مطالعه فرایند مصرف دارو در جانبازان شیمیایی و ارایه یک الگو برای اصلاح مصرف

محمد محبوبی[1*]، الهام احسانی چیمه [2]، محمد قیاسی [3]، ابوالحسن افکار[4]

[1]دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، [2]دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، [3]دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، [4]دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[*]نویسنده پاسخگو: کرمانشاه- قصرشیرین- مرکز بهداشت، تلفن: ۰۹۱۸۸۳۴۰۲۱۸-۰۹۱۸۷۲۶۴۴۸۱
Email: mm59m@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دارو یکی از کالاهای استراتژیک است و کالاهای استراتژیک معمولا با تغذیه، دفاع و سلامتی کلی جامعه سر و کار دارند و نیازهای اساسی جامعه را در بر می‌گیرند. نیاز به دارو در جانبازان شیمیایی شاید امری انکارناپذیر باشد، ولی نقص در اطلاع از جزئیات مصرف دارو در بیماران پرخطر ممکن است موجب آسیب جدی و دشواری در ادامه زندگی شود.

هدف: این پژوهش به منظور مطالعه دانش مصرف دارو در جانبازان شیمیایی روستای نساردیره در نیمه اول سال ۱۳۸۸ انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای که به روش طولی در نیمه اول سال ۱۳۸۸ بر روی ۸۰ نفر از جانبازان و گروه شاهد در روستای نساردیره از توابع شهرستان گیلانغرب استان کرمانشاه انجام. داده‌ها توسط پژوهشگر و همکاران در طی شش ماه با استفاده از مصاحبه، مشاهده، بررسی اسناد پزشکی و با استفاده از پرسش‌نامه و چک لیست‌های محقق ساخته مورد بررسی قرارگرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss12 و آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش جنسیت گروه مقایسه را ۱۸مرد و ۲۲ زن و گروه مداخله را نیز به همین میزان تشکیل دادند. یافته‌های پژوهش میزان آگاهی گروه مداخله و مقایسه را از نظر۱۰ بعد مورد بررسی تقریبا یکسان اما بعد از مداخله افزایش آگاهی در ۸ بعد گروه مداخله مثبت و در ۲ بعد منفی نشان داده‌شد. مصرف خودسرانه دارو و استفاده از داروهای اورژانسی مثل مسکن‌ها و آرامبخش‌ها از جمله فاکتورهای غیرقابل تغییر در فاصله ۶ ماهه بود. بین جنسیت و مصرف داروهای اورژانسی در مردان رابطه معنی‌داری نشان داده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش وضعیت فعلی مصرف دارو را بحرانی نشان‌داده و استفاده از یک سیستم نگهدارنده به موازات افزایش آگاهی مصدومان پرخطر از جمله مصدومان شیمیایی و ارایه یک الگو برای اصلاح الگوی مصرف را خاطر نشان می‌سازد.

کلید واژه: جانبازان شیمیایی، الگوی مصرف دارو.

تاریخ دریافت:۸۸/۷/۱۶

تاریخ پذیرش:۸۸/۹/۲

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]

