

## تحلیل جامعه شناختی تفاوت های جنسیتی در مصرف خود سرانه دارو در

### شهر یاسوج

سیروس احمدی<sup>۱\*</sup>، مریم مختاری<sup>۲</sup> و سونیا کریمیان<sup>۳</sup>  
 تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۱۲

### چکیده

مصرف خودسرانه دارو در ایران فراتر از معیارهای جهانی است و جنسیت، نقشی مهم در این زمینه دارد. در حالی که رویکرد زیستی، رویکرد روانی- اجتماعی و رویکرد اجتماعی- ساختاری باور دارند، زنان، بیش تر مستعد مصرف خودسرانه دارو هستند، ولی رویکرد رفتاری، مردان را مستعدتر می داند. براین اساس، این پژوهش تلاش کرده است رابطه جنسیت و مصرف خودسرانه دارو را بررسی و به این سؤال پاسخ دهد که آیا جنسیت می تواند احتمال مصرف خودسرانه دارو را پیش بینی کند؟ این مطالعه به روش پیمایشی در مورد ۴۰۰ نفر از جمعیت ۵۵-۱۸ ساله شهر یاسوج که به روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای، انتخاب شدند، انجام گرفته است. از نمونه های مورد بررسی خواسته شد تا پاسخ دهند، آیا در دو ماه اخیر اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده اند؟ و اگر پاسخ مثبت است چه داروهایی؟ یافته های پژوهش نشان دادند که مصرف خودسرانه دارو در بین پاسخگویان بالاست، به گونه ای که ۸۷/۲٪ اقدام به مصرف خودسرانه داروی بدون نیاز به نسخه (OTC) و ۷۰/۲٪ اقدام به مصرف داروی نیازمند نسخه (POM) کرده اند. یافته های پژوهش با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک نشان دادند، جنسیت قادر به پیش بینی نسبت شانس مصرف خودسرانه دارو نیست و تحصیلات نقشی مهم تر در پیش بینی نسبت شانس مصرف خودسرانه دارو دارد. نتیجه گیری این پژوهش این است که زنان و مردان در مصرف خودسرانه دارو از الگوی مشابهی پیروی می کنند و متفاوت نیستند.

**واژه های کلیدی:** دارو، مصرف خودسرانه، جنسیت، یاسوج.

<sup>۱</sup> - دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه یاسوج.

<sup>۲</sup> - دانشجویی گروه جامعه شناسی دانشگاه یاسوج.

<sup>۳</sup> - دانش آموزی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه یاسوج.

\*- نویسنده مسئول مقاله: sahmadi@yu.ac.ir

## پیشگفتار

پارسونز (۱۹۵۱) در چارچوب مدل اجتماعی روابط پزشک-بیمار ضمن برشمردن نقش حرفه‌ای پزشک و نقش بیماری بیمار، باور داشت، از بیمار انتظار می‌رود، همواره در جستجوی درمان تخصصی باشد و تحت نظر پزشک به درمان (و مصرف دارو) بپردازد، اما به دلایل گوناگون (Jalilian et al., 2013)، بسیاری از افراد بیمار بدون مراجعه به پزشک اقدام به تجویز و مصرف دارو می‌کنند. این پدیده که مصرف خودسرانه دارو<sup>۱</sup> نامیده می‌شود، یک مسئله جهانی است که بویژه در کشورهای در حال توسعه از شیوع بالاتری برخوردار است (WHO, 2007; Almasdy & Sherrif, 2011). مصرف خودسرانه دارو در ایران نیز یک مسئله حاد بهداشتی-اجتماعی است. حسب برآوردها، حداقل ۲۰٪ داروی مصرفی ایران (که جزو بیست کشور نخست مصرف کننده دارو در دنیاست)، ناشی از مصرف خودسرانه است (Axadbakht et al., 2015; Mahboobi, et al., 2010) که از میانگین جهانی آن، فراتر است. کارشناسان دارویی، داروهای مصرفی را به دو گروه داروهای بدون نسخه<sup>۲</sup> و داروهای با نسخه<sup>۳</sup>، تقسیم بندی می‌کنند (Sahebi et al., 2009)، اما از آن‌جا که تقریباً هیچ دارویی بدون عارضه نیست، مصرف تمام داروها به صورت خودسرانه، دارای پیامدهای زیانبار هستند (Tabiei et al., 2012). پیامدهای زیان بار مصرف خودسرانه دارو بر افراد و نظام بهداشت-درمان از یک سو و میانگین رشد مصرف دارو در ایران که از متوسط رشد جهانی بیش‌تر است (Amani et al., 2011). از سوی دیگر، توجه به این پدیده را به یکی از ضرورت های مهم بهداشت و درمان کشور تبدیل کرده است.

شواهد فراوانی وجود دارد که جنسیت بر رفتارهای سلامت و بیماری تاثیر دارد (Klemenc-Ketis et al., 2011). زنان و مردان در سه حوزه مرگ و میر<sup>۴</sup>، سلامت روانی<sup>۵</sup> و سلامت جسمی<sup>۶</sup>، از الگوهای یکسانی پیروی نمی‌کنند. به دلیل مرگ و میر، تقریباً در تمام نقاط دنیا، زنان بیش‌تر از مردان عمر می‌کنند و میانگین طول عمر آنان در برخی مناطق همچون روسیه، سیزده سال بیش‌تر از مردان است (Tischler, 2010). به دلیل سلامت روانی، زنان وضعیتی نابسامان تر دارند، به گونه‌ای که کی‌یز و گودمن (۲۰۰۶) باور دارند، زنان تقریباً دو برابر مردان گرفتار افسردگی هستند. در حوزه سلامت جسمی، الگوهای پیچیده تری بین زنان و مردان وجود دارد (Macintyre et al., 1996). میجن (۲۰۰۷) بر این باور است که مردان به لحاظ ساختار جسمی، ضعیف‌تر از زنان

