پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال چهاردهم، شماره ۶، پی در پی۷۲، صفحات ۳۲۴ تا ۳۳۱
بهمن و اسفند ۱۳۸۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۲۹

بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک

محسن شمسی [۱*]، اکرم بیاتی [۲]، ابوالفضل محمدبیگی [۳]، رضا تابیک [۱]

۱. عضو هیأت علمی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک
۲. عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک
۳. عضو هیأت علمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم

چکیده

سابقه و هدف: خوددرمانی، یکی از مسایل مهم بهداشتی- اجتماعی است که می‌تواند معضلات بسیاری را برای فرد و جامعه ایجاد نماید. خوددرمانی به ویژه در زنان در دورانهای حساسی همچون بارداری و شیردهی از اهمیت مضاعفی برخوردار می‌باشد؛ زیرا تولد نوزاد ناهنجار، می‌تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی زیادی را ایجاد کند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای می‌باشد که در آن ۲۰۰ نفر از مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اراک شرکت داشته‌اند (نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه تجربی و شاهد، هر کدام ۱۰۰ نفر، تقسیم شدند). نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و بر اساس مناطق پستی شهر اراک صورت گرفت. روش گردآوری اطلاعات، پرسشنامه تنظیم‌شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل) و چک‌لیست عملکرد مادران در خصوص مصرف خودسرانه داروها بود. قبل از انجام مداخله آموزشی، پرسشنامه و چک‌لیست برای هر دو گروه تکمیل شد و سپس مداخله آموزشی برای گروه تجربی در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه‌ای انجام گردید. همچنین ۱ و ۲ ماه بعد از انجام مداخله آموزشی، ۲ جلسه پیگیری برگزار شد؛ سپس ۳ ماه پس از مداخله آموزشی، در هر دو گروه، اطلاعات مجدداً گردآوری و تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی گروه تجربی و شاهد به ترتیب ۴/۷±۲۹/۲ و ۳/۸±۲۷/۱ سال و میانگین مدت زمان بارداری ۴/۶±۷/۲ هفته بود. قبل از مداخله آموزشی میزان آگاهی، حساسیت درک‌شده و عملکرد در زمینه خوددرمانی کمتر از حد متوسط و میزان شدت، منافع و موانع درک‌شده در زمینه مصرف خودسرانه داروها بیشتر از حد متوسط بود ولی پس از مداخله آموزشی بین دو گروه در همه متغیرهای ذکرشده اختلاف معنی‌داری ایجاد شد و عملکرد مادران نیز در زمینه خوددرمانی کاهش پیدا کرد.

نتیجه‌گیری: هر چه آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک‌شده بالاتر و موانع درک‌شده مادران باردار جهت مصرف خودسرانه داروها پایینتر باشد، عملکرد در زمینه خوددرمانی کمتر شده است. یافته‌های این بررسی تأثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی (در مقایسه با روشهای سنتی آموزش در درمانگاههای گروه شاهد) را در کاهش مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار نشان می‌دهد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد آموزش بر اساس این مدل در جهت کاهش سوء مصرف خودسرانه داروها در سایر مراکز بهداشتی نیز انجام گیرد.

واژگان کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، خوددرمانی، مادران

مقدمه

بیماری و سلامتی دو واژه‌ای هستند که قدمت آنها به تاریخ خلقت بشر برمی‌گردد و انسان از دیرباز با این مفاهیم ارتباط داشته است؛ هر چند که مفهوم، محتوا و نحوه برخورد افراد در زمانهای مختلف با آنها متفاوت بوده است. به نظر می‌رسد بیماری بیشتر از سلامتی توجه انسان را به خود معطوف کرده است، زیرا در حالت بیماری، نوعی عدم تعادل، عدم تطابق،

*نویسنده مسئول مکاتبات: محسن شمسی؛ اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پیراپزشکی، گروه بهداشت عمومی؛پست الکترونیک: mohsen_shamsi1360@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