مقدمه

دارو یکی از کالاهای استراتژیک است و کالاهای استراتژیک معمولا با تغذیه، دفاع و سلامت کلی جامعه سروکار دارند و نیازهای اساسی جامعه را در بر می‌گیرند. تجویز غیرمنطقی دارو علاوه بر ضررهای اقتصادی مخاطراتی برای نظام سلامت ایجاد می‌کند. در واقع با تجویز غیرمنطقی دارو خطر کشندگی عفونت‌های بیمارستانی هم روز به‌روز بیشتر می‌شوند. خوددرمانی از عادات و رفتارهای نادرست است که هزینه‌های زیادی را متوجه فرد و جامعه می‌کند. متاسفانه میزان مراجعات مردم به پزشکان کشور در ایران بالاست، به گونه‌ای‌است که ایران به لحاظ مصرف دارو جزو ۲۰ کشور نخست دنیاست و در آسیا بعد از چین مقام دوم را دارد. تحقیقات انجام‌شده در کشور نشان می‌دهد که ایرانی‌ها بیش از استاندارد جهانی دارو مصرف می‌کنند. به‌طوری که ۱۰ تا ۱۵درصد داروها بدون مشورت پزشک و خودسرانه مصرف می‌شود. در هر حال اصلاح رفتار غلط، تجویز غیرمنطقی دارو و مصرف خودسرانه دارو که به یک فرهنگ از نوع نادرست آن تبدیل شده‌است، نیازمند عزم همگانی و ملی است.(۱) رعایت‌نکردن ضوابط علمی، تحویل بدون نسخه از سوی برخی داروخانه‌ها و بالابودن قلم‌های دارویی در نسخه‌های تجویزی از سوی پزشکان از مهمترین دلایل مصرف بی‌رویه و نشان‌دهنده غیرمنطقی‌بودن فرایند تجویز دارو در کشور است. آمار رسمی وزارت بهداشت می گوید در ۸ سال گذشته متوسط تعداد داروهای تجویزشده در هر نسخه بیش از ۴ قلم بوده که در حال حاضر متوسط کشوری آن ۶.۳ قلم رسیده‌است. این درحالی‌است که میانگین جهانی در این زمینه کمتر از دو قلم در هر نسخه است. گرچه دارو رکن اصلی درمان در دنیاست و ۷۵ درصد درمان‌ها از طریق آن صورت می‌گیرد، اما افزایش بی‌رویه مصرف دارو بدون نسخه پزشک از سوی بسیاری از افراد در حالی رخ می‌دهد که به گفته پژوهشگران مصرف زیاد و خودسرانه دارو احتمال بروز خودکشی را افزایش می‌دهد. اصولا داروها را می‌توان به سه گروه داروهای اساسی، داروهای کمکی، داروهای غیرضروری تقسیم نمود. داروهای اساسی آن دسته مواد دارویی هستند که بدون وجود آن‌ها و حتی با کمبود سلامت جسمی و روانی جامعه در معرض خطر جدی قرار می‌گیرند از جمله این داروها می‌توان به داروهای ضددیابت، داروهای قلبی عروقی، دیورتیک‌ها، آنتی بیوتیک‌ها و ... اشاره کرد. داروهای کمکی در درمان بیماری‌ها اساسی نیستند لیکن بدون وجود آن‌ها پزشک با مشکلات شدید درمان بیماران مواجه می‌شود و بیمار رنج خواهدبرد مانند مسکن‌ها که در بسیاری موارد نقش آن‌ها تا حد داروهای اساسی، مهم است. داروهای غیرضروری داروهایی هستند که یا موارد استعمال تاییدشده ندارند یا با دوزهایی که تجویز می‌شوند تأثیر دارویی ندارند. می‌بایست در همه حوزه‌هایی که امکان سوء مصرف، مصرف غیرمنطقی، مصرف نابجا و بی‌رویه وجود دارد اصلاحاتی صورت‌گیرد. بیشترین مصرف داروها در گروه آنتی‌بیوتیک‌ها و سپس مصرف داروهای اعصاب و روان است، مسکن‌ها نیز بیشترین داروهایی است که مردم به صورت خود سرانه مصرف می‌کنند. علاوه بر مسکن‌ها، قطره‌های چشمی و آنتی‌بیوتیک‌ها نیز بیشترین میزان مصرف خودسرانه دارند، البته آنتی‌بیوتیک به علت نوع تأثیر دارویی، بدترین داروهایی هستند که به این شیوه مصرف می‌شوند چرا که در صورت عدم‌نیاز بدن، این دارو مانند سم عمل می‌کند و میکروب‌های بدن را نسبت به داروها مقاوم می‌کند و در صورت ایجاد عفونت در بدن دیگر آنتی‌بیوتیک در درمان بیماری موثر نخواهدبود. همیشه هزاران مرگ و میر و بیماری‌های مختلف و خطاهای پزشکی انجام‌گرفته و عوارض شدید بیماری‌ها به صورت آماری اعلام می‌شود. بسیاری زمآن‌ها دید آماری داشتن به مسائل پزشکی، اهمیت به وجودآمده را مخفی می‌کند و به نوعی از بین می‌برد. این در حالی است که با اطمینان می‌توان گفت که تمام این مسائل به تجویز غیرمنطقی دارو بر می‌گردد.(۲)

یکی از راه‌های موفقیت‌آمیز عدم‌ابتلا به بیماری‌ها در زمان بزرگسالی، تلقیح واکسن در زمان کودکی است. چه بسا رعایت‌نکردن این فرایند مهم ابتلای شخص را در آینده به یک بیماری مهیا و زندگی با درمان را به‌جای پیشگیری همراه نماید. در میان مراقبت های عمومی واکسیناسیون بیشترین اثر بخشی در پیشگیری از بیماری‌ها و ناتوانی دارد.(۳)

