

بررسی عوامل فرهنگی موثر بر تمایل به خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

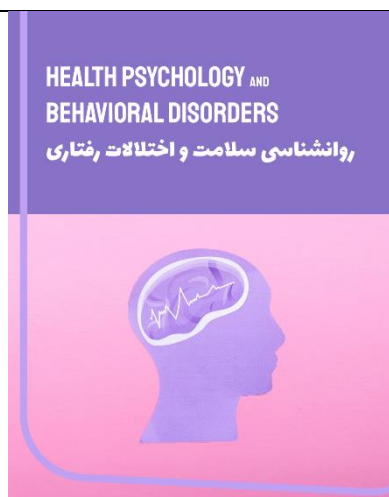
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، شناسایی موانع روانی مؤثر بر کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. این مطالعه با روش کیفی و رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که به‌صورت هدفمند از مراکز روان‌درمانی شهر اصفهان انتخاب شده بودند، گردآوری شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۲ تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی چهار مقوله اصلی شامل «ترس از قضاوت اجتماعی»، «احساس ناکارآمدی در تعامل با درمان»، «موانع شناختی-باوری»، و «شرایط بین‌فردی و محیطی» شد. هر یک از این مقوله‌ها شامل چندین زیرمقوله و مفاهیم بود که از تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج شدند. ترس از تحقیر، انگ اجتماعی، بی‌اعتمادی به درمانگران، کمال‌گرایی، و نبود حمایت اجتماعی از جمله عوامل برجسته‌ای بودند که فرآیند کمک‌خواهی را مختل می‌کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مجموعه‌ای از عوامل درونی، شناختی، و بین‌فردی در امتناع از کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نقش دارند. طراحی مداخلات مبتنی بر آموزش عمومی، کاهش انگ اجتماعی، بهبود دسترسی به خدمات روان‌شناختی، و افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند در تسهیل روند کمک‌خواهی در این بیماران مؤثر باشد.

کلیدواژه‌گان: اضطراب اجتماعی، کمک‌خواهی روان‌شناختی، موانع روانی، تحلیل مضمون، پژوهش کیفی

نسیم رضوانی^۱

۱. گروه مشاوره، دانشگاه سراسری علوم انسانی، اصفهان،

ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

n.rezvaniiii@gmail.com

شیوه استناددهی: رضوانی، نسیم. (۱۴۰۲). بررسی عوامل فرهنگی موثر بر تمایل به خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۱(۱)، ۴۷-۵۴.

Exploring Cultural Factors Influencing the Tendency Toward Self-Medication in Psychiatric Patients

Submit Date: 2023-01-22

Revise Date: 2023-02-25

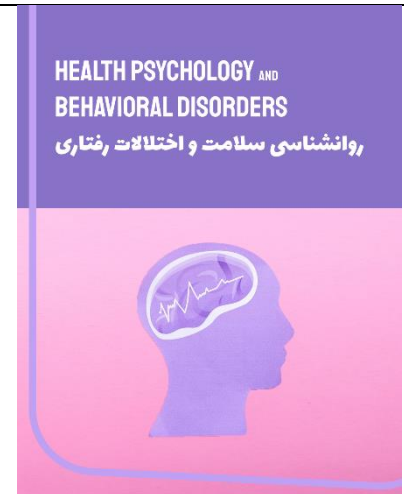
Accept Date: 2023-03-03

Publish Date: 2023-03-20

Abstract

This study aimed to identify and analyze the cultural factors influencing the tendency toward self-medication in patients with psychiatric disorders in Tehran's sociocultural context. This research employed a qualitative approach using thematic analysis. Twenty-nine psychiatric patients were selected through purposive sampling and interviewed using semi-structured interviews. Data collection continued until theoretical saturation. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using NVivo version 12. To enhance the trustworthiness of the findings, member checking, peer debriefing, and prolonged engagement with data were applied. Thematic analysis yielded three major categories: "Cultural Norms and Beliefs," "Family and Social Structure," and "Access and Information." A total of 8 subcategories and over 40 initial concepts were identified. Participants attributed their self-medication behavior to factors such as normalization of drug use, fear of social stigma, family influence, role pressure, lack of knowledge about medications, and negative experiences with the healthcare system. The findings indicate that self-medication among psychiatric patients is shaped by a complex interaction of cultural, social, and informational elements. Designing culturally sensitive interventions, promoting public education, empowering families, and improving the quality of psychiatric services may reduce self-medication behaviors and encourage professional treatment seeking.