<sup>1</sup> -Self-Medication

<sup>2</sup> - Over-the-Counter

<sup>3</sup> -Prescription-only-Medicine

<sup>4</sup> -Mortality

<sup>5</sup> -Mental

<sup>6</sup> -Physical

هستند و این امر در تمام دوره‌های سنی صادق است. به باور لاندیرین و کلونف (۲۰۱۱: ۵۹۱) بیماری‌های کرونر قلبی، دیابت و فشار خون در بین زنان به مراتب بیش از مردان است. از نظر روس و برد (۱۹۹۴) زنان در سنین جوانی وضعیت سلامت جسمی نابسامان تری نسبت به مردان دارند، اما با افزایش سن، این شکاف کم می‌شود. کیمل و ارونسون (۲۰۱۲: ۵۳۶) باور دارند، در بین ده بیماری عمده زنان و مردان، بیماری قلبی و سرطان در هر دو جنس رتبه‌های نخست و دوم دارند، اما دیگر بیماری‌ها در هر دو جنس رتبه‌های متفاوتی دارند. اندرسون و تیلور (۲۰۱۲: ۳۵۰) باور دارند، تا سن ۵۵ سالگی، بیماری فشار خون در مردان شایع‌تر از زنان است، اما به تدریج این الگو معکوس می‌شود. بر اساس برخی برآوردها، نرخ ابتلای مردان به بیماری‌های مرگبار بالاتر از زنان است، اما بیماری‌های مزمن در بین زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد (Kendall, 200). با وجود وول (۲۰۰۲) از مجموع ۷۷۱ میلیون مراجعه سالانه به پزشک در آمریکا، ۴۷۱ میلیون (۶۱/۱٪) متعلق به زنان و ۳۰۰ میلیون (۳۸/۹٪) متعلق به مردان است. افزون بر این، از مجموع ۵۷ میلیون عمل جراحی سالانه در این کشور، ۴۱ میلیون (۷۱/۹٪) مربوط به زنان و ۱۶ میلیون (۲۸/۱٪) مربوط به مردان است.

در تبیین تفاوت‌های جنسیتی در سلامت، چهار رویکرد زیستی، رفتاری، روانی-اجتماعی و ساختاری-اجتماعی، مطرح می‌باشند. در رویکرد زیستی<sup>۱</sup>، تفاوت‌های زنان و مردان بر حسب ساختار فیزیولوژیکی مانند رشد هورمون‌ها تحلیل می‌شود. مثلاً، ترشح هورمون استروژن در زنان از راه کاهش چرب‌های مضر، خطر بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد، اما ترشح هورمون تستوسترون در مردان از راه افزایش لیپوپروتئین، خطر ابتلاء به بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد (Newman and Brach, 2001).

رویکرد رفتاری<sup>۲</sup>، عمدتاً بر سبک زندگی تأکید می‌ورزد و باور دارد که تفاوت‌های زنان و مردان در سلامت، ناشی از فعالیت‌های برآمده از سبک زندگی‌شان است. آنان بر این باورند که مردان معمولاً بیش‌تر درگیر رفتارهای پرخطر مانند سیگار، الکل، رانندگی پرشتاب، نیستن کمر بند، رژیم‌های غذایی کم‌ارزش و غیره، هستند و همین امر سلامت‌شان را بیش از زنان به خطر می‌اندازد (Denton et al., 2004; Everett et al., 2001).

رویکرد روانی-اجتماعی<sup>۳</sup> عمدتاً بر تفاوت‌های زنان و مردان به لحاظ در معرض بودن، واکنش به عوامل استرس‌زا و شبکه‌های حمایت اجتماعی، تأکید می‌ورزد. به دلیل در معرض بودن، زنان از عزت نفس پایین‌تر و کنترل شخصی کم‌تری برخوردارند و وقایع استرس‌زای بیش‌تری را تجربه

<sup>1</sup> -Biological Approach

<sup>2</sup> -Behavioral Approach

<sup>3</sup> -Psychosocial Approach

می کنند، در نتیجه، احتمال افسردگی و بروز بیماری های جسمی در آن ها بیش تر می شود ( Denton et al., 2004). به دلیل آسیب پذیری، زنان و مردان مستعد انواعی متفاوت از عوامل استرس زا هستند و آن ها به گونه هایی متفاوت به این عوامل استرس زا واکنش نشان می دهند ( Rieker and Bird, 2000). برای مثال، زنان به گونه معمول، استرس را درونی می کنند و این امر به صورت اضطراب و افسردگی، خود را نمایان می کند، اما مردان به واسطه واکنش هایی همچون مصرف الکل و مواد مخدر، احساسات شان را بیرون می ریزند ( Horwitz et al., 1996; Horwitz and Davies, 1994). از سوی دیگر، زنان از شبکه های حمایتی بیش تری برخوردارند که به بهزیستی بیش تر زندگی شان کمک می کند (Shye et al., 1995).

رویکرد اجتماعی-ساختاری<sup>۱</sup>، تفاوت های زنان و مردان را بر حسب جایگاه های متفاوت اجتماعی- ساختاری در جامعه، منابع در دسترس، نقش ها و فرصت های همبسته با این جایگاهها، تبیین می کند (Blau et al., 2006). براساس این رویکرد، زنان و مردان موقعیت های اجتماعی متفاوتی در جامعه اشغال می کنند که آن ها را در معرض خطراتی قرار می دهد که برای سلامت شان زیانبار است. به گونه معمول، زنان موقعیت های اقتصادی اجتماعی پایین تری در جامعه کسب می کنند و به همین دلیل، با محدودیت های بیش تری در دسترسی به منابع لازم برای پیشگیری یا درمان بیماری ها، مواجه اند (Phelan et al., 2004). زنان به لحاظ اشتغال به گونه معمول، در مشاغل پاره وقت یا مشاغل سطوح پایین که از درآمد پایین تری برخوردارند، مشغول می باشند (Ahmadi, 2014). در نتیجه، از توان مالی کم تری برای برخورداری از خدمات بهداشتی- درمانی، برخوردارند. افزون بر این، موقعیت اجتماعی پایین تر زنان به گونه غیرمستقیم نیز بر وضعیت سلامت آن ها تاثیر گذار است. موقعیت اجتماعی پایین تر به معنای کنترل ادراک شده کم تر و عزت نفس پایین تر است که باعث افسردگی بیش تر می شود و افسردگی از راه کاهش سیستم ایمنی بدن و افزایش فشار خون، باعث تضعیف سلامت فیزیکی می گردد (Reaed and Gorman, 2011).

