به پزشک پس از تشخیص بیماری، فرهنگ نامناسب مصرف دارو در جامعه و تمایل نداشتن به افشای بیماری است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Rezayi و همکاران (۲۲) و Najafipour و همکاران (۲۳) مبنی بر تأثیر مهم تلقی نکردن بیماری در مصرف خودسرانه دارو همخوانی دارد. همچنین Alipour و همکاران نیاز نداشتن به مراجعه را از عوامل تأثیرگذار بر خوددرمانی دانسته‌اند (۲۴). Heydartabar و همکاران نیز به تأثیر حساسیت بر مصرف خودسرانه دارو اشاره کرده‌اند (۷). Badiger و همکاران نیز توصیه دوستان و خانواده را عامل مؤثر بر مصرف خودسرانه دارو دانسته‌اند (۲۰). بر این اساس می‌توان گفت که پژوهش‌های پیشین تأثیر

از سوی پزشک را بر خوددرمانی تأیید کرده‌اند (۱۹). Badiger و همکاران در بررسی دانشجویان هند صرفه‌جویی در زمان را از عوامل خوددرمانی معرفی کردند (۲۰). غفوری و همکاران نیز نداشتن اطمینان به طبابت پزشک و نداشتن وقت برای مراجعه به مطب را بر خوددرمانی مؤثر دانسته‌اند (۹). بر این اساس می‌توان گفت که نتایج پژوهش‌های پیشین از بعد تأثیر موانع مرتبط با مراکز درمانی بر مصرف خودسرانه دارو با این پژوهش هم‌راستا است. برای کاهش اثرات این عامل پیشنهاد می‌شود از یک‌سو مراکز درمانی و پزشکان روی اعتمادسازی بیماران کار کنند و از سوی دیگر با مدیریت دقیق بر زمان ویزیت وقت تلف‌شده بیمار در مراکز درمانی را به حداقل برسانند. این موضوع نیازمند سیستم نوبت‌دهی دقیق و اطلاع‌رسانی قبلی در صورت تغییر زمان ویزیت است.

از دیگر عوامل مؤثر بر مصرف خودسرانه دارو در این پژوهش عامل تجربه و نگرش است. شاخص‌های این عامل شامل تجربه قبلی بیماری و شناخت آن، استفاده قبلی از دارو و بهبودی علائم، تجربه داشتن در درمان بیماری‌ها، اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروی مدنظر، جزئی بودن علائم و نداشتن احساس نیاز به پزشک، اطمینان از تجویز داروی خاص توسط پزشک، اعتقاد نداشتن به درمان پزشک یا مراکز درمانی، گرفتن نتیجه مطلوب از مصرف خودسرانه قبلی است. پژوهش‌های پیشین تأثیر تجربه قبلی در بیماری (۲۵، ۲۲، ۱۷)، خودکارآمدی (۷)، تجربه موفق قبلی (۲۱، ۲۰) و تجربه قبلی مصرف دارو (۲۳) را بر مصرف خودسرانه دارو مؤثر دانسته‌اند. بر این اساس این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. در این خصوص مراکز درمانی باید تلاش کنند تا نگرش مثبتی در بیماران ایجاد کنند؛ به گونه‌ای که افراد تفاوت معنی‌داری بین خوددرمانی و درمان از طریق مراکز درمانی مشاهده کنند.

نتیجه‌گیری

علل مصرف خودسرانه دارو بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تأمین اجتماعی اردبیل در قالب شش مؤلفه دسته‌بندی شد؛ که شامل دسترسی، تجربه و نگرش، فرهنگی - اجتماعی، آگاهی، اقتصادی و موانع مرتبط با مراکز درمانی است. همچون بیشتر