این مطالعه به منظور مطالعه مصرف دارو در جانبازان شیمیایی و ارایه یک الگو برای اصلاح مصرف در نیمه اول سال ۱۳۸۸ انجام شده‌است.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای که به صورت طولی بر روی ۸۰ جانباز شیمیایی ساکن یک منطقه همسان (روستای نساردیره از توابع شهرستان گیلانغرب استان کرمانشاه) در طی۶ ماه اول سال ۱۳۸۸ انجام‌شده‌است. جامعه پژوهش به دو گروه مداخله (۴۰نفر) و مقایسه (۴۰نفر) تقسیم‌گردید. در این مطالعه سعی‌شد افراد مورد مداخله از نظر دموگرافیک و نداشتن بعضی شاخص‌های جانبی (بیماری‌های متابولیک، روانی و ...) با افراد مورد مقایسه همسان انتخاب‌شوند. یعنی افراد مورد مداخله و مقایسه با دقت نسبتا خاصی از نظر سن، جنس، همکاری، درصد جانبازی(۴۰-۱۵درصد)، نوع مصدومیت (چشم، داخلی، پوست) انتخاب و وارد مطالعه شدند. دو گروه ابتدا براساس ابزار پژوهش یعنی مشاهده، مصاحبه، تکمیل چک لیست مورد آزمایش قرارگرفته و سپس در طی ۶ ماه۴۰نفر افراد مورد مداخله به طور میانگین هر ماه یک‌بار مورد بازدید قرارگرفتند. ضمنا در شیوه مراجعه به مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی هیچ‌گونه دخالتی صورت نگرفته‌بود. در این بازدید و پایش آموزش‌های خاص ده‌گانه به زبان ساده توسط دو همکار محلی که دارای تحصیلات دانشگاهی مرتبط بودند انجام و به سوالات آن‌ها پاسخ داده‌شد. داده‌ها به‌طور منظم در پایان مطالعه بوسیله چک لیست‌های امتیازبندی‌شده گردآوری و سپس توسط نرم‌افزار SPSS12 و آمار توصیفی تحلیل گردید.

نتایج

یافته‌های پژوهش فراوانی گروه مداخله را ۴۰ نفر و گروه مقایسه را ۴۰ نفر نشان داده‌است. از این تعداد به نسبت مساوی ۴۵درصد مردان در گروه مقایسه و مداخله و ۵۵ درصد جمعیت را زنان تشکیل داده‌بودند. بیشترین فراوانی گروه مداخله بین سنین۶۰-۴۰ سال(۴۵درصد) و بالاتر از ۶۰ سال(۴۵درصد) بوده‌اند. در گروه مقایسه نیز ۳۵درصد بین سنین۶۰-۴۰ سال و ۳۷.۵درصد نیز افراد بالای۶۰ سال را به خود اختصاص داده‌بودند.(جدول۱) از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی در گروه مداخله، در سطح ابتدایی (۴۰درصد) و در گروه شاهد ۳۵درصد (بی‌سواد) بیشترین فراوانی را داشته‌اند.(جدول۱)

یافته‌های پژوهش قبل از مداخله در بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر بررسی ده شاخص مهم مورد مطالعه نشان‌داده‌است که هر دو گروه با وجود مصرف دارو دانش خاصی در خصوص فاکتورهای مورد بررسی وجودنداشته و جمعیت مورد مطالعه به نسبت تقریبا مساوی داروهای خاص بیماری خود را مصرف نموده بودند. ۷۶درصد این جمعیت بدون دستور پزشک در طی مطالعه حداقل یک‌بار خودسرانه دارو مصرف نموده‌بودند. تمام جانبازان در طی ۶ ماه مطالعه به طور میانگین ۲ بار در روز دارو مصرف نموده‌بودند. یافته‌های پژوهش نشان‌داده‌است که در صورت عدم‌دسترسی سریع به مراکز درمانی به‌طور خودسرانه داروهای اورژانسی را مصرف‌نموده که نتایج یافته‌ها عدم کاربرد مداخله را نشان‌داده‌است.(جدول۲)

جدول۱: فراوانی جانبازان شیمیایی مورد مطالعه در دو گروه مداخله و مقایسه به تفکیک جنس، سن و تحصیلات (برحسب درصد)

	مداخله		مقایسه	
	مرد	زن	مرد	زن
سن				
۳۰-۲۰سال	۲.۵	۵	۲	۵
۴۰-۳۱سال	۵	۵	۱۰	۷.۵
۶۰-۴۱سال	۵	۲۵	۱۷.۵	۱۷.۵
بیشتر از ۶۰ سال	۲۰	۲۰	۱۲.۵	۲۵
تحصیلات				
بیسواد	۱۷.۵	۱۲.۵	۱۵	۲۰
ابتدایی	۱۵	۲۵	۱۲.۵	۱۵
سیکل	۵	۷.۵	۷.۵	۷.۵
دیپلم و بالاتر	۷.۵	۱۰	۱۰	۱۲.۵