با استناد به رویکرد زیستی، زنان به دلیل ویژگی های فیزیولوژیکی از همان سنین پایین به دلیل عادت ماهیانه و فشارهای عصبی ناشی از آن بیش از مردان دچار دردهای جسمی و عصبی می شوند (Tesch, 2003). در نتیجه، محتمل تر است که با مصرف خودسرانه دارو با این دردها و فشارها مقابله کنند. براساس رویکرد روانی اجتماعی، زنان به دلیل عزت نفس پایین تر و کنترل شخصی کم تر، ناملایمات و مشکلات را درونی می کنند و مصرف خودسرانه دارو می تواند به این امر کمک کند. بر اساس رویکرد اجتماعی- ساختاری، زنان به دلیل موقعیت اجتماعی پایین تر، دسترسی مناسبی به نظام بهداشتی درمانی ندارند. در نتیجه، محتمل تر است که متوسل به خود درمانی شوند و

<sup>1</sup> -Social Structural Approach

سرانجام، براساس رویکرد روانی- اجتماعی، اگرچه زنان و مردان هر دو در معرض بیماری‌های جسمی و روانی قرار دارند، اما مردان به دلیل ویژگی‌های اجتماعی شدن که طی آن از آن‌ها انتظار می‌رود در مقابله با درد و بیماری، مقاوم باشند (Masoudnia, 2008) کم‌تر از زنان به پزشک مراجعه می‌کنند (Tischler, 2010) و تلاش می‌کنند بیماری‌های جسمی روانی خود را از راه رفتارهای پر خطر همچون مصرف الکل، سیگار و خوددرمانی مرتفع کنند.

رابطه جنسیت و مصرف خودسرانه دارو در قالب پژوهشات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. طبیعی و همکاران (Tabieietal., 2012) در بررسی دانشجویان دانشگاه بیرجند نشان دادند، زنان و مردان به لحاظ مصرف خودسرانه دارو تفاوتی معنادار با یکدیگر ندارند. پوررضا و همکاران (Purreza et al., 2012) با بررسی خوددرمانی در بین دانشجویان دانشگاه تهران نشان دادند، اگرچه مقدار مصرف خودسرانه دارو در بین زنان بیش از مردان است، اما این تفاوت معنادار نیست. امانی و همکاران (Amani et al., 2011) با بررسی دانشجویان در اردبیل نشان دادند، زنان و مردان به لحاظ مصرف خودسرانه دارو تفاوتی معنادار با یکدیگر ندارند. پژوهش‌ساحبی و همکاران (Sahebi et al., 2009) در تبریز نشان دادند که بین زنان و مردان از نظر نوع داروی درخواستی (POM/OTC) تفاوتی معنادار وجود ندارد. پژوهش‌دواتی و همکاران (Davati et al., 2007) در مورد سالمندان تهرانی نشان دادند، مصرف خودسرانه دارو بر حسب جنسیت تفاوتی معنادار نشان نمی‌دهد و بالاخره، پژوهش‌عباسی و عبدزاده (Abbasi and Abdzadeh, 2004) در ایلام نشان داد، اگرچه شیوع مصرف خودسرانه دارو بالاست، اما زنان و مردان تفاوتی معنادار با هم ندارند. آیوما و همکاران (Ayoma et al., 2012) در پژوهشی در ژاپن نشان دادند ۱۸٪ پاسخگویان اقدام به مصرف خودسرانه دارو می‌کنند، اما تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود. کلمنس‌کتیس و همکاران (Klemenc-Ketis, 2011) با بررسی دانشجویان در اسلونی نشان دادند که در طی دوره زمانی یک سال منتهی به پژوهش، ۹۴/۱٪ دختران و ۹۰/۹٪ پسران اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده‌اند، اما این تفاوت معنادار نیست. کاراسکو‌گریدو و همکاران (Carrasco-Garrido, 2010) با استفاده از داده‌های یک پیمایش ملی در اسپانیا نشان دادند که ۱۶/۹٪ زنان و ۱۴/۵٪ مردان اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده‌اند که نشان می‌دهد مصرف خودسرانه دارو در بین زنان بیش‌تر از مردان است. بولتن و همکاران (Bolton et al., 2006) در پژوهشی در کانادا نشان دادند که ۵۵/۴٪ مردان و ۴۴/۶٪ زنان اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده بودند و مردان به مراتب، بیش از زنان اقدام به مصرف خودسرانه دارو می‌کنند. اوبرمایر و همکاران (Obermayer et al., 2004) در پژوهشی در مکزیک، فیلیپین، اوگاندا و آمریکا نشان دادند زنان در مکزیک و اوگاندا بیش از مردان اقدام به مصرف خودسرانه دارو می‌کنند، اما در فیلیپین و آمریکا تفاوت معناداری مشاهده نشد.

با توجه به این که بخش اعظم پژوهش های موجود در ایران، در مورد دانشجویان یا سالمندان انجام شده و برآورد روشنی از مصرف خودسرانه دارو در کل جمعیت، وجود ندارد و نیز با توجه به اینکه نتایج پژوهش ها ناهمخوان بوده اند، این پژوهش تلاش کرده است تا رابطه جنسیت و مصرف خودسرانه دارو را در یاسوج، مرکز استان کهگیلویه و بویر احمد که متوسط مصرف خودسرانه دارو در آن فراتر از متوسط کشوری است، بررسی و به این سؤال پاسخ دهد که آیا جنسیت می تواند نسبت شانس مصرف خودسرانه دارو را پیش بینی کند؟

### روش شناسی

روش انجام پژوهش، پیمایش است. جامعه آماری، تمامی افراد ۱۸-۵۵ ساله ساکن در شهر یاسوج است که بر اساس سرشماری عمومی کشور (SCI, 2012) تعداد آن ها برابر با ۶۲۸۰۰ بوده است. با استناد به جدول نمونه گیری کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) اندازه نمونه متناسب با جامعه آماری ذکر شده، ۳۸۲ است که جهت دستیابی به برآوردی دقیق تر به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. برای انجام نمونه گیری از روش تصادفی چندمرحله ای استفاده شد و طی آن در ۳۴ محله در دو منطقه شهرداری یاسوج به نمونه های مورد نظر مراجعه و به شرط تمایل به شرکت در پژوهش و ابتلاء نداشتن به بیماری خاص، مورد مصاحبه قرار گرفتند. ابزار پژوهش برای سنجش مصرف خودسرانه دارو یک سؤال با سطح سنجش اسمی (بلی=۱ و خیر=۰) است و طی آن از نمونه های انتخابی پرسیده شد؛ آیا طی دو ماه گذشته اقدام به مصرف دارو بدون تجویز پزشک کرده اند؟ و در صورتی که پاسخ مثبت بود، از پاسخگویان خواسته شد تا داروهایی که بدون تجویز پزشک مصرف کرده اند را نام ببرند.