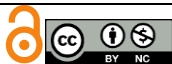
Keywords: *Self-medication, psychiatric disorders, cultural factors, social stigma, thematic analysis, qualitative study*

Nasim Rezvani^{1*}

1. Department of Counseling, University of Social Sciences and Humanities, Isfahan, Iran

*Corresponding Author's Email:
n.rezvaniiii@gmail.com

How to cite: Rezvani, N. (2023). Exploring Cultural Factors Influencing the Tendency Toward Self-Medication in Psychiatric Patients. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 1(1), 47-54.



© 2023 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلالات روان پزشکی یکی از مهم ترین چالش های سلامت عمومی در دهه های اخیر به شمار می آیند که نه تنها بر عملکرد فردی و اجتماعی بیماران تأثیر گذارند، بلکه بار اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی نیز بر دوش جوامع می گذارند (World Health Organization, 2022). علیرغم گسترش آگاهی نسبت به این اختلالات و توسعه خدمات روان پزشکی، هنوز بسیاری از بیماران از دریافت درمان تخصصی اجتناب می کنند و به جای آن به خوددرمانی روی می آورند. پدیده خوددرمانی روان پزشکی به عنوان یکی از اشکال مدیریت شخصی بیماری های روانی، شامل استفاده فرد از داروهای روان پزشکی بدون تجویز یا نظارت متخصص برای مقابله با علائم بیماری است (Baker et al., 2021).

خوددرمانی روان پزشکی معمولاً با مجموعه ای از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در هم آمیخته است. در حالی که بسیاری از مطالعات به نقش دسترسی، هزینه درمان و دانش سلامت روان پرداخته اند، بعد فرهنگی و زمینه های اجتماعی-هنجاری کمتر مورد توجه قرار گرفته است (Gonzalez et al., 2019). فرهنگ در تعیین نحوه درک افراد از بیماری روانی، تفسیر علائم، نوع کمک خواهی و استفاده از خدمات سلامت نقش محوری دارد (Kirmayer & Bhugra, 2021). در بسیاری از جوامع، به ویژه جوامع سنتی یا شرقی، بیماری روانی اغلب با انگ و برچسب های منفی همراه است که منجر به انکار، پنهان کاری یا خوددرمانی می شود (Corrigan & Watson, 2002).

بررسی های انجام شده در زمینه خوددرمانی نشان می دهد که باورهای فرهنگی و نگرش های اجتماعی می توانند تأثیر عمیقی بر تصمیم گیری بیماران داشته باشند. برای مثال، در مطالعه ای در هند مشخص شد که دیدگاه های دینی و سنتی نسبت به اختلالات روان پزشکی، یکی از عوامل اصلی تمایل به خوددرمانی و پرهیز از مراجعه به روان پزشک بوده است (Raguram et al., 2002). در کشورهایی مانند ایران نیز، نظام ارزش های فرهنگی و ساختارهای خانوادگی نقش مهمی در مسیر درمان بیماران ایفا می کنند. باور به اینکه مراجعه به روان پزشک نشانه ای از ضعف شخصیتی یا دیوانگی است، همچنان در میان برخی اقشار جامعه رایج است (Sharifi et al., 2016).

همچنین در برخی طبقات اجتماعی، استفاده از داروهای روان پزشکی بدون نسخه توسط اطرافیان و توصیه افراد خانواده امری متداول تلقی می شود. این عادی سازی مصرف دارو بدون نظارت حرفه ای، می تواند از کودکی در محیط خانواده آموزش داده شده و در بزرگسالی به یک الگوی رفتاری تبدیل شود (O'Connor et al., 2020). از سوی دیگر، نقش فضای مجازی و رسانه ها در ترویج رفتارهای خوددرمانی نیز نباید نادیده گرفته شود. تبلیغات، توصیه های کاربران در شبکه های اجتماعی و انتشار تجربیات شخصی در مورد داروهای ضد اضطراب یا ضد افسردگی، زمینه ساز تصمیم گیری های خودسرانه در افراد شده است (Rivzi et al., 2021).