جدول۳:مقایسه تأثیر میزان مداخله در جانبازان شیمیایی مورد مطالعه در دو گروه مداخله و مقایسه در نیمه اول سال ۱۳۸۸

	مداخله		مقایسه	
	قبل (درصد)	بعد(درصد)	قبل(درصد)	بعد(درصد)
نگهداری دارو	۳۵	۹۱	۴۵	۴۰
مصرف دارو	۴۱	۹۳	۳۵	۳۹
حساسیت دارویی	۲	۱۰۰	۵	۲
تزریق دارو	۷	۸۷	۱۰	۱۷
عوارض دارو	۱	۷۳	۳	۶
تغذیه و دارو	۵	۸۹	۳	۴
مصرف ویتامین	۱۴	۵۲	۱۵	۱۱
بارداری و دارو	۱۹	۸۷	۷	۵
مصرف خودسرانه	۸۵	۹۰	۷۹	۹۱
داروهای اورژانسی	۹۱	۸۹	۴۷	۵۹

پژوهشگر و همکاران با استفاده از آموزش حضوری به بیمار یا یکی از اعضای ثابت خانواده، در اختیار قراردادن

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]

پمفلت آموزشی، سرکشی ماهانه و پایش مستمر در طول مطالعه، مطالعه نسخ بیماران و ثبت در چک لیست مربوطه و در نهایت با توجه به پیشرفت دانش بیمار درخصوص مولفه‌های مورد مطالعه امتیاز مربوط اختصاص که در نهایت امتیازات به صورت میزان آگاهی محاسبه گردید. یافته‌های پژوهش به درستی تأثیر مداخله را بعد از ۶ ماه در جدول ۳ نشان داده‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

جانبازان شیمیایی از گروه پرمخاطره جامعه می‌باشند که نیاز به مراقبت در آن‌ها بیش از سایر بیماران احساس می‌شود و این نیز بستگی به نوع مصدومیت و شدت بیماری بستگی دارد. به هر نحو این مصدومین جنگ تحمیلی علاوه‌بر آسایش جسمی بیش از پیش نیاز به آرامش روانی‌دارند که یکی از راه‌های دسترسی به این مهم فراهم‌آوردن امکانات پیشگیری و درمانی در جامعه است. این بیماران به علت تفاوت مصدومیت دارای شرایط خاصی برای دسترسی به دارو هستند و شاید یکی از گروه‌های پرمصرف دارو در جامعه جانبازان شیمیایی باشند. به همین علت بررسی شیوه و دانش این قشر معظم در کشور ما که در دنیا مقام بیستم و در آسیا مقام دوم مصرف دارو را دارد، شاید قابل تامل باشد.

توفیقی(۱۳۷۹) در مطالعه‌ای تحت عنوان کالبدگشایی مسمومین در زندان به این نتیجه دست‌یافته‌است که میزان مرگ ومیر در افرادی که خودسرانه از داروهای نظافت (۲۰.۹درصد) و آرام‌بخش استفاده‌کرده‌بودند بیش از کسانی بود که دارو را با احتیاط و باآگاهی مصرف‌نموده‌بودند. داروی موبر که به عنوان مکمل دارویی خودکشی در زندان مصرف می‌شود به علت سهولت دسترسی و آگاهی بعضی افراد که سابقه افسردگی و اعتیاد به مصرف خودسرانه دارو داشته‌اند، بیشترین اثرات تخریبی و مرگ را نسبت به سایر داروها در زندان داشته‌اند که این مطالعه با پژوهش حاضر در بحث عوارض دارو هم‌خوانی دارد. در بین جانبازان شیمیایی فقط ۱درصد افراد از عوارض دارویی خود مطلع بودند که بعد از مداخله این میزان به ۷۳درصد ارتقاء یافته‌بود و این‌در حالی‌است که گروه مقایسه بطور میانگین ۴.۵درصد از عوارض دارویی مطلع‌بوده‌اند.(۴)