### یافته های توصیفی

ویژگی های جمعیت شناختی پاسخگویان در جدول ۱ و ۲ بازتاب شده است. تفکیک ویژگی های جمعیت شناختی براساس جنسیت بیانگر این است که در گروه مردان، میانگین سنی  $31/7 \pm 10/1$  سال، میانگین تحصیلات  $13/1 \pm 3/4$  سال، به لحاظ وضع تاهل، ۹۶ نفر (۴۸٪) متاهل و ۱۰۴ نفر (۵۲٪) مجرد، به لحاظ قومیت، ۱۶۲ نفر (۸۱٪) لر، ۳۱ نفر (۱۵/۵٪) فارس، ۵ نفر (۲/۵٪) ترک و ۲ نفر (۱٪) کرد بوده اند، اما در گروه زنان، میانگین سنی  $28/7 \pm 8/2$  سال، میانگین تحصیلات  $12 \pm 4/1$  سال، به لحاظ وضع تاهل، ۷۵ نفر (۳۷/۵٪) متاهل و ۱۲۵ نفر (۶۲/۵٪) مجرد، به لحاظ قومیت، ۱۶۳ نفر (۸۱/۵٪) لر، ۲۸ نفر (۱۴٪) فارس، ۷ نفر (۳/۵٪) ترک و ۲ نفر (۱٪) کرد بوده اند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخگویان.

مقوله ها	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۲۰۰	۵۰
مرد	۲۰۰	۵۰
وضع تاهل		
متاهل	۱۷۱	۴۲/۸
مجرد	۲۲۹	۵۷/۲
تعلق قومی		
لر	۳۲۸	۸۲
فارس	۵۷	۱۴/۲
ترک	۱۱	۲/۸
کرد	۴	۱

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخگویان.

میانگین	انحراف معیار	تحصیلات
۱۳	۳/۸	تحصیلات
۳۰/۲	۹/۳	سن

براساس یافته‌های توصیفی متغیر مصرف خودسرانه دارو، ۴۱ نفر (۱۰/۲٪) از پاسخگویان در طی دو ماه گذشته از انجام پژوهش، هیچ گونه مصرف خودسرانه دارو نداشته‌اند و ۳۵۹ نفر (۸۹/۸٪) به گونه‌ای، مرتکب مصرف خودسرانه دارو شده‌اند. بررسی وضعیت مصرف خودسرانه دارو بر حسب جنسیت، بیانگر این است که در گروه مردان، ۸۹٪ اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده‌اند و ۱۱٪ چنین کاری نکرده‌اند، اما در گروه زنان، ۹۰/۵٪ مصرف خودسرانه دارو انجام داده‌اند و ۹/۵٪ چنین نکرده‌اند. افزون بر این، یافته‌های توصیفی مصرف خودسرانه داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC) و نیازمند به نسخه (POM) در کل و نیز بر حسب جنسیت، بیانگر این است که مصرف خودسرانه داروهای بدون نیاز به نسخه ۸۷/۲٪ است. این مقدار در گروه داروهای نیازمند به نسخه (POM)، ۷۰٪ است. همچنین، در حالی که، مصرف خودسرانه داروهای نیازمند نسخه در بین زنان (۸۸٪) و مردان (۸۶/۵٪) نزدیک به هم است، مصرف خودسرانه داروهای نیازمند نسخه بین زنان (۶۷/۵٪) و مردان (۷۳٪) دچار شکاف می‌شود.

### یافته های تحلیلی

پس از حذف داروهای پیشگیری از بارداری که خاص زنان است، در مجموع، ۲۲ نوع دارو به وسیله پاسخگویان مورد استفاده قرار گرفته‌اند که یازده مورد از آن‌ها (استامینوفن، استامینوفن

کدیین، قرص های سرماخوردگی، شربت دیفن هیدرامین، ایبوپروفن، آنتی هیستامین، شربت اکسیکتورانت، قرص آهن، دیکلوفناک، پماد کالامین) در ردیف داروهای بدون نسخه (OTC) و یازده مورد (قرص رانیتیدین، کپسول آموکسی سیلین، مگنمیک اسید، کپسول نوافن، قرص مترانیدازول، دگزامتازون، بتامتازون، پنی سیلین، دیازپام، کپسول سفالکسین، قرص سیپروهیتادین) در ردیف داروهای نیازمند نسخه (POM) قرار می گیرند. برای بررسی تفاوت زنان و مردان در مصرف خودسرانه دارو هر یک از داروها، از آزمون کای اسکوئر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. براساس داده های جدول ۳، زنان و مردان در مصرف خودسرانه دارو روی هم رفته، مصرف داروهای OTC و مصرف داروهای POM تفاوت معناداری ندارند اما مردان به طور معناداری بیش از زنان از قرص رانیتیدین و شربت آلومینیم ام جی اس، مصرف کرده اند و زنان بیش از مردان از قرص آهن استفاده کرده اند. علاوه، تفاوت میانگین تعداد داروهای مصرفی نیز با استفاده از آزمون تی مستقل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۴ منعکس شده است. براساس داده های جدول، تفاوت معناداری بین زنان و مردان در تعداد کل داروهای مصرفی، تعداد داروهای POM و تعداد داروهای OTC مشاهده نمی شود.

جدول ۳- تفاوت زنان و مردان بر حسب انواع داروهای مصرفی.

آزمون کای اسکوئر (df=۳۹۸)	Sig	$\chi^2$	مردان		زنان		مصرف خودسرانه دارو(کل)
			بلی	خیر	بلی	خیر	
			فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
N.S	۰/۲۵		۱۷۸ (/۸۹)	۲۲ (/۱۱)	۱۸۱ (/۹۰/۴)	۱۹ (/۸/۶)	مصرف خودسرانه دارو(کل)
N.S	۰/۲۰		۱۷۳ (/۸۶/۵)	۲۷ (/۱۳/۵)	۱۷۶ (/۸۸)	۲۴ (/۱۲)	مصرف خودسرانه داروی OTC
N.S	۱/۴۴		۱۴۶ (/۷۳)	۵۴ (/۲۷)	۱۳۵ (/۶۷/۵)	۶۵ (/۳۲/۵)	مصرف خودسرانه داروی POM
N.S	۰/۷۴		۱۳۳ (/۶۶/۵)	۶۷	۷۰ (/۳۵)	۵۹	استامینوفن*
N.S	۰/۳۹		۱۲۳	۷۷	۱۲۹	۷۱	استامینوفن کدئین*
N.S	۰/۶۸		۱۲۲ (/۶۱)	۷۸ (/۳۹)	۱۳۰ (/۶۵)	۷۰ (/۳۵)	قرص های سرماخوردگی*
N.S	۰/۸۲		۸۸ (/۴۴)	۷۸ (/۵۶)	۹۷ (/۴۸/۵)	۹۷ (/۵۱/۵)	شربت دیفن