درد و حالات غیر معمول انسان را متوجه خود ساخته و به فکر راه چاره بوده است. استفاده از دارو به اشکال مختلف، به عنوان یکی از راههای مبارزه با بیماری از گذشته مطرح بوده است؛ به طوری که می‌توان گفت تاریخ پیدایش مواد دارویی به اندازه تاریخ به وجود آمدن انسان قدیمی است (۱). امروزه با پیشرفتهای قابل‌توجهی که در زمینه‌های مختلف علمی به وجود آمده است، شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف هستیم؛ به طوری که این دسترسی راحت، به صورت یک پدیده اجتماعی زیانبخش یعنی استفاده نابجا و بی‌رویه از دارو شده است. بررسیها نشان می‌دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها همخوانی ندارد. این امر می‌تواند ناشی از خوددرمانی در جامعه باشد (۲). خوددرمانی که به عنوان معمولی‌ترین فرم خودمراقبتی تلقی می‌شود عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون تشخیص توسط پزشک یا استفاده از نظر او و نیز بدون نسخه یا نظارت درمانی و شامل مصرف داروهای گیاهی یا صناعی می‌باشد (۳). از طرفی میزان متوسط اقلام تجویزی در نسخ پزشکان ایرانی ۳/۵ قلم داروست که این مقدار بیش از کشورهای توسعه‌یافته است و اشاره به وضعیت نامطلوب تجویز دارو در کشور ما دارد (۴)، به گونه‌ای که ایران یکی از بزرگترین کشورهای مصرف‌کننده آنتی‌بیوتیک در جهان می‌باشد (۵). در حال حاضر، مصرف خودسرانه داروها باعث شده است مسائلی مانند مقاومت باکتریایی، عدم درمان بهینه، مسمومیتهای ناخواسته و حتی عمدی، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه افزایش یابد (۶). با در نظر گرفتن موارد فوق، توجه به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. در این میان، توجه به جمعیت زنان به دلیل واقع شدن در دورانهای حساسی همچون بارداری و شیردهی و همچنین تماس بیشتر با افراد خانواده و الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده، از اهمیت مضاعفی برخوردار است؛ به طوری که رخداد بارداری در زنان به راحتی می‌تواند مصرف دارو و مواد شیمیایی را در آنان افزایش دهد. این، در حالی است که مصرف خودسرانه داروها در این دوران مسئول بیش از ۳٪ موارد ناهنجاریهای مادرزادی می‌باشد. تولد یک نوزاد ناهنجار می‌تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی شدیدی را برای فرد و جامعه ایجاد کند (۹-۷). .مطالعات مختلف نشان داده‌اند زنان تمایل ویژه‌ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می‌دهند و معمولاً به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون دیسمنوره، رفع علایم منوپاز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی از داروها استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، بیش از ۷۰٪ زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونتهای قارچی واژینال می‌شوند که در ۵۰٪-۴۰٪ موارد، این عفونتها عود مجدد پیدا می‌کنند که تمام این عوامل می‌توانند زمینه‌ساز خوددرمانی در زنان باشد (۱۱و۱۰). مطالعاتی که در چند سال گذشته انجام شده است نشان می‌دهند که مصرف دارو در دوران بارداری رو به افزایش است. مصرف داروهایی که از طریق نسخه مصرف می‌شوند و نیز داروهایی که بدون نسخه دریافت می‌شوند، بدون هیچ گونه تغییری در میان مادران در سراسر دوران بارداری در حال افزایش است (۱۲).

از طرفی صاحب‌نظران عقیده دارند که زنان آگاهی لازم را درباره عوارض مصرف خودسرانه داروها ندارند و با توجه به گستردگی روزافزون دسترسی به انواع داروها در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف آنها، برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی داشته باشند، لازم است دانش و آگاهی کافی برای تغییر رفتار به دست آورند. در راستای حصول به چنین هدفی، شناخت عوامل مؤثر در تغییر رفتار، ایجاد تغییر را آسان خواهد کرد. بنابراین آموزش استفاده صحیح از داروها و عدم خوددرمانی، با استفاده از الگوهایی که عوامل مؤثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می‌کنند، ضروری می‌باشد. بدین منظور، محققان از مدلها برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این مدلهای مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. این مدل، رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به اجزایی که دارد، بر این اساس تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد. به عنوان مثال، این مدل می‌تواند حساسیت و شدت درک‌شده افراد را در خصوص مصرف خودسرانه داروها بالا برده و فرد را، با توجه به منافع و موانع درک‌شده و راهنمایی به عمل، به سمت رفتار بهداشتی یا عدم مصرف خودسرانه داروها هدایت کند. آموزش بر اساس این مدل، از طریق افزایش حساسیت درک‌شده مادران نسبت به خوددرمانی، نگرش آنان را در خصوص این که تا چه اندازه خود را در معرض مصرف خودسرانه داروها می‌بینند، بالا برده و از طریق آموزش، شدت درک‌شده نگرش مادران در خصوص وخامت و عوارض خوددرمانی در دوره بارداری، افزایش یافته که مجموع این دو عامل یعنی حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده همراه با منافع و موانع درک‌شده یعنی تجزیه و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