در کنار عوامل فرهنگی، انگ اجتماعی یا «برچسب زنی» یکی از مؤلفه های کلیدی در توضیح اجتناب از مراجعه به خدمات درمانی و تمایل به خوددرمانی در بیماران روان پزشکی محسوب می شود. طبق نظریه انگ اجتماعی، بیماران از اینکه توسط دیگران به عنوان فردی ناسالم روانی دیده شوند، هراس دارند و ترجیح می دهند اختلالات خود را پنهان کرده و به صورت فردی با آن مقابله کنند (Link & Phelan, 2001). این ترس از انگ اجتماعی نه تنها در سطح فردی بلکه در خانواده و محیط کار نیز بازتاب دارد. برای مثال، بیماران ممکن است از نگرانی در مورد از دست دادن شغل، موقعیت اجتماعی یا طرد از سوی خانواده، به سمت راهکارهایی چون خوددرمانی سوق داده شوند (Thornicroft et al., 2007).

افزون بر این، ساختار خانواده و نقش های جنسیتی نیز در رفتار درمانی بیماران روان پزشکی مؤثر است. در جوامعی با ساختار سنتی تر، تصمیم گیری برای درمان اغلب به خانواده یا مرد خانواده واگذار می شود و زنان ممکن است به دلیل عدم استقلال در تصمیم گیری یا شرم اجتماعی از جستجوی کمک حرفه ای بازمانند (Karimian et al., 2020). همچنین نقش انتظارات اجتماعی در قالب مسئولیت های خانوادگی، اشتغال، و نقش والدگری موجب می شود که برخی بیماران تمایلی به پذیرش نقش «بیمار» نداشته باشند و تلاش کنند از طریق خوددرمانی به فعالیت های روزمره ادامه دهند (Biddle et al., 2007).

در ایران، با وجود توسعه خدمات سلامت روان، مطالعات نشان داده‌اند که درصد قابل توجهی از افراد مبتلا به اختلالات روانی از مراجعه به روان‌پزشک اجتناب می‌ورزند و ترجیح می‌دهند مشکلات روانی خود را به شکل خوددرمانی یا با روش‌های سنتی و غیرعلمی کنترل کنند (Noorbala et al., 2017). این امر به‌ویژه در مناطق شهری مانند تهران که تنوع فرهنگی، فشارهای اقتصادی و پیچیدگی ساختار اجتماعی بیشتری دارد، نمود پررنگ‌تری یافته است. با این حال، تاکنون پژوهش‌های محدودی به بررسی ریشه‌های فرهنگی و اجتماعی این رفتار در بستر جامعه ایرانی پرداخته‌اند و بیشتر مطالعات موجود بر متغیرهای بالینی و فردی تمرکز داشته‌اند.

بنابراین، انجام پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر از تجربیات، باورها و زمینه‌های فرهنگی بیماران روان‌پزشکی که به خوددرمانی روی می‌آورند، ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر در تلاش است تا از طریق تحلیل مضمون مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با بیماران روان‌پزشکی در شهر تهران، عوامل فرهنگی تأثیرگذار بر تمایل آن‌ها به خوددرمانی را شناسایی و تحلیل نماید. هدف نهایی این مطالعه، ارائه‌ی درکی بافت‌محور از فرایند تصمیم‌گیری بیماران و کمک به طراحی مداخلات فرهنگی-اجتماعی برای کاهش رفتارهای خوددرمانی و ارتقای مراجعه به خدمات تخصصی روان‌پزشکی است.

روش‌شناسی

این مطالعه با رویکرد کیفی و با هدف شناسایی و تحلیل عوامل فرهنگی مؤثر بر تمایل به خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی انجام شد. طراحی پژوهش به‌صورت پدیدارشناسی توصیفی بود که با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به گردآوری داده‌ها پرداخت. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۹ بیمار روان‌پزشکی بودند که در مراکز درمانی شهر تهران تحت مراقبت روان‌پزشکی قرار داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت و انتخاب مشارکت‌کنندگان تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ بدین معنا که پس از مصاحبه با ۲۹ نفر، اطلاعات جدیدی حاصل نشد و روند گردآوری داده متوقف شد.

ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که شامل سؤالات باز در خصوص تجربیات، باورها، نگرش‌ها و زمینه‌های فرهنگی مرتبط با خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی بود. مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) با بهره‌گیری از نرم‌افزار Nvivo استفاده شد. فرآیند تحلیل شامل مراحل کدگذاری اولیه، استخراج مضامین اولیه، پالایش و نام‌گذاری مضامین نهایی بود. به‌منظور افزایش اعتبار یافته‌ها، از روش بررسی مجدد کدها توسط دو پژوهشگر مستقل، مشارکت مستمر پژوهشگر با داده‌ها، و بازخورد از برخی مشارکت‌کنندگان (بازبینی مشارکت‌کننده) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، مجموعاً ۲۹ مشارکت‌کننده شامل بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از شهر تهران شرکت داشتند. از میان این افراد، ۱۶ نفر زن (۵۵/۲ درصد) و ۱۳ نفر مرد (۴۴/۸ درصد) بودند. دامنه‌ی سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۵۸ سال بود و میانگین سنی آن‌ها ۳۶/۴ سال با انحراف معیار ۸/۹ سال گزارش شد. از نظر وضعیت تأهل، ۱۷ نفر متأهل (۵۸/۶ درصد)، ۱۰ نفر مجرد (۳۴/۵ درصد) و ۲ نفر مطلقه (۶/۹ درصد) بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹ نفر دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر (۳۱/۰ درصد)، ۱۲ نفر دارای مدرک کارشناسی (۴۱/۴ درصد) و ۸ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر (۲۷/۶ درصد) بودند. همچنین، از نظر سابقه ابتلا به اختلال روان‌پزشکی، ۱۹ نفر (۶۵/۵ درصد) سابقه بیش از دو سال، و ۱۰ نفر (۳۴/۵ درصد) سابقه کمتر از دو سال داشتند. این تنوع در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، امکان تحلیل غنی‌تری از تجارب و دیدگاه‌های مرتبط با خوددرمانی در بافت فرهنگی تهران را فراهم ساخت.

یکی از زیرمقوله‌های شناسایی‌شده در زمینه هنجارها و باورهای فرهنگی، عادی‌سازی خوددرمانی بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که مصرف خودسرانه داروهای روان‌پزشکی در خانواده یا اطرافیان‌شان رایج است و امری عادی تلقی می‌شود. یکی از آن‌ها گفت: «من همیشه

وقتی حالم بد می‌شه، داروی خواهرم رو می‌خورم. اونم مثل من اضطراب داشت». باور به بی‌نیازی از مراجعه به روان‌پزشک، اعتماد به درمان‌های گیاهی یا توصیه اطرافیان، در میان این گروه بسیار شایع بود.

در برچسب‌زنی و انگ اجتماعی، مشارکت‌کنندگان به ترس از قضاوت دیگران و نگرانی از طرد اجتماعی اشاره کردند. بسیاری از بیماران تمایلی به مراجعه به روان‌پزشک نداشتند، چراکه تصور می‌کردند این کار معادل با "دیوانگی" است. یکی از بیماران گفت: «اگر بگم پیش روان‌پزشک می‌رم، همه فکر می‌کنن دیوونه‌ام». این عامل باعث می‌شد برخی دارو را بدون تجویز و به‌صورت پنهانی مصرف کنند. در دیدگاه سنتی نسبت به بیماری، برخی از مشارکت‌کنندگان به تأثیر باورهای عامیانه و سنتی اشاره کردند. مفاهیمی چون اعتقاد به چشم‌زخم، درمان با دعا یا رمال، و تقلیل بیماری روانی به ضعف ایمان از جمله عناصر برجسته این دسته بودند. یکی از بیماران بیان کرد: «مادرم می‌گه اینا همه‌اش از بی‌ایمانی‌یه، باید بری مسجد نه دکتر».