		۱۰۳		۱۱۲		هیدرامین کامپاند*
N.S	۰/۰۹	(/۵۶/۵)	۸۶ (/۴۳/۵)	(/۵۸)	۸۴ (/۴۲)	ایبوپروفن*
		۱۱۳		۱۱۶		
N.S	۰/۱۰	(/۶۰/۵)	۷۹ (/۳۹/۵)	(/۶۲)	۷۶ (/۳۸)	آنتی هیستامین
		۱۲۱		۱۲۴		دکونزستان*
P<۰/۰۵	۳/۴	۱۳۲ (/۶۶)	۶۸ (/۳۴)	(/۵۷)	۸۶ (/۴۳)	قرص رانیتیدین
				۱۱۴		
N.S	۰/۳۹	۱۳۲ (/۶۶)	۶۸ (/۳۴)	۱۲۶ (/۶۳)	۷۴ (/۳۷)	شریت اکسیکتورانت*
N.S	۰/۱۸	(/۶۶/۵)	۶۷ (/۳۳/۵)	(/۶۴/۵)	۷۱ (/۳۵/۵)	کپسول آموکسی
		۱۳۳		۱۲۹		سیلین
P<۰/۰۱	۸۰/۳	(/۵۲/۵)	۹۵ (/۴۷/۵)	(/۹۲/۵)	۱۵ (/۷/۵)	قرص آهن*
		۱۰۵		۱۸۵		
P<۰/۰۱	۷/۸	(/۸۲)	۳۶ (/۱۸)	(/۷۰)	۶۰ (/۳۰)	آلومینیم ام جی
		۱۶۴		۱۴۰		اس*
N.S	۲/۳	(/۷۳/۵)	۵۳ (/۲۶/۵)	(/۸۰)	۴۰ (/۲۰)	مفنامیک اسید
		۱۴۷		۱۶۰		
N.S	۰/۰۱۴	(/۷۸)	۴۴ (/۲۲)	(/۷۷/۵)	۴۵ (/۲۲/۵)	کپسول نوافن
		۱۵۶		۱۵۵		
N.S	۲/۷	(/۷۷)	۴۶ (/۲۳)	(/۸۳/۵)	۳۳ (/۱۶/۵)	قرص مترونیدازول
		۱۵۴		۱۶۷		
N.S	۰/۲۸	(/۸۳/۵)	۳۳ (/۱۶/۵)	(/۸۱/۵)	۳۷ (/۱۸/۵)	دگزامتازون
		۱۶۷		۱۶۳		
N.S	۰/۱۷	(/۸۵)	۳۰ (/۱۵)	(/۸۳/۵)	۳۳ (/۱۶/۵)	دیکلوفناک*
		۱۷۰		۱۶۷		
N.S	۰/۹۷	(/۸۳/۵)	۳۳ (/۱۶/۵)	(/۸۷)	۲۶ (/۱۳)	بتامتازون
		۱۶۷		۱۷۴		
N.S	۰/۵۱	(/۸۷)	۲۶ (/۱۳)	(/۸۴/۵)	۳۱ (/۱۵/۵)	پنی سیلین
		۱۷۴		۱۶۹		
N.S	۲/۶	(/۸۹/۵)	۲۱ (/۱۰/۵)	(/۸۴)	۳۲ (/۱۶)	دیازپام
		۱۷۹		۱۶۸		
N.S	۰/۲۱	(/۸۹)	۲۲ (/۱۱)	(/۸۷/۵)	۲۵ (/۱۲/۵)	کپسول سفالکسین
		۱۷۸		۱۷۵		

N.S	۱/۳	(/۰.۸۸)	۲۴ (/۰.۱۲)	(/۰.۹۱/۵)	۱۷ (/۰.۸/۵)	قرص سیپروهیتادین
		۱۷۶		۱۸۳		
N.S	۱/۹	(/۰.۹۱/۵)	۱۷ (/۰.۸/۵)	(/۰.۹۵)	۱۰ (/۰.۵)	پماد کلامین*
		۱۸۳		۱۹۰		

داروی بدون نیاز به نسخه (OTC)\*

#### جدول ۴- تفاوت میانگین زنان و مردان از نظر تعداد کل داروهای مصرفی، داروهای POM و داروهای OTC.

Sig	df	t	انحراف معیار	میانگین		
N.S	۳۹۸	۰/۹۲۶	۴/۵	۶/۷	زنان	تعداد کل داروهای خودسرانه مصرف شده
			۴/۷	۶/۳	مردان	
N.S	۳۹۸	-۰/۱۳	۲/۲	۲/۲	زنان	داروهای POM
			۲/۴	۲/۲	مردان	
N.S	۳۹۸	۱/۶۴	۲/۷	۴/۵	زنان	داروهای OTC
			۲/۸	۱/۴	مردان	

#### پیش بینی مصرف خودسرانه دارو براساس جنسیت

برای تبیین متغیر مصرف خودسرانه دارو بر اساس جنسیت و نیز کنترل اثر متغیرهای زمینه‌ای (سن، وضع تاهل، درآمد و تحصیلات) از آزمون رگرسیون لجستیک به روش هم‌زمان استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۷ و ۸ آمده است. بر اساس داده های جدول ۷، در مدل شماره ۱، جنسیت ( $B=۰/۲۶۴$ Wald= $۱/۴۴$ Sig= $۰/۲۲۹$ ) رابطه‌ای معنادار با پیش بینی مصرف خودسرانه داروی نیازمند نسخه (POM) ندارد. در مدل شماره ۲ که افزون بر جنسیت، متغیرهای جمعیتی نیز وارد مدل شده اند، تحصیلات ( $B=-۰/۱۰۶$ Wald= $۹/۲۷$ Sig= $۰/۰۰۲$ ) رابطه‌ای منفی و معنادار با مصرف خودسرانه داروی POM دارد و طی آن به ازای یک واحد افزایش در تحصیلات، نسبت شناس<sup>۱</sup> مصرف خودسرانه دارو تا ۰/۹۰۰ برابر کاهش می‌یابد. براساس داده های جدول ۵، در مدل ۱، متغیر جنسیت قادر به پیش بینی مصرف خودسرانه داروی POM نیست، اما در مدل ۲ متغیر تحصیلات با استناد به شاخص نگلرکرک<sup>۲</sup>، قادر است ۰/۰۴۵ تغییرات مصرف خودسرانه داروی

<sup>۱</sup> -Exp(B)

<sup>۲</sup> -Naglerkerke

POM را تبیین کند. بر اساس داده‌های جدول ۶، در مدل ۱، جنسیت OTC ندارد. در مدل ۲ که متغیرهای جمعیتی نیز وارد مدل شده اند، هیچ یک رابطه‌ای معنادار با مصرف خودسرانه داروی OTC نشان نمی‌دهند.