عوامل فرهنگی - اجتماعی را بر مصرف خودسرانه دارو تأیید می‌کند. بر این اساس در این زمینه نیاز به یک کار فرهنگی اساسی برای بهبود شاخص‌های منفی شناسایی‌شده در جامعه است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بعد اقتصادی بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد. شاخص‌های این بعد شامل نداشتن استطاعت مالی برای پرداخت ویزیت پزشکان، نداشتن دفترچه بیمه درمانی، هزینه رفت‌وآمد به مطب، ارزان بودن دارو، گرفتن هزینه چند بار ویزیت توسط برخی پزشکان برای تجویز داروی مناسب و ترس از هزینه بالای تشخیص است. مطابق پژوهش‌های پیشین گرانی حق ویزیت پزشکان و هزینه‌های پزشکی بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارند (۲۵، ۲۲). پژوهش Peykar و Mohammadi (۱۸) و نیز Ocan و همکاران (۲۱) نیز تأثیر شرایط اقتصادی و درآمد را بر مصرف خودسرانه دارو تأیید می‌کند. بر این اساس پژوهش‌های پیشین تأثیر بعد اقتصادی بر مصرف خودسرانه دارو را تأیید می‌کند. برای کاهش این تأثیرگذاری دو راهکار اساسی مربوط به کاهش هزینه‌های درمان و نیز گستردگی مکانی مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود. کاهش هزینه‌های درمان در زمینه‌هایی مثل پوشش بیمه‌ای گسترده و واقعی در خصوص هزینه‌های ویزیت امکان‌پذیر است. گستردگی مکانی نیازمند کنترل دقیق بر مجوزهای ایجاد مراکز درمانی و توجه به پوشش جغرافیایی مناطق مختلف توسط مراکز درمانی است.

بر اساس نتایج این پژوهش موانع مرتبط با مراکز درمانی بر مصرف خودسرانه دارو تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل شلوغی مطب پزشکان یا مراکز درمانی، نداشتن فرصت کافی برای مراجعه به پزشک، اعتقاد به تجویز نسخه مشابه از سوی پزشک، نداشتن اعتقاد و اعتماد به پزشکان و مراکز درمانی، نداشتن زمان کافی برای مراجعه به مطب یا مراکز درمانی، نیاز به مراجعه مکرر و اتلاف وقت، فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز، نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار و تجویز غیرمنطقی دارو توسط برخی پزشکان است. Tahergorabi و همکاران در پژوهش خود، بر مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های بیرجند، تأثیر تجویز نسخه مشابه

عوامل را با استفاده از روش‌های کمی در جوامع آماری دیگر آزمون کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به اولویت‌بندی این عوامل از لحاظ میزان تأثیر بر مصرف خودسرانه دارو بپردازند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در طول این پژوهش با پژوهشگران همکاری داشته‌اند، از جمله کارکنان درمانگاه تأمین اجتماعی اردبیل و نیز همه مشارکت‌کنندگان، تشکر کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