در مقوله خانواده و ساختار اجتماعی، زیرمقوله‌ی نقش خانواده در تصمیم‌گیری اهمیت بالایی داشت. برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که خانواده مانع از مراجعه آن‌ها به روان‌پزشک می‌شد و توصیه به استفاده از داروهای خانگی داشتند. یک بیمار عنوان کرد: «پدرم گفت فقط یه کم دمنوش بخور، این چیزا با قرص درست نمی‌شه». در مواردی نیز تصمیم‌گیری کامل به والدین یا همسر واگذار شده بود. در حمایت اجتماعی ناکافی، بیماران از نبود حمایت عاطفی و درک از سوی دوستان، همکاران و جامعه شکایت داشتند. این انزوای اجتماعی، به ویژه پس از افشای اختلال روانی، آن‌ها را به سمت خوددرمانی سوق داده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد: «وقتی گفتم اضطراب دارم، دوستم گفت خودتو لوس نکن! بعدش دیگه با کسی حرف نزدم».

زیرمقوله‌ی فشار نقش‌های اجتماعی به تعارض بین نقش‌های فردی و نیاز به درمان می‌پرداخت. افراد تمایل داشتند ظاهر سالم خود را حفظ کنند تا از مسئولیت‌های خانوادگی یا شغلی عقب نمانند. به گفته یکی از بیماران: «من مادر دو تا بچه‌ام، نمی‌تونم بخوابم و دارو بخورم، باید سر پا باشم، پس یه قرصی پیدا می‌کنم که خودم کنترلش کنم».

در مقوله دسترسی و اطلاعات، یکی از مهم‌ترین زیرمقوله‌ها اطلاعات ناکافی درباره درمان بود. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که دانش لازم برای تشخیص علائم یا عوارض مصرف خودسرانه دارو ندارند. یکی از آن‌ها گفت: «نمی‌دونستم این قرص که خوردم، باعث بی‌خوابی می‌شه. از اینترنت خوندم خوبه، ولی بدتر شدم».

در تجربه منفی از سیستم درمانی، بیماران از برخورد نامناسب، زمان‌بر بودن درمان و هزینه‌های بالا انتقاد کردند. برخی نیز اظهار داشتند که درمان تخصصی را بی‌نتیجه یافته‌اند. یکی از بیماران عنوان کرد: «سه ماه رفتم روان‌پزشک، ولی هیچ فرقی نکرد. فقط دارو عوض می‌کرد. خودم بهتر می‌فهمم چی بخورم».

در نهایت، در زیرمقوله‌ی نقش رسانه‌ها و فضای مجازی، بسیاری از بیماران تحت تأثیر تبلیغات، توصیه‌های آنلاین و تجربه‌های شخصی افراد در شبکه‌های اجتماعی، اقدام به خوددرمانی کرده بودند. یکی از آن‌ها گفت: «توی اینستاگرام یکی گفت این قرص برای اضطراب خوبه. منم خریدم و خوردم. اصلاً نرفتم دکتر».

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تمایل بیماران روان‌پزشکی به خوددرمانی، ریشه در طیفی از عوامل فرهنگی، خانوادگی و اطلاعاتی دارد که هر یک در قالب مضامین مشخصی قابل تحلیل هستند. سه مقوله اصلی شامل «هنجارها و باورهای فرهنگی»، «ساختار خانواده و نظام اجتماعی»، و «دسترسی به اطلاعات و تجربه زیسته از خدمات درمانی» توانستند ابعاد مختلف این رفتار را تبیین کنند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه عموماً خوددرمانی را ناشی از عادی‌سازی رفتار در محیط خانواده، ترس از انگ اجتماعی، باورهای سنتی درباره بیماری روانی، نداشتن حمایت اجتماعی کافی، و تجربه‌های منفی از سیستم درمانی دانستند.