در یک مطالعه‌ای که توسط پایگاه اینترنتی امدادگران ایران در سال ۱۳۸۸ منتشر شده‌بود این نتیجه حاصل‌شده‌بود که شیوه استعمال و روش صحیح مصرف دارو با توجه به تجویز پزشک صورت نمی گیرد. پژوهش حاضر نیز نشان داده است که به طور میانگین۴۰درصد افراد مورد مطالعه نحوه صحیح مصرف دارو را رعایت‌نکرده، اما بعد از مداخله استفاده صحیح گروه به ۹۳درصد ارتقاء یافته‌بود و این موید عدم‌آگاهی کافی درخصوص چگونگی و استعمال دارو بوده‌است. به عنوان نمونه بعضی افراد مورد مداخله فقط عادت به بلعیدن بعضی داروها را داشته‌اند (۳۷درصد)، تعدادی مصرف آنتی‌بیوتیک را بدون مقدار کافی آب مصرف نموده‌بودند (۴۰درصد) و ۵۹درصد گروه جامعه مورد مطالعه مصرف دارو را براساس دستور پزشک به‌طور مرتب رعایت ننموده‌بودند. زنان در طول دوران بارداری به علت افسردگی کاندیدای مصرف داروهای اضافی می‌باشند که عدم مدیریت آن در زمان بارداری هم جان خود و هم جان جنین را به خطر می‌اندازد. کلاریو(۲۰۰۷) در پژوهش خود با عنوان داروهای ضدافسردگی در زمان بارداری می‌نویسد که زنان بیشتر از مردان مستعد افسردگی هستند که این می‌تواند نشان از زمان کودکی باشد و همین امر در بزرگسالی عادت به دارو را افزایش داده‌است که نتیجه حاصل با پژوهش مربوط از جنبه‌های مورد مطالعه هم‌خوانی نداشت.(۵)

مارلو(۲۰۰۹) در مقاله خود با عنوان نتایج مشارکت جامعه در مراقبت‌های بیمارستانی در بیماری پنومونی خاطر نشان‌کرده‌است که مصرف بد آنتی‌بیوتیک علاوه بر خطرات بعدی برای جامعه بستری طولانی مدت وی را نیز به دنبال دارد درحالی‌که می‌توان با مشارکت افراد جامعه افرادی که مستعد پنومونی هستند با آگاهی از عوارض بیماری، عدم‌مصرف خودسرانه دارو و با مراجعه به انجمن پنومونی خود را در بهداشت جامعه سهیم بدانند.(۶) امیداست جامعه به سطحی از فرهنگ عمومی ارتقاء پیدا کند که افراد علاوه بر خودمراقبتی، دیگران را در سلامتی خود شریک‌کنند. مصرف غیرمنطقی دارو، عدم‌نگهداری دارو در فضای نامناسب، مصرف نامناسب و خودسرانه ویتامین‌ها، عدم‌اطلاع از عوارض دارویی منجمله آنتی‌بیوتیک‌ها از دلایل مهم مقاومت دارویی به بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها و عدم‌بهبودی بیماری می‌باشد که نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش حاضر از بعد مصرف غیرمنطقی دارو (۹۱درصد)، عدم‌نگهداری دارو(۳۵درصد)، مصرف خودسرانه (۸۵درصد) هم‌خوانی دارد.(۷)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]

دسترسی ساده و آسان به پزشک و دارو به خاطر پرداخت تمام مبلغ دارو و ویزیت پزشک بعضی مصدومین را بر آن می‌دارد که بیش از نیاز خود دارو مطالبه نمایند و به نوعی تقاضای القایی در آن‌ها شدت پیداکند که ارائه الگوی این پژوهش می‌تواند راهکاری برای کاهش تقاضای القایی باشد.

افضلی(۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان تعیین الگوی مرگ‌های ناشی از مسمومیت‌های دارویی و شیمیایی در همدان طی سال‌های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۶ یادآوری نموده‌است که میزان مرگ در مردان نسبت به زنان ۵ به۱ بوده‌است. مصرف عمدی مواد با ۵۲.۲ درصد بیشترین موارد را به خود اختصاص‌داده‌بود. هم‌چنین یافته‌های پژوهش مذکور نشان‌داده‌است که دسترسی آسان به داروها باعث افزایش مسمومیت و فوت ناشی از آن بوده‌است که بعد از افزایش دسترسی، با این پژوهش هم‌خوانی دارد.(۸) به‌طور میانگین قبل از مداخله سبد دارویی هر خانوار شامل ۱۸ قلم دارو بود که به طور متوسط ۴قلم آن مورد استفاده‌بود از این میزان ۲۰درصد داروها تاریخ انقضای آن‌ها گذشته بود و بقیه داروهای موجود در سبد دارویی از گروه آرام بخش‌ها و مسکن‌ها بوده‌اند.

ورنون(۱۳۸۵) در خصوص مشکلات و مصرف زیاد داروهای آرام‌بخش خاطرنشان ساخته‌است شور و شوق برای تجویز این داروها به حدی گسترش یافته‌است که از دیگر داروهای این گروه به شیوه نامناسب استفاده شده‌است که نتایج این مطالعه با مصرف خودسرانه داروهای آرام‌بخش و مسکن گروه مورد مطالعه مطابقت داشته‌است.(۹) همان‌طور که قبلا ذکر شده‌بود میانگین اقلام دارویی مصرفی در کشور ما بالاتر از میانگین جهانی است. ۵۴درصد بیماران مورد مداخله به طور میانگین دو قرص و به‌طور میانگین ۲ بار در روز تجویز درمانی آن‌ها بوده‌است در حالی‌که این رقم با مصرف خودسرانه و استفاده از داروهای اورژانسی به ۴.۵ قلم نیز رسیده‌بود.