تحلیل فواید حاصل از عدم مصرف خودسرانه داروها و تجزیه و تحلیل موانع بالقوه برای عدم خوددرمانی در کنار راهنماهای عمل یا محرکهایی که از درون و بیرون بر فرد اثر می‌گذارند، مانند دوستان و آشنایان، کتاب، تلویزیون، ترس از ابتلا به عوارض خوددرمانی و...، مادر را به سمت انجام رفتار بهداشتی یا ترک رفتار غیربهداشتی که همان مصرف خودسرانه داروها می‌باشد، سوق می‌دهد.

با در نظر داشتن این نکته که مصرف خودسرانه داروها یک معضل بهداشتی- رفتاری می‌باشد، بررسی آن نیز باید از طریق مدلهای بهداشتی رفتاری صورت گیرد. به این منظور، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۷ صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی است. جمعیت هدف در این مطالعه مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک بودند. نمونه‌ها ۲۰۰ نفر بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه تجربی و شاهد (هر گروه ۱۰۰ نفر) قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای و بر اساس مناطق پستی شهر اراک صورت گرفت. با توجه به این که شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده و هر منطقه دارای خصوصیات خاص فرهنگی و اجتماعی می‌باشد، ابتدا از طریق نمونه‌گیری سیستماتیک ۱۰ منطقه انتخاب شده و سپس از درون هر منطقه، یک درمانگاه جهت نمونه‌گیری به صورت تصادفی انتخاب گردید (در مجموع ۱۰ درمانگاه). سپس ۵ درمانگاه به عنوان گروه شاهد و ۵ درمانگاه به عنوان گروه تجربی در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری در هر درمانگاه نیز به صورت تصادفی ساده صورت پذیرفت.

معیار ورود شامل مادران باردار واقع در سه ماهه اول بارداری که فاقد بیماری خاصی بودند و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل مادر برای ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه از ۴ جلسه آموزشی و رخداد هر بیماری خاص برای مادر در طی مطالعه بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر قسمتهای زیر بود: قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک مادر، قسمت دوم شامل سؤالات آگاهی (۱۰ سؤال)، قسمت سوم شامل سؤالات حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده در زمینه خوددرمانی که جمعاً شامل ۲۰ سؤال بوده و به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شده بودند، قسمت چهارم راهنماهای عمل که در قالب ۲ سؤال انواع راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در جهت خوددرمانی سنجیده می‌شد، قسمت پنجم چک‌لیستی بود که عملکرد مادر را در زمینه خوددرمانی در قالب برخی از بیماریهایی که مادر در آنها اقدام به مصرف خودسرانه دارو نموده بود، می‌سنجید.

امتیازگذاری پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه می‌شد. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۴ متغیر بود به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر، مخالفم امتیاز ۱، نظری ندارم امتیاز۲، موافقم امتیاز۳و کاملاً موافقم امتیاز۴ تعلق می‌گرفت.

در مجموع کل امتیاز هر یک از این قسمتها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده) بین ۰ تا ۲۰ متغیر بود که امتیاز کسب شده فرد در هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت چک‌لیست عملکرد نیز بر اساس این که مادر در چه تعدادی از بیماریهای ذکر شده اقدام به خوددرمانی نموده است، امتیاز وی از ۱۰۰ نمره همانند قسمت سؤالات آگاهی محاسبه می‌شد. سؤالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی در زمینه خوددرمانی نیز به صورت فراوانی محاسبه شدند. سنجش روایی (Validity) پرسشنامه حاضر با شیوه روایی محتوایی سنجیده شده است، بدین صورت که پرسشنامه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و با توجه به منابع و کتب معتبر تهیه و پس از آن توسط اساتید صاحب‌نظر بررسی شد و نظرات آنان در پرسشنامه اعمال گردید که نهایتاً پس از رفع برخی از اشکالات و ابهامات روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. پایایی (Relibility) پرسشنامه مذکور نیز از طریق روش آزمون آلفا کرونباخ بر روی ۲۵ نفر از مادرانی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد که مقدار آن در قسمت سؤالات آگاهی ۰/۸۸، سؤالات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۸۵ و چک‌لیست عملکرد ۰/۸۲ به دست آمد.