در خصوص مقوله «هنجارها و باورهای فرهنگی»، نتایج نشان داد که عادی سازی استفاده از دارو بدون تجویز در بسیاری از خانواده‌ها و همچنین باور عمومی به بی‌نیازی از درمان تخصصی، موجب شده بیماران تمایلی به مراجعه به روان‌پزشک نداشته باشند. این یافته با پژوهش گونزالس و همکاران (۲۰۱۹) همخوان است که نشان داد فرهنگ‌های مبتنی بر خوداتکایی و مسئولیت‌پذیری شخصی در تصمیم‌گیری‌های درمانی، تمایل به خوددرمانی را افزایش می‌دهند. همچنین، باور به اینکه مشکلات روانی نشانه ضعف شخصیتی یا بی‌ایمانی است، موجب گریز بیماران از پذیرش اختلال و گرایش به درمان‌های غیردرمانی شده است؛ موضوعی که پیش‌تر در مطالعات کیرمایر و بوگرا (۲۰۲۱) نیز مطرح شده بود. زیرمقوله «برچسب‌زنی و انگ اجتماعی» نیز نقش مهمی در رفتار خوددرمانی ایفا کرد. بیماران به‌وضوح از برچسب «دیوانگی» و طرد اجتماعی ناشی از مراجعه به روان‌پزشک ابراز نگرانی کردند. این یافته‌ها با مطالعات لینک و فلن (۲۰۰۱) و نیز تحقیقات شرایفی و همکاران (۲۰۱۶) مطابقت دارد که نشان می‌دهد ترس از انگ اجتماعی یکی از موانع اصلی در کمک‌خواهی روانی است. به‌ویژه در جوامعی مانند ایران که سلامت روان هنوز در بسیاری از سطوح جامعه دچار سوءبرداشت است، این نوع ترس به صورت پنهان‌کاری و خوددرمانی بروز می‌کند.

در سطح ساختار خانواده، یافته‌ها نشان دادند که در بسیاری از موارد، تصمیم‌گیری درباره درمان نه توسط فرد بیمار بلکه توسط اعضای خانواده انجام می‌شود. نقش قوی خانواده در توصیه به عدم مراجعه یا مصرف داروهای خانگی، به‌ویژه در میان زنان یا نوجوانان، برجسته بود. این موضوع در پژوهش کریمیان و همکاران (۲۰۲۰) نیز مشاهده شده که نشان داد زنان در جامعه ایرانی کمتر از مردان به خدمات سلامت روان دسترسی دارند و بیشتر تحت تأثیر نظرات خانواده قرار می‌گیرند. در این زمینه، فشار نقش‌های اجتماعی مانند مسئولیت‌های خانوادگی و اشتغال نیز باعث می‌شد بیماران برای حفظ ظاهر یا ایفای نقش اجتماعی، از پذیرش نقش بیمار پرهیز کرده و خوددرمانی کنند.

از نظر دسترسی به اطلاعات و تجربه سیستم درمانی، یافته‌ها نشان دادند که اطلاعات ناکافی درباره ماهیت بیماری روانی، داروها و عوارض جانبی، عامل مهمی در اتخاذ تصمیم برای خوددرمانی بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به عدم آگاهی از نحوه صحیح مصرف داروها و منابع نادرست اطلاعاتی اشاره داشتند. مطالعات اوکانر و همکاران (۲۰۲۰) و ریویزی و همکاران (۲۰۲۱) نیز به این موضوع پرداخته‌اند و نشان می‌دهند که فضای مجازی با ارائه اطلاعات ناقص یا اشتباه، رفتارهای پرخطر در حوزه سلامت روان را تقویت می‌کند. از سوی دیگر، تجربه منفی بیماران از مواجهه با سیستم درمانی از جمله هزینه‌های بالا، برخورد‌های غیردوستانه یا عدم اثربخشی درمان، منجر به بی‌اعتمادی نسبت به درمان تخصصی و جایگزینی آن با خوددرمانی شده است.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که رفتار خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی نه تنها یک انتخاب فردی بلکه محصول تعامل پیچیده‌ای از فرهنگ، ساختار اجتماعی، دسترسی به اطلاعات و تجربه زیسته است. این موضوع ضرورت طراحی مداخلات چندسطحی فرهنگی، آموزشی و سیاستی را برجسته می‌سازد. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی خود توانست ابعاد پنهان و کمتر مطالعه‌شده این مسئله را در زمینه فرهنگی ایران آشکار سازد.