افضلی(۱۳۸۱) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثرات درمانی آتروپین + اکسیم در مسمومین با ارگانوفسفره با علائم موسکارینی خاطر نشان کرده‌است که پاسخ به درمان در روش دودارویی نسبت به روش تک‌دارویی ارجحیتی نشان نداده‌است. کلیه نتایج درمان (بهبودی بدون عارضه، بهبودی با عارضه، مرگ) و مدت زمان پاسخ به درمان روش تک‌دارویی نسبت به روش دودارویی از نتایج بهتری برخوردارنبود که نتایج مطالعه حاضر از بعد میانگین اقلام دارویی هم‌خوانی نداشته‌است.(۱۰)

اهمیت دانش و اطلاعات دارویی وظیفه و رسالت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. ندادن اطلاعات ساده و آسان و عدم‌توجیه بیماران در طرز مصرف دارو می‌تواند علاوه بر تحمیل هزینه‌ها از درآمد ناخالص ملی، سلامت افراد را نیز به مخاطره اندازد به‌همین منظور گاربر(۲۰۰۸) و ویلنسکی(۲۰۰۸) در مطالعات خود خاطر نشان ساخته‌اند که اهمیت اطلاعات در خصوص هزینه اثربخشی راه درمان یک ضرورت است. بدون اطلاع از مقایسه اثربخشی و هزینه، ما تنها فرمی از لیست قیمت‌ها با ارقام را داریم. دو جزء اساسی و مورد اعتماد که برای مصرف‌داروموردنیازهستندعبارتنداز:اثربخشی‌تصمیم‌گیری مراقبت‌های‌بهداشتی‌وشناخت‌منطقی.(۱۱و۱۲)

تمام مطالعات در متن خود به نوعی اهمیت آگاهی و دانش طرز مصرف دارو را عنوان نموده‌اند که چنانچه دارو در مرحله منطقی خود دارو استفاده‌شود، موثر است و در غیراین‌صورت سم بحساب می‌آید و انسآن‌های منطقی و آگاه ممکن نیست که با دست خود سم دریافت کنند.

نیکولا(۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان مراقبت‌های بهداشتی غیربیمارستانی در مورد هپاتیت B و C بیان نموده‌است که اطلاعات عمومی از نحوه انتشار بیماری، چگونگی مصرف منظم داروها، وضعیت حاملگی در دوران آلودگی به ویروس می‌تواند دیگر افراد جامعه را بدون دخالت مراقبت‌های بیمارستانی از خطر سرایت ویروس مصون نماید.(۱۳)

هاشمیان (۱۳۸۷) در مطالعه خود با عنوان ارائه مدلی برای تحلیل روابط بین یارانه دارو و بیمه سلامت با گسترش عدالت در جامعه خاطر نشان ساخته‌است که در برنامه پنجم، سیاست‌های کلی در هشت محور اصالت و کارامدی فرهنگ اسلامی، گسترش عدالت و کرامت انسانی، توسعه فناوری در سایه معرفت دینی، رشد اقتصادی عدالت محور، تحکیم امنیت کلی، توسعه روابط بین‌المللی، اصلاح ساختار اداری و مدیریتی و ارتقای ساختار قضایی طراحی شده‌است که بخش بهداشت و درمان در محور دوم مورد توجه قرارگرفته‌است. برای دستیابی به بخشی از عدالت اجتماعی، بهبود وضعیت بهداشت و درمان ضرورت دارد.(۱۴) وضعیت داروی کشور با توجه به هزینه ساخت، خروج ارز برای واردات داروهای خارجی، نیاز بیماران خاص و شیمیایی به بعضی داروهای

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]

نایاب، نبود فرهنگ و اطلاع کافی از نحوه مصرف، نگهداری، حساسیت، عوارض، تغذیه مکمل، مصرف خودسرانه و... دارو، تقاضای القایی از طرف پزشک و بیمار به خاطر هزینه پایین خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی برای مصدومان شیمیایی، تبلیغ های نامناسب از طریق مجلات، اینترنت و ... برای معجزه‌گری خواص بعضی داروها و ناتمام گذاشتن دوره تکمیل چرخه دارویی و ... چرخه مدیریتی دارویی کشور را حساس می‌نماید. بدین منظور در این مقاله به ارائه الگویی برای بهبود وضعیت اقتصادی دولت و اصلاح الگوی مصرف بیماران طراحی که امید است کاربرد آن بتواند قسمتی از چرخه معیوب دارویی را بهبود بخشد.