قبل از انجام مداخله آموزشی، اطلاعات در هر دو گروه تجربی و شاهد از طریق پرسشنامه مذکور جمع‌آوری و سپس مداخله آموزشی برای گروه تجربی در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی انتخاب و اجرا شد. در پایان جلسات آموزشی نیز مطالب به صورت بوکلت آموزشی، پمفلت و پوستر در اختیار

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مادران مورد مطالعه گذاشته شد. با توجه به این که اکثر افراد در پیش‌آزمون پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی را به عنوان راهنمای عمل خارجی خود در جهت عدم مصرف خودسرانه داروها عنوان کرده بودند، لذا از حضور این افراد در جلسات مداخلات آموزشی برای تشویق شرکت‌کنندگان به عدم خوددرمانی استفاده شد. بعد از مداخله آموزشی، افراد به مدت ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. سپس ۲ جلسه پیگیری به مدت ۱ و ۲ ماه بعد از مداخله جهت مرور مطالب برگزار شد و در نهایت پس از پایان ۳ ماه، اطلاعات مجدداً از هر دو گروه جمع‌آوری گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS علاوه بر آزمونهای آمار توصیفی و آزمون مجذور کای، در هر یک از گروهها از آزمون تی زوجی و برای مقایسه در بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. $p<۰/۰۵$ سطح معنی‌داری اختلافها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه تجربی و شاهد به ترتیب ۴/۷±۲۹/۲ و ۳/۸±۲۷/۱ سال و میانگین مدت زمان بارداری ۴/۶±۷/۲ هفته بود. اختلاف دو گروه از نظر وضعیت شغلی، تأهل، سطح تحصیلات و تحت پوشش بیمه درمانی بودن معنی‌دار نبود (جدول ۱). قبل از مداخله اختلاف میانگین دو گروه از نظر آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک شده، موانع درک‌شده و عملکرد به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بعد از مداخله بین دو گروه در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (در تمام موارد $p<۰/۰۰۱$، جدول ۲). اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه تجربی قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد. در حالی که در گروه شاهد هیچ گونه اختلاف معنی‌داری دیده نشد (جدول ۲). همچنین جداول ۳ و ۴ و ۵ و ۶ نیز به تفکیک توزیع درصد فراوانی راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در دو گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان می‌دهند.

بحث

در این مطالعه حدود نیمی از مادران باردار فاقد هر نوع بیمه درمانی بودند که این عامل می‌تواند دسترسی افراد را به خدمات درمانی و پزشک دشوار ساخته و در نهایت عاملی جهت مصرف خودسرانه داروها توسط آنان باشد. در پژوهش شمسی و همکاران نیز این ارتباط معنادار نشان داده شده است (۱۳). میزان آگاهی کسب شده افراد در هر دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله آموزشی را می‌توان به اطلاع‌رسانی از طریق رادیو و تلویزیون، روزنامه، مجلات، کتابها و همچنین پرسنل بهداشتی درمانی درمانگاهها نسبت داد. در پژوهش حاجی‌سیدجوادی و همکاران، ۷۴٪ از زنان باردار از عوارض مصرف داروها اطلاعی نداشتند (۱۴)؛ در پژوهش سپهری نیز میزان آگاهی افراد از دوز دارو ۳۲٪ عنوان شده بود (۱۵).