#### جدول ۵- پیش بینی مصرف داروی نیازمند نسخه (POM) براساس جنسیت و سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی.

مدل ۲ جنسیت + ویژگی‌های جمعیتی					مدل ۱ جنسیت					
EXP	Sig	Wald	S.E	B	EXP	Sig	Wald	S.E	B	
۱/۳۷	۰/۱۸۱	۱/۷۸	۰/۲۳۷	۰/۳۱۷	۱/۳۰	۰/۲۲۹	۱/۴۴	۰/۲۱۹	۰/۲۶۴	جنس
۱/۰۱	۰/۵۵۵	۰/۳۴۸	۰/۰۱۶	۰/۰۱۰						سن
۰/۷۷۱	۰/۳۷۱	۰/۸۰۰	۰/۲۹۰	-۰/۲۶۰						ویژگی‌های جمعیت شناختی
										وضع تاهل
۱	۰/۶۹۵	۰/۱۵۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰						درآمد
۰/۹۰۰	۰/۰۰۲	۹/۲۷	۰/۰۳۵	-۰/۱۰۶						تحصیلات
۴۷۲/۹					۴۸۵/۵					-2 Log Likelihood
۰/۰۳۲					۰/۰۰۴					ضریب تبیین Cox & Snell
۰/۰۴۵					۰/۰۰۵					ضریب تبیین Nagelkerke

#### جدول ۶- پیش بینی مصرف داروی بدون نیاز به نسخه (OTC) براساس سلامت عمومی و ویژگی‌های جمعیت شناختی.

مدل ۲ جنسیت + ویژگی‌های جمعیتی					مدل ۱ جنسیت					
EXP	Sig	Wald	S.E	B	EXP	Sig	Wald	S.E	B	
۰/۸۷۰	۰/۶۶۴	۰/۱۸۹	۰/۳۲	-۰/۱۳۹	۰/۸۷۴	۰/۶۵۳	۰/۲۰۲	۰/۳۰	۰/۱۳۵	جنس
۱	۰/۵۵۹	۰/۲۷۶	۰/۰۲	۰/۰۱۲						سن
۰/۷۷۰	۰/۵۲۱	۰/۴۱۲	۰/۳۹	-۰/۲۵۳						ویژگی‌های جمعیت شناختی
										وضع تاهل
۱	۰/۹۲۷	۰/۰۰۸	۰	۰						درآمد
۰/۹۴۴	۰/۲۱۲	۱/۵۵	۰/۰۵	-۰/۰۵۸						تحصیلات
۳۰۲/۸					۳۰۵					-2 Log Likelihood
۰/۰۰۶					۰/۰۰۱					ضریب تبیین Cox & Snell
۰/۰۱۱					۰/۰۰۱					ضریب تبیین Nagelkerke

## نتیجه گیری و بحث

این پژوهش با هدف مقایسه مصرف خودسرانه دارو در بین زنان و مردان، در شهر یاسوج که مصرف خودسرانه دارو در آن فراتر از میانگین کشوری است، انجام گرفت. یافته‌های توصیفی پژوهش نشان می‌دهند که مصرف خودسرانه دارو در بین پاسخگویان پژوهش، شیوع بالایی دارد به گونه‌ای که در طی دوماه اخیر منتهی به این پژوهش، ۸۷/۲٪ پاسخگویان اقدام به مصرف خودسرانه داروی بدون نیاز به نسخه (OTC) و ۷۰/۲٪ اقدام به مصرف داروی نیازمند نسخه (POM) کرده اند. این یافته پژوهش مبنی بر بالا بودن مصرف خودسرانه دارو با نتایج پژوهش طبیعی و همکاران (Tabieiet al., 2012) که نشان دادند ۸۶/۷٪ و پژوهش امانی و همکاران (Aman et al., 2011) که نشان دادند بیش از ۸۰٪ افراد مورد بررسی، اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده اند، منطبق است و آن‌ها را تایید می‌کند، اما با نتایج پژوهش پوررضا و همکاران (Purreza et al., 2012) که نشان دادند، فقط ۳۵/۷٪ افراد مورد بررسی، تجربه مصرف خودسرانه دارو داشتند، متفاوت است. این تفاوت، شاید ناشی از این باشد که پژوهش پوررضا و همکاران (Purreza et al., 2012) متمرکز بر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوده است که قاعدتا به دلیل آگاهی از عوارض زیان بار مصرف خودسرانه دارو، تمایلی کم‌تر به مصرف خودسرانه آن دارند. اگرچه، شیوع بالای مصرف خودسرانه داروهای OTC با توجه به ساختار نظام بهداشت کشور که دسترسی به این گونه داروها را آزاد گذاشته است، تا حدودی قابل توجیه است، اما شیوع بالای مصرف خودسرانه داروهای POM که حتما نیازمند نسخه پزشک هستند، بیانگر این است که جامعه ایران دچار یک مسئله حاد بهداشتی- اجتماعی است که باید هرچه بیشتر مورد توجه قرار گیرد. ضرورت این امر آن‌گاه بیش‌تر مشخص می‌شود که بدانیم، هیچ دارویی بدون عارضه نیست و مصرف تمام داروها دارای پیامدهای زیانبار هستند (Tabiei et al., 2012).