- Kotler P, Armstrong G. Principles of Marketing, translated by Bahman Foroozandeh.
- Peattie K, Peattie S. Social marketing: A pathway to consumption reduction?. Journal of Business Research. 2009 Feb 1;62(2):260-8. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.01.033>
- Wall AP. Government demarketing: different approaches and mixed messages. European Journal of Marketing. 2005 May 1;39(5/6):421-7. <https://doi.org/10.1108/03090560510590647>
- Sodhi K. Has marketing come full circle? Demarketing for sustainability. Business strategy series. 2011 Jul 5;12(4):177-85. <https://doi.org/10.1108/17515631111155133>
- Rezaei Jaberee S, Hassani L, Aghamolaei T, Mohseni S, Islamic H. Study on the Effect of Educational Intervention based on Health Belief Model to Prevent the Arbitrary Use of Drugs in Women Referring to Health Centers of Bandar Abbas. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018 Apr 15;6(1):1-1.
- Aminshokravi F, Tavafian S, Moayeri A. Assessing Related Factors on the Illicit Use of Medications in Abbas Abad City (mazandaran): A Cross Sectional Study. scientific journal of ilam university of medical sciences. 2014 Oct 15;22(5):11-9.
- Heydaratabar R, Hatefnia E, Kazem Nezhad A. The Knowledge and Factors Associated with Self-Medication Behavior of Mothers with Children Under Two Years Have Referred to Health Centers in City of Firuoz Kuh Based on the Health Belief Model. aumj. 2016; 5 (2) :95-102 <https://doi.org/10.18869/acadpub.aums.5.2.95>. URL: <http://aums.abzums.ac.ir/article-1-420-fa.html>
- Jalilian F, Hazavehei SM, Vahidinia A, Moghimbeigi A, zinat MF, mirzaei AM. Study of causes of self-medication among Hamadan Province Pharmacies Visitors. Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services. 2013; 20(2): 160-166.
- Ghafouri M, Yaghubi M, Lashkardoost H, Seyed Sharifi SH. The prevalence of self medication among students of Bojnurd universities and its related factors in 2013. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2013;5:1136. <https://doi.org/10.29252/jnkums.5.5.S5.1129>
- Ahmadi S, Mokhtari M, Karimian S. Sociological Analysis of Gender Differences on Self-Medication in Yasouj. Journal of Women and Society. 2017; 8(3): 33-50.
- Mahdavinoor H, Donkob M. Programming Modification of Drug Consumption Pattern Based on Religious Teachings, National Interests, and Attention to Deprived People. Hakim Health Sys Res . 2017; 20 (1) :17-26
- Rahbar A, Gharlipour Z, Arsang JS, Ebrazeh A, Kazazlou Z. Perceived Benefits and Barriers about Self-medication among Women Referring to Health Center in Qom City-2016.
- Margdari Nejad M, Kazemi SB, Khosravi M, Sanagoo A, Jouybari L. The Prevalence of Non-Prescription Drugs and Related Factors in Students of Medical Sciences in 1392. Iran Journal of Nursing. 2017 Feb;29(104):66-74. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.66>
- Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications; 2017 Jan 10.
- Valibeyghi H. Promotional Policies for Exports of High-Tech Industries in Selected Countries. Quarterly Commercial Reviews. 2009;37:9-28.

16. Zarei G, Parsamehr B. Identification of effective factors on the development of export of medical equipment using grounded theory. *Journal of Healthcare Management*; 2018 Nov 22; 9(3):7-17.
17. 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 Dec 15;14(3):97-108.
18. Peykar Z, Mohammadi A. Economic and Institutional Factors Affecting Self Curing and Self-medication in Shahrekord. *Healthy breeze*. 2016; 4(4):7-14.
19. Tahergorabi Z, Kiani Z, Moodi M. Epidemiological study of self-medication and its associated factors in visitors to Birjand pharmacies, 2015. *Journal of Birjand university of medical sciences*. 2016; 23(2):158-169.
20. Badiger S, Kundapur R, Jain A, Kumar A, Pattanshetty S, Thakolkaran N, Bhat N, Ullal N. Self-medication patterns among medical students in South India. *The Australasian medical journal*. 2012;5(4):217. <https://doi.org/10.21767/AMJ.2012.1007> <https://doi.org/10.4066/AMJ.2012.1007> PMID:22848313 PMCID:PMC3395275
21. Ocan M, Obuku EA, Bwanga F, Akena D, Richard S, Ogwal-Okeng J, Obua C. Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC public health*. 2015 Dec;15(1):742. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2109-3> PMID:26231758 PMCID:PMC4522083
22. 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. *Scientific Journal of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 34(1): 53-61.
23. Najafipour R, Shishehbor F, Ahmadiania H, Rezaeian M. The Frequency of Self-Medication in Medical Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *Journal of Rafsanjanuniversity of medical sciences*. 2017; 17:331-344.
24. Alipour Z, Eskandari N, Izadi Tamhe A, Faezipour A, Abedini Z, Khoramirad Rad A. Relationship between personality characteristics and use of antibiotics. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015 Sep 15;25(3):46-54.
25. Afshary P, Mohammadi S, Koshteh S, Pajohideh SZ, Tabesh H. Survey on prevalence and causes of self-medication in women referring to health centers in Ahwaz, in 2013. *ISMJ*. 2015 Nov 15;18(5):1034-44.