در پژوهش ضیایی نیز ۴۲٪ از مادران باردار از داروهای گیاهی مصرف‌شده در دوران بارداری آگاهی داشتند (۱۶). وجود اختلاف معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره‌های آگاهی دو گروه را می‌توان به علت تشکیل کلاسهای آموزشی در خصوص عدم خوددرمانی دانست. این کلاسها توانسته تا حدود زیادی باعث ارتقای میزان آگاهی گروه مورد (به میزان ۴۲ نمره) در خصوص مصرف صحیح داروها شود. این یافته‌ها با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در پژوهشهایی در زمینه کنترل دیابت و مراقبت از خود و افزایش میزان آگاهی پس از مداخله آموزشی همخوانی دارد (۱۸و۱۷).

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات و وضعیت پوشش بیمه درمانی

مشخصات دموگرافیک		گروه تجربی		گروه شاهد		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۹۲	۹۲	۹۴	۹۴	۱۸۶	۹۳
	شاغل	۸	۸	۶	۶	۱۴	۷
تحت پوشش بیمه درمانی	بله	۵۲	۵۲	۵۶	۵۶	۱۰۸	۵۴
	خیر	۴۸	۴۸	۴۴	۴۴	۹۲	۴۶
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰
	مجرد	۰	۰	۰	۰	۰	۰
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲	۱۲	۱۰	۱۰	۲۲	۱۱
	ابتدایی	۲۸	۲۸	۳۱	۳۱	۵۹	۲۹
	راهنمایی	۳۱	۳۱	۳۳	۳۳	۶۴	۳۲
	دیپلم	۱۷	۱۷	۱۶	۱۶	۳۳	۱۷
	دانشگاهی	۱۲	۱۲	۱۰	۱۰	۲۲	۱۱

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره‌های آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و عملکرد در خصوص مصرف خودسرانه داروها قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه

متغیر مورد نظر	گروه	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	تجربی	۴۱	۱۵/۲	۸۳	۱۷/۲
	شاهد	۴۴/۳	۱۶/۱	۴۶/۲	۱۶/۸
حساسیت درک‌شده	تجربی	۳۸/۳	۱۴/۵	۷۲/۱	۱۷/۶
	شاهد	۴۱/۷	۱۴/۷	۴۲/۱	۱۶/۸
شدت درک‌شده	تجربی	۵۳/۸	۲۱/۲	۸۸/۳	۱۹/۳
	شاهد	۵۶	۱۷/۸	۵۶/۶	۱۴/۵
منافع درک‌شده	تجربی	۶۱/۳	۱۷/۶	۹۳/۵	۱۴/۴
	شاهد	۶۴/۵	۱۴/۳	۶۶	۱۵/۰۸
موانع درک‌شده	تجربی	۷۳/۸	۱۴/۴۸	۳۴/۵	۱۴/۵
	شاهد[1]	۷۵/۳	۱۵/۶۲	۶۷/۶	۱۶/۳
عملکرد در خصوص مصرف خودسرانه داروها	تجربی	۱۸/۱۲	۶/۵۱	۳/۵	۲/۸
	شاهد	۲۲/۳۸	۶/۴۳	۲۰/۰۳	۵/۳

۱. آزمون paired t درگروه شاهد قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد.

جدول ۳- توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی در خصوص مصرف خودسرانه داروها بر اساس نظرات مادران باردار مورد مطالعه قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه *

گروههای مورد مطالعه / راهنماهای عمل	تجربی		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
رادیو و تلویزیون	۴۵	۴۵	۴۱	۴۱
کتاب و کتابچه	۲۴	۲۴	۲۰	۲۰
پزشک و پرسنل بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی	۶۴	۶۴	۶۶	۶۶
خانواده و آشنایان	۵۱	۵۱	۴۷	۴۷
سایر مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی	۵۵	۵۵	۵۸	۵۸
مجله و نشریات	۳۸	۳۸	۴۲	۴۲

*اختلاف بین دو گروه در هیچ موردي معني‌دار نبود.