یافته‌های پژوهش در خصوص سؤال اصلی پژوهش، نشان می‌دهند، مقدار شیوع مصرف خودسرانه داروی بدون نیاز به نسخه (OTC) در بین زنان (۸۸٪) بیش‌تر از مردان (۸۶/۵٪) است و نرخ شیوع مصرف خودسرانه داروی نیازمند نسخه (POM) در بین زنان (۶۷/۵٪) کم‌تر از مردان (۷۳٪) است، اما این تفاوت‌ها به لحاظ آماری معنادار نیستند. پیش‌بینی احتمال مصرف خودسرانه دارو بر حسب جنسیت بیانگر این مطلب است که جنسیت نمی‌تواند به گونه‌ای معنادار، نسبت شانس مصرف خودسرانه داروی (OTC) یا (POM) را پیش‌بینی کند. این یافته پژوهش مبنی بر نداشتن رابطه معنادار بین جنسیت و مصرف خودسرانه دارو به لحاظ نظری با رویکرد زیستی، رویکرد روانی اجتماعی و رویکرد اجتماعی ساختاری که زنان را در مصرف خودسرانه دارو، مستعدتر می‌دانند و نیز رویکرد رفتاری که احتمال مصرف خودسرانه دارو را برای مردان بیش‌تر از زنان ارزیابی می‌کند، منطبق نیست و آن‌ها را تایید نمی‌کند. بر اساس رویکردهای زیستی، روانی-

اجتماعی، و اجتماعی- ساختاری، مصرف خودسرانه دارو به دلایل گوناگون در بین زنان بالاست و این امر در این پژوهش مشخص شده است، اما ابهام در این است که چرا به گونه هم‌زمان، مصرف خودسرانه دارو در بین مردان نیز بالاست؟ این ابهام نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر با لحاظ کردن فاکتورهای گوناگون اجتماعی فرهنگی است، اما یافته پژوهش مبنی بر نبود رابطه معنادار بین جنسیت و مصرف خودسرانه دارو به لحاظ تجربی و پژوهشی با نتایج پژوهش طبیعی و همکاران (Tabieietal., 2012) در مورد دانشجویان دانشگاه بیرجند، پوررضا و همکاران (Purreza et al., 2012) در مورد دانشجویان دانشگاه تهران، امانی و همکاران (Aman et al., 2011)، در مورد دانشجویان دانشگاه اردبیل، صاحبی و همکاران (Sahebi et al., 2009) در مورد مراجعه کنندگان به داروخانه‌ها در تبریز، دواتی و همکاران (Davati et al., 2007) در مورد سالمندان تهرانی، آیوما و همکاران (Ayoma et al., 2012) در مورد شهروندان ژاپنی، کلمنس کتیس و همکاران (Klemenc-Obermayer et al., 2011) در مورد دانشجویان اسلونیایی و بالاخره، اوبرمایر و همکاران (Obermayer et al., 2004) در مورد شهروندان فیلیپینی و آمریکایی که نشان دادند، زنان و مردان به لحاظ مصرف خودسرانه دارو تفاوتی معنادار با یکدیگر ندارند، هماهنگ است و آن‌ها را تایید می‌کند، اما با نتایج پژوهش کاراسکو گریدو و همکاران (Carrasco-Garrido, 2010) در اسپانیا و اوبرمایر و همکاران (Obermayer et al., 2004) در مکزیک و اوگاندا که نشان دادند، مصرف خودسرانه دارو در بین زنان بیش‌تر از مردان است و نیز نتایج پژوهش بولتن و همکاران (Bolton et al., 2006) در کانادا که نشان دادند مردان به مراتب، بیش از زنان اقدام به مصرف خودسرانه دارو می‌کنند، منطبق نیست و آن‌ها را تایید نمی‌کند. تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش بولتن و همکاران (Bolton et al., 2006) به احتمال زیاد، ناشی از این است که در آن پژوهش تمرکز بر رابطه اختلالات روانی و مصرف دارو بوده که به دلایل گوناگون، اختلالات روانی در بین زنان بیش‌تر و مصرف داروهای مرتبط با آن نیز بیش‌تر است. تفاوت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش اوبرمایر و همکاران (Obermayer et al., 2004) شاید به این دلیل باشد که در پژوهش یاد شده دامنه سنی پاسخگویان بسیار فراتر از این پژوهش بوده است و بالاخره، تفاوت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کاراسکو گریدو و همکاران (Carrasco-Garrido, 2010) شاید ناشی از این باشد که در آن پژوهش، زنان در مقایسه با مردان از سبک زندگی ناسالم تری (مانند مصرف الکل و تنباکو) برخوردار بوده‌اند.

براساس یافته‌های پژوهش، مردان به گونه‌ای معنادار بیش از زنان، قرص رانیتیدین و شربت آلومینیم ام جی اس، خودسرانه مصرف می‌کنند و زنان بیش از مردان از قرص آهن استفاده می‌کنند. در حالی که مصرف بیش‌تر قرص آهن در زنان به دلیل کمبود آهن ناشی از قاعدگی یا بارداری است (Heshmati and Asadinoghabi, 2008) که البته مصرف خودسرانه را توجیه نمی‌کند، اما مصرف بیش‌تر قرص رانیتیدین و شربت آلومینیم ام جی اس که جهت درمان ناراحتی‌های

دستگاه گوارش کاربرد دارند (Heshmati and Asadinoghabi, 2008) ناشی از سبک زندگی پرخطر مردان نسبت به زنان است که شایسته تاملی بیش تر است. براساس یافته ها، مصرف خودسرانه استامینوفن (۵/۶۸٪)، استامینوفن کدیین (۶۳٪)، قرص های سرماخوردگی (۶۲/۸٪) و پنی سیلین (۵۴/۲٪) بیش ترین شیوع را داشته اند. این یافته پژوهش که بیش از نیمی از افراد مورد بررسی خودسرانه اقدام به مصرف پنی سیلین به عنوان یک داروی POM کرده اند، با توجه به عوارض زیاد این دارو، هشدار جدی است بویژه برای زنان که وظیفه بارداری را در یک دوره طولانی بر عهده دارند.

یافته های پژوهش هم چنین، نشان می دهند، متغیرهای سن، وضع تاهل و درآمد نیز قادر به پیش بینی نسبت شانس مصرف خودسرانه دارو چه در گروه داروهای OTC و چه در گروه داروهای POM نیستند. در این میان، تنها متغیر سطح تحصیلات است که می تواند به گونه ای معنادار نسبت شانس مصرف خودسرانه داروهای POM را پیش بینی کند و طی آن با افزایش تحصیلات، نسبت شانس مصرف خودسرانه دارو تا ۰/۹۰۰ برابر کاهش می یابد. رابطه معنادار تحصیلات و مصرف خودسرانه داروهای POM به احتمال زیاد ناشی از این است که با افزایش تحصیلات، آگاهی نسبت به عوارض زیانبار مصرف خودسرانه داروها به ویژه داروهایی که نیازمند نسخه پزشک هستند (POM)، بیش تر می شود و همین امر مانع از مصرف می شود. بر این اساس، به نظر می رسد، در پیش بینی احتمال مصرف خودسرانه دارو، بیش از جنسیت افراد، تحصیلات آن ها بتواند نقش تعیین کننده داشته باشد.