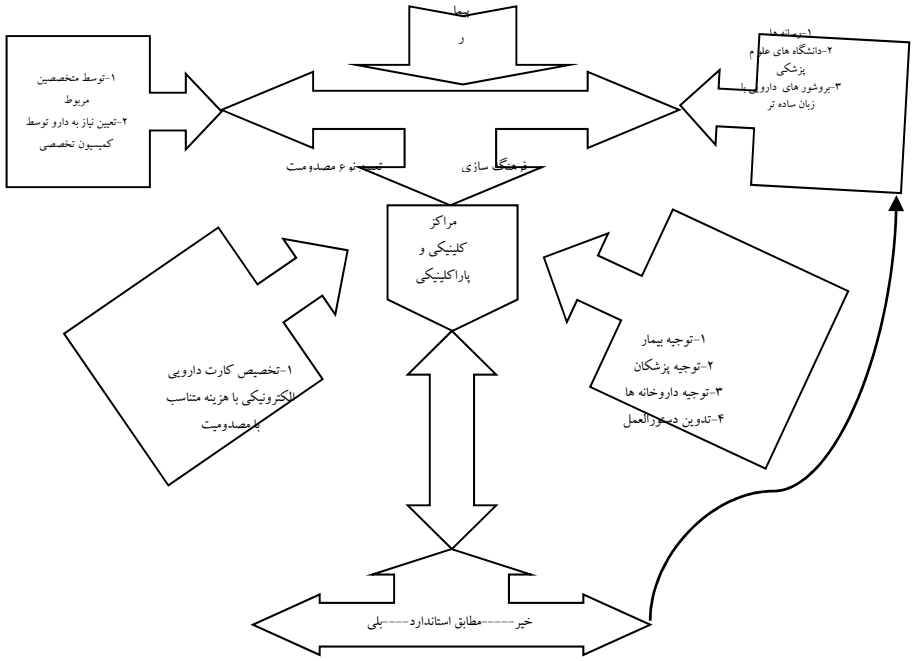
این الگو فرایند ساده و کاملی را با توجه به شیوه کشورهای پیشرفته و با اقتباس از فرهنگ محلی ارائه داده که رعایت آن می‌تواند بی نهایت در ترمیم چرخه دارویی موثر باشد. در مدل مذکور مصدومیت واقعی بیمار توسط کمیسیون‌های تخصصی مشخص می‌شود که اثربخشی این اقدام منفعت آن را در آینده نزدیک چند برابر می‌کند. همسو با این اقدام فرهنگ سازی برای الگوی مصرف صحیح دارو با استفاده از رسانه‌ها از جمله صدا و سیما، کنفرانس‌ها، مساجد، تریبون‌های رسمی، روزنامه‌ها و ... و از طرفی آموزش کادر درمان به مصدومین و از طرفی باور خود آن‌ها به تأثیر این روش اقدامات و زیر بنای اصلی استقرار الگو را فراهم می‌سازد. در نهایت پس از اقدام اول هرگاه بیمار نیاز به مراجعه مراکز درمانی داشته‌باشد می‌تواند با دفترچه‌های درمانی که در دنیا رو به فسخ‌شدن هستند، یا با کارت اعتباری درمان که در این میان با توجیه و آموزش واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی و وضع مقررات پرداخت دارویی علاوه بر پرداخت‌نکردن نقدی پول یا سند سازی هزینه‌ها با کسر اعتبار هزینه از کارت الکترونیکی بیمار به‌راحتی دارو دریافت کرده و از پرداخت پول از جیب که به عنوان یک معضل درمانی در دنیا یاد می‌شود، راحت می‌شود. ضمنا پرداخت ویزیت پزشک به این وسیله مقدور می‌باشد. پس از یک مدت تعیین شده از طرف کمیسیون تخصصی پایشی صورت‌گرفته که در صورت رعایت بیمار مطابق با استانداردها و اتمام شارژ دوباره کارت، شارژ و در صورت رعایت الگوی مصرف و رعایت اصول و موازین پزشکی و دارویی جهت تشویق ایشان امتیازات دیگری از طرف سازمان به وی تعلق می‌گیرد (زیارت‌ها،گردش‌های علمی، کمک هزینه‌ها، وام‌های بلاعوض و ....) و در غیر این‌صورت اگر کمیسیون تخصصی فرد را در مصرف دارو تایید نکرد، مصدوم مجبور است تا مهلت شارژ بعدی با پرداخت نقدی دارو تهیه کند. این الگو بعد از استقرار طی چند ماه و دوره و تغییر الگوی مصرف کسانی که تقاضای القایی زیادی در گذشته داشته‌اند می‌تواند به خوبی وضعیت رضایت‌بخشی را به وجودآورد.