جدول ۴- توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی در خصوص مصرف خودسرانه داروها بر اساس نظرات افراد مورد مطالعه ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی در هر دو گروه

گروههای مورد مطالعه / راهنماهای عمل	تجربی		شاهد		نتیجه آزمون chi-square
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
رادیو و تلویزیون	۵۴	۵۴	۴۳	۴۳	P<۰/۰۴۸
کتاب و کتابچه	۳۵	۳۵	۲۲	۲۲	P<۰/۰۳۴
پزشک و پرسنل بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی	۸۵	۸۵	۶۹	۶۹	P<۰/۰۰۱
خانواده و آشنایان	۶۶	۶۶	۴۶	۴۶	P<۰/۰۲۸
سایر مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی	۷۱	۷۱	۶۲	۶۲	P<۰/۰۱۸
مجله و نشریات	۵۲	۵۲	۴۰	۴۰	P<۰/۰۳۱۲

جدول ۵- توزیع فراوانی راهنماهای عمل داخلی در خصوص مصرف خودسرانه داروها بر اساس نظرات جمعیت مورد مطالعه قبل از مداخله آموزشی در دو گروه

گروههای مورد مطالعه / راهنماهای عمل	تجربی		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی	۴۵	۴۵	۴۱	۴۱
عدم اعتقاد به خوددرمانی	۳۶	۳۶	۳۸	۳۸
حال عمومی مساعد	۵۴	۵۴	۵۷	۵۷
احساس سلامتی بیشتر در صورت عدم خوددرمانی	۶۱	۶۱	۶۴	۶۴

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۶- توزیع فراوانی راهنماهای عمل داخلی در خصوص مصرف خودسرانه داروها بر اساس نظرات جمعیت مورد مطالعه ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه

گروههای مورد مطالعه / راهنماهای عمل	تجربی		شاهد		نتیجه آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	مجذور کای
ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی	۶۸	۶۸	۴۵	۴۵	P<۰/۰۰۱
عدم اعتقاد به خوددرمانی	۶۴	۶۴	۴۱	۴۱	P<۰/۰۰۱
حال عمومی مساعد	۷۱	۷۱	۶۰	۶۰	P<۰/۰۰۲
احساس سلامتی بیشتر در صورت عدم خوددرمانی	۸۳	۸۳	۶۲	۶۲	P<۰/۰۰۱

وضعیت میانگین نمره حساسیت درک‌شده مادران باردار قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه در شرایط یکسان و کمتر از متوسط بود که همخوان با سایر مطالعات می‌باشد (۱۹-۱۷).

وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه بعد از مداخله آموزشی در این زمینه، می‌تواند شاهد خوبی از تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای حساسیت درک‌شده مادران باردار در گروه تجربی باشد، به طوری که اکثر مادران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی این اعتقاد را داشتند که ممکن است آنها هم در معرض خوددرمانی قرار داشته باشند که این یافته همخوان با پژوهشهای مرتبط با افزایش حساسیت درک‌شده در زمینه عدم سیگار کشیدن در دانش‌آموزان، پیشگیری از پوکی استخوان و مراقبت از رژیم غذایی و مراقبت از پا در بیماران دیابتی می‌باشد (۲۱و۲۰،۱۸،۱۷).

از لحاظ شدت درک‌شده افزایش ۳۵ نمره به میانگین نمره شدت درک‌شده گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی حاکی از اختلاف معنی‌دار در شدت درک‌شده بین دو گروه بود. این افزایش شدت درک‌شده در سایر مطالعات مشابه نیز وجود داشته است (۲۱و۲۰،۱۸،۱۷). در مطالعه حاضر گوشزدکردن عوارض جدی و وخیم ناشی از مصرف خودسرانه داروها و توجه افراد به از دست دادن سلامتی و هزینه‌های بالای درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقای سطح شدت درک‌شده نمونه‌ها در این خصوص بوده است.

قبل از مداخله آموزشی وضعیت درک افراد از منافع مصرف صحیح داروها در هر دو گروه بیش از حد متوسط بود که این مقدار بعد از مداخله آموزشی در گروه تجربی به مراتب افزایش بیشتری پیدا کرد (۳۲ نمره)، به طوری که این افزایش نمره در گروه تجربی ۲۰ برابر گروه شاهد بود و آزمون تی مستقل هم اختلاف معنی‌داری را در این زمینه بین دو گروه بعد از مداخله نشان داد. به نظر می‌رسد که توجه مادران باردار به این که مصرف صحیح داروها باعث کاهش عوارض و بهبودی سریعتر بیماری یا عارضه در طی بارداری می‌گردد، می‌تواند در ارتقای سطح منافع درک‌شده مادران مؤثر باشد. مطالعه شریفی‌راد نیز نشان داد که بین منافع درک‌شده و دوری از سیگار کشیدن در بین نوجوانان رابطه مثبت وجود دارد (۲۰) که در هر دو مطالعه بیشترین منافع درک‌شده مربوط به احساس سالم زیستن بوده است.