با وجود تلاش برای رعایت دقت و اعتبار در پژوهش، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است. نخست، شرکت‌کنندگان همگی از شهر تهران بودند و بنابراین نتایج ممکن است قابلیت تعمیم به سایر مناطق با ساختارهای فرهنگی متفاوت نداشته باشد. دوم، روش کیفی و تحلیل مضمون مبتنی بر ادراک و روایت افراد است که ممکن است تحت تأثیر عوامل ذهنی و برداشت‌های فردی قرار گیرد. همچنین، به دلیل حساسیت موضوع، برخی از مشارکت‌کنندگان ممکن است از بیان کامل تجربیات خود خودداری کرده باشند یا اطلاعات را تعدیل شده ارائه داده باشند. در نهایت، تمرکز پژوهش بر بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ممکن است مانع از شناخت تجربه افرادی شود که به‌طور کامل از سیستم درمانی فاصله گرفته‌اند.

بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های این پژوهش، توصیه می‌شود در مطالعات آتی از رویکرد ترکیبی (کمی و کیفی) برای بررسی رابطه بین متغیرهای فرهنگی، اقتصادی و روانی با خوددرمانی استفاده شود. همچنین، انجام پژوهش‌هایی با دامنه جغرافیایی گسترده‌تر در استان‌های مختلف کشور می‌تواند به شناخت بهتر از تفاوت‌های فرهنگی منطقه‌ای در رفتارهای سلامت روان کمک کند. بررسی تجارب خانواده‌ها، پزشکان

و کادر درمان نیز می‌تواند به تکمیل تصویر چندبعدی از این پدیده منجر شود. افزون بر این، تحلیل نقش متغیرهایی چون جنسیت، سطح تحصیلات، سواد سلامت روان و استفاده از شبکه‌های اجتماعی در تبیین خوددرمانی، می‌تواند در طراحی مداخلات هدفمند موثر باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، لازم است رویکردهای فرهنگی محور برای کاهش خوددرمانی در بیماران روان‌پزشکی طراحی شود. نخست، افزایش آگاهی عمومی درباره ماهیت بیماری‌های روان‌پزشکی و اهمیت مراجعه به متخصص، از طریق رسانه‌های جمعی و برنامه‌های آموزشی ضروری است. دوم، آموزش خانواده‌ها به‌ویژه در زمینه نقش حمایتی و غیرتحمیلی آن‌ها در تصمیم‌گیری درمانی، می‌تواند به کاهش فشارهای فرهنگی کمک کند. همچنین، طراحی سیستم‌های حمایتی اجتماعی مانند گروه‌های همیاری، مشاوره‌های رایگان اولیه، و تقویت روابط اعتمادساز میان بیمار و درمانگر از جمله راهکارهای عملی مؤثر است. کاهش هزینه‌های درمان، افزایش دسترسی به خدمات در مناطق کم‌برخوردار، و نظارت دقیق‌تر بر اطلاعات منتشرشده در فضای مجازی نیز باید در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گیرد تا بیماران به جای درمان‌های خودسرانه، مسیر درمانی صحیح را دنبال کنند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازين اخلاقي

در انجام این پژوهش تمامی موازين و اصول اخلاقي رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- Baker, D., Thompson, C., & Seawright, J. (2021). Psychiatric self-medication: Patterns, predictors, and implications. *Journal of Mental Health, 30*(2), 134–141. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1745091>
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2007). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 57*(535), 929–936.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16–20.
- Gonzalez, J. M., Alegría, M., & Prihoda, T. J. (2019). How do attitudes toward health care affect utilization? *Medical Care Research and Review, 66*(1), 82–101.

- Karimian, Z., Sharifi, V., & Bigdeli, I. (2020). Women's barriers to mental health service use in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(4), 278–285.
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2021). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. *Asian Journal of Psychiatry*, 64, 102774. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102774>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. A. R., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2017). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 70–73.
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., ... & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326–333.
- Raguram, R., Weiss, M. G., Channabasavanna, S. M., & Devins, G. M. (2002). Stigma, depression, and somatization in South India. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 857–859.
- Rivzi, S. H., Ali, S., & Ahmed, F. (2021). Role of social media in self-medication practices for mental health: A narrative review. *Journal of Behavioral Health*, 10(2), 102–110.
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, S. A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., ... & Rahimi-Movaghar, A. (2016). Mental health needs of the Iranian population: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(1), 1–15.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193.
- World Health Organization. (2022). *Mental health atlas 2022*. Geneva: WHO Press.