نتیجه آن‌که مصرف دارو در تمام دنیا بر اساس اصول خاصی بنا شده‌است. وضع قوانین و مقررات علاوه بر کنترل صحیح مصرف دارو تا حدودی می‌تواند علاوه بر تأمین سلامتی جامعه از خروج ارز برای تامین داورهای کمیاب از کشور جلوگیری کند. نتایج پژوهش حاضر نشان داده‌است که ارتقاء آگاهی و دانش در خصوص شیوه مصرف صحیح دارو ضعیف بوده و به موازات افزایش آگاهی تاسیس کارت‌های الکترونیکی دارو برای مصدومان شیمیایی می‌تواند وضعیت مصرف را در این قشر معظم و آسیب‌دیده بهبود بخشد، لذا بهتر است مسئولین و برنامه‌ریزان به زودی سامانه هوشمند پرداخت الکترونیکی دارو و شناسنامه‌دارنمودن پرونده بالینی مصدومین شیمیایی را تهیه تا پایش درمان این عزیزان با مشکل مالی و معنوی مختل نگردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمام جانبازان گرامی که در طول مطالعه با صادقانه ما را یاری نموده و با صبر و تحمل به سوالات ما پاسخ‌داده‌اند صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین از همکاران محترم که بدون هیچ چشمداشتی و فقط از روی کمک به یک پژوهش علمی خالصانه فرایند پژوهش را تسهیل نمودند، تشکر می‌گردد.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]



نمودار۱:مدل الگوی اصلاح مصرف دارو در جانبازان شیمیایی

منابع

1. Salehi, N. Drugs Condition in Iran, retrieved from www.niksalehi.com/news/archives /034987.php
2. Hossein Abadi, M. Looking to the drug over consumption in Iran, Siahat-e-Gharb monthly journal, 1380, 50, retrieved from www.ir.mondediplo.com
3. Maclosek, MV, Coffield, AB., Edwards, NM. Fbtternesch, TJ. Goodman, MJ. Solberg, LI. Priorities among effective clinical Preventive services: Results of a systematic review and analysis. AMJprev Med.2006; 31:52-61.[PM ID:1677453].
4. Tofighi, H. Autopsy of prisoners in prison, scientific journal of legal medicine, 6(21), 1379, pp 10-14.
5. Claudio N. Antidepressant during pregnancy: Treating the condition while Acknowledging the risks, published in journal of women's health, April 26, 2007.
6. Marlo, V., Marco, F., Salvator, C., et al. outcomes of patients hospitalized with community-Acquired, Health care-Associated, and hospital-Acquired pneumonia, Annal of internal medicine, 2009, 150:19-26
7. Tablan OC., Anderson LJ., Besser R., Bridges C., Hajjeh R., for the health care infection control practices Advisory committee. CDC Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia 2003: recommendations of CDC and the health care infection control practices Advisory committee. MMWR Recommend Rep, 2004; 53:1-36. [PMID: 15048056].
8. Afzali, S., Kashani, M., Abbasi KH., Kolsoum, F. Defining the model of chemical and drugs poisoning deaths in Hamedan during 1384-1386, Scientific journal of Qom university of medical science, 2(3), 1387, pp 27-31.
9. Verton, K. comforting drugs, Siahat-e-Gharb monthly journal, 1385, No.32, retrieved from WWW.BENZO.org.uk
10. Afzali, S. Atropine and signs of Moskarini with Organophosphorage, Scientific journal of Hamedan university of medical science, 3(40), 1381.
11. Garber AM. A menu without prices [additional].Amn intern Med.2008; 148:964-6.[PMID:18483127].
12. Wiknsly, GR .Cost-effectiveness information: yes, it s important, but keep it separate, Ann intern Med.2008; 148:967-8[PMID: 18483126].
13. Nicola, D., Joseph F., Anne C., et al, no hospital health care-Associated Hepatitis B and C virus transmission: united stated, 1998-2008.Annal of internal Medicine, 2009, 150, 33-39.
14. Hashemian Bojnoord, N., Banihashem Rad, S.H., designing a model for analyzing the relations between drugs subsides and health insurance regarding with developing equity in community, scientific Journal of health information management(special issue), No.2, 1387, p.68.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-16]