## References

- Abbasi, A., & Abdzadeh, M. (2004). A study of self-medication in Ilam city. Ilam University of Medical Science, 42: 53-62. (Text in Persian)
- Ahmadi, S. (2014). Industrial sociology. Tehran, Sociologists Publication. (Text in Persian)
- Almasdy, D., & Sherrif, A. (2011). Self-medication practice with nonprescription medication among university student. Pharmacy Practice, 2: 95-100.
- Amani, F., Mohammadi, S., Shaker, A., & Shahbazzadegan, S. (2011). Study of arbitrary drug use among students in Universities of Ardabil City. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 11(3): 2-1-207. (Text in Persian)
- Anderson, M.L., & Taylor, H.F. (2012). Sociology, The essentials. USA, Wadsworth.
- Ayoma, I., Koyama, S., & Hibino, H. (2012). Self-medication behaviors among Japanese consumers: sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management. Asia Pacific Family Medicine, 11(1): 1-7.

- Azadbakht, M., Mirjani, M., Yousofi, M., & Amini, M. (2015). Drugs prescription and consumption in Mazandaran Province. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 122: 44-55. (Text in Persian)
- Blau, F.D., Brinton, M.C., & Grusky, D.B. (2006). *The declining significance of gender?* New York, Russell Sage Foundation.
- Bolton, J., Cox, B., Clara, I., & Sareen, J. (2006). Use of Alcohol and Drugs to Self-Medicating Anxiety Disorders in a Nationally Representative Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11): 818-825.
- Carrasco-Garrido, P., Hernandez-Barrera, V., Lopez de Andres, A., & Jimenez-Garcia, R. (2010). Sex differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 19(12): 1293-1299.
- Davati, a., Jafari, F., Samadpour, M., & Tabar, K. (2007). A study of self-medication among the elderly in Tehran. (2007). *Journal of Medical Council of Islamic Republic of IRAN*, 25(4): 450-456. (Text in Persian)
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science Medicine*, 58:2585-2600.
- Heshmati, P., & Asadinoghabi, A. (2008). *Culture of generic and herbal drugs*. Tehran, Rafie Publication. (Text in Persian)
- Horwitz, A.V., White, H.R., & Howell-White, S. (1996). Becoming married and mental health: a longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage Fam*, 58:895-907.
- Horwitz, A.V., Davies, L. (1994). Are emotional distress and alcohol problems differential outcomes to stress? An exploratory test. *Social Science Quarterly*, 75(3):607-621
- Jalilian, F., Hazavehei, M. M., Vahidinia, A. A., Jalilian, M., & Moghimbeig, A. (2013). Prevalence and related factors for choosing self-medication among pharmacies visitors based on health belief model in Hamadan Province, West of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 20(2): 159-166. (Text in Persian)
- Kendall, D. (2012). *Sociology in our times, The essentials*. USA, Wadsworth.
- Keyes, C.L.M., & Goodman, S.H. (2006). *Women and depression: a handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. Cambridge University Press, New York
- Kimmel, M., & Aronson, A. (2012). *Sociology now*. Boston, Allyn & Bacon.
- Klemenc-Ketis, Z., Hladnik, Z., & Kresnik, J. (2011). A cross-sectional study of sex differences in self-medication practices among university students in Slovenia. *Collegium Antropologicum*, 35(2): 329-334.
- Landrine, H., & Klonoff, E.A. (2002). Health and health care: How gender makes women sick. In *encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Edited by Judith Worell, New York, Academic Press.

- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things as simple as they seem? *Social Sciences Medicine*, 42:617–624
- Mahboobi, M., Ehsani, E., Ghiasi, M., & Afkar, A. (2010). A Survey on Drug Consumption in Chemical Ventures & Designing a Model for Reforming Consumption. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2(6): 32-39. (Text in Persian)
- Masoudnia, E. (2009). *Medical sociology*. Tehran, TehranUniversity Press. (Text in Persian)
- Migeon, B.R. (2007). *Females are mosaics, X inactivation and sex differences in disease*. Oxford, OxfordUniversity Press.
- Newman, A.B., & Brach, J.(2001). Gender gap in longevity and disability in older persons. *Epidemiol Review*, 23(2):343–350.
- Obermeyer, C.M., Schulein, M., Hardon, A., Sievert, L.L., Santiago, A.C., & Neuman, M. (2004). Gender and medication use: An exploratory, multi-site study. *Women Health*, 39(4): 57-73.
- Parsons, T. (1951). *Social system*. London, Routledge.
- Phelan, J.C., Link, B., Diez-Roux, A. Kawachi, I., & Levin, B. (2004). Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of the theory. *Journal of Health Social Behavior*, 45:265–285
- Purreza, A., Khalafi, A., Ghiasi, A., Mojahed, F., & Nurmohammadi, M. (2012). To identify self-medication practice among medical students of Tehran University of Medical Science. *Iranian Journal of Epidemiology*, 8(4): 40-46. (Text in Persian)
- Reaed, J.G., & Gorman, B.K. (2011). Gender and health revisited. In *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*. Edited by Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Mcleod, J.D., Rogers, A. New York, Springer, 411-430.
- Rieker, P.P., & Bird, C.E. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health. In: Bird, C., Conrad, P., Fremont, A. (eds). *The handbook of medical sociology*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, pp 98–113
- Ross, C.E., & Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyle: A consequence for men's and women's perceived health. *Jornal of Health Social Behavior*, 35:161–178.
- Sahebi, L., Seyyedi, A., Amini, S., & Moosakhani, M. (2009). Self-medication Status among referring patients to Tabriz pharmacies, *Pharmaceutical Sciences*, 14(4): 174-181. (Text in Persian)
- Shye, D., Mullooly, J.P., Freeborn, D.K., & Pope, C.R. (1995). Gender differences in the relation- ship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science Medicine*, 41:935–947.
- Statistical Center of Iran. (2012). *National population and housing census*, Tehran, SCI Pulication. (Text in Persian)



- 
- Tabiei, S., Farajzadeh, Z. & Eizadpanah, A.M. (2012). Self-medication with drug amongst university students of Birjand. *Modern Care Journal*, 9(4): 371-378. (Text in Persian)
  - Tesch, B.J. (2003). Herbs commonly used by women: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188(five Suppl): 44-55.
  - Tischler, H.L. (2010). *Introduction to sociology*. USA, Wadsworth.
  - Worell, J. (2002). *Encyclopedia of women and gender, Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. New York, Academic Press.
  - World Health Organization. (2006). *The role of education in the rational use of medicines*. New Delhi, Regional Office for South-East Asia.
  - World Health Organization. (2001). *The world health report. Mental health: new understanding, new hope*. Availablw at: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.