وضعیت درک مادران از موانع موجود جهت مصرف صحیح داروها در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت یکسانی قرار داشت و آزمون تی مستقل هم اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره موانع درک‌شده در دو گروه نشان نداد؛ اما وجود اختلاف معنی‌دار در موانع درک‌شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک‌شده در خصوص مصرف صحیح داروها در گروه تجربی بوده است. بیشترین موانع درک‌شده از سوی مادران باردار جهت مصرف صحیح داروها شامل عدم مراجعه به پزشک به دلیل شرایط نامناسب مادر در طی بارداری همچون ضعف، سستی، افزایش وزن و کاهش تحرک، تغییرات شدید هورمونی (تهوع و استفراغهای طولانی و مکرر)، همچنین عدم آگاهی از عوارض مصرف خودسرانه داروها و به خصوص داروهای گیاهی، که اکثر مادران آنها را بدون عارضه می‌دانستند، بود. در پژوهش آصف‌زاده نیز مهمترین مانع جهت عدم مصرف صحیح داروها مهم تلقی نکردن بیماریها از سوی افراد ذکر شده بود (۲۲). در مطالعه شریفی‌راد نیز با کاهش موانع درک‌شده، نوجوانان کمتر اقدام به سیگار کشیدن کرده بودند (۲۰). در مطالعه جولی‌کوچ نیز با رفع موانع درک‌شده بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پیاده‌روی نموده بودند (۲۳).

در مطالعه کامرانی گروه شاهد قبل از مداخله آموزشی از موانع درک‌شده کمتری در خصوص رعایت رژیم غذایی برخوردار بودند که این امر می‌تواند برای این گروه امتیازی جهت رعایت رژیم غذایی و کمک به کنترل دیابت به شمار آید (۱۸).

در پژوهش رخشانی و همکاران، ۸۰٪ از افراد در شهر زاهدان؛ در پژوهش مقدم‌نیا در بابل ۵۹٪ از افراد، در پژوهش صومی و همکاران در تبریز ۳۱٪ افراد و در پژوهش باقیانی مقدم در دانشجویان شهر یزد بیش از ۸۳٪ از افراد اقدام به خوددرمانی کرده بودند (۲۶-۲۴و۱۹). قبل از مداخله آموزشی بین میانگین نمره عملکرد در زمینه خوددرمانی در دو گروه تفاوت

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

معنی‌داری دیده نشد؛ با این وجود هر دو گروه اقدام به مصرف خودسرانه دارو نموده بودند. در پژوهش شمسی و همکاران در زنان غیر باردار شهر اراک این مقدار ۵۴٪ گزارش شده است (۲۷). در پژوهش جانکواکومارو در ویتنام ۲۹/۸٪، در پژوهش شانکار در غرب نپال ۵۹٪ افراد و در پژوهش سینیکا در فنلاند ۴۴٪ از زنان مصرف خودسرانه دارو داشته اند (۳۰-۲۸).

بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی‌داری کاهش پیدا کرد که این امر را می‌توان به تأثیر مثبت آموزش نسبت داد که با سایر مطالعات دیگر همخوان می‌باشد (۱۳،۱۷،۱۸،۲۰،۲۱،۳۱). در همه مطالعات یادشده عملکرد افراد به دنبال آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه‌های گوناگون بهبود یافته است.

داشتن راهنمای عمل داخلی (جدول ۵) که فرد را از سمت درون به مصرف صحیح داروها ترغیب می‌کند و مشارکت اعضای خانواده به عنوان مهمترین راهنمای عمل خارجی (جدول۳) در کاهش میزان خوددرمانی می‌تواند حایز اهمیت باشد. در پژوهش معتمدی و همکاران نیز منبع اطلاعاتی افراد شامل دوره های آموزشی (۸۷٪)، کتب علمی (۳۷٪)، نشریات (۷٪) و رادیو و تلویزیون (۵٪) بوده است (۳۲). در پژوهش پاتریکا نیز نزدیک به نیمی از شرکت‌کنندگان (۴۶٪)، اطلاعات دارویی خود را از پزشکان کسب می‌کردند و ۴۱٪ بروشور دارویی را می‌خواندند و تعداد کمی (۴٪) از طریق تلویزیون و ۳٪ نیز از طریق مجلات و دوستان، اطلاعات خود را در زمینه مصرف صحیح داروها کسب می‌کردند (۳۳)

نتیجه‌گیری

نتایج بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، حاکی ار تأثیر مثبت آموزش بر آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک‌شده و در نهایت کاهش مصرف خودسرانه داروها توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه بوده است. لذا با انجام این بررسی، تأثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی بر کاهش خوددرمانی در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در مقایسه با روشهای سنتی آموزش در مراکز گروه شاهد تأیید شد. پیشنهاد می‌گردد برای کاهش خوددرمانی، آموزش بر اساس این مدل در سایر مراکز دیگر نیز انجام گیرد.

REFERENCES

1. Jayasuriya DC. Let pharmacists do more for health in developing countries .World Health Forum 1994;15(4):403-5.

2. Ahadian M. Self medication and drug abuse. Journal of drug Nedaye Mahya 2007;1(3):14-35. (Full Text in Persian)

3. Omidbeygee R. Culture pharmacy drug and some notes important around. Monthly Journal of Razi 1996;5(7):24-40. (Full Text in Persian)

4. Parvar Gh, Mahalati V, Montaseri A. View of drug situation in Iran year 1996. Monthly Journal of Razi 1999;9(7):70-3. (Full Text in Persian)

5. Motamedi H, editor. Knowledge and performance of antibiotics. Tehran: Publication of center educational NAZAJA. 1999. P. 12-4. (Text in Persian)

6. Porgholami A. Similar with drugs. Monthly Journal of Razi 2004;8(5):27-34. (Full Text in Persian)

7. Mostafavy S. Druges challenge this centure .1st ed. Tehran: Keyhan publication;2004. p. 20-5. (Text in Persian)

8. Heffner CR, Reiff E, Ephross SA. Monitoring peregnancy outcome after prenatal drug exposure through prospective pregnancy. Am J Obsetet Gynecol 2000;182(5):159-63.

9. Singer MS, Mace KC, Bernays EA. Self-Medication as adaptive plasticity: Increased ingestion of plant toxins by parasitized caterpillars. PLoS ONE 2009;4(3):47-52.

10. Tesch BJ. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5 Suppl): 44-55.

11. Mycek MJ, Harvey RA. Illustrated reviews pharmacology. Philadelphia: Willams & Wilkins; 2000. p. 279-88.

12. Pernoll ML. Current Obstetrics & Gynecology. 7th ed. USA: Appleton & Lange; 1991.

13. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers refering to health centers of Arak. Journal of Arak University of Medical Sciences 2009;12(3):44-53 (Full Text in Persian)

14. Haji E. The survey of knowledge of pregnant women about drug in pregnancy. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2005;9(3):75-83. (Full Text in Persian).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

15. Sepehri Ch, Kohan S, Ghazanfari Z. The knowledge of patients referred to Kerman pharmacies about their dispensed drugs, 1997. Journal of Babol University of Medical Science 2001;9(3):58-2. (Full Text in Persian)

16. Ziayee T, Gity A, Yaghmaye F, Akbarzadeh A. The survey of knowledge attitude and practice woman with pregnancy about drug cosumer. Nursing and Midwifery Quarterly Shaheed Beheshti University Of Medical Sciences 2008;18(62):42-8. (Full Text in Persian)

17. Mohebi S, Sharifirad G, Hazaveyee S. The effect of educational program based on Health Belief Model on diabetic foot care. Int J Diab Dev Ctries 2007;27:18-23.

18. Kamrani A. The effect of educational diet on nutrition type2 diabetes based on Health Belief Model [Dissertation]. Faculty of Public Health, Isfahan University of Medical Science 2006.(Text in Persian)

19. Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. Tabib shargh, Jounal of Zahedan University of Medical Sciences 2006;2(8):111-9. (Full Text in Persian)

20. Sharifi-rad GhR, Hazavei MM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Rahavard Danesh, Journal of Arak University of Medical Sciences 2007;1(10):79-86. (Full Text in Persian)

21. Saeedi M. The survey of educational program based on health belief model on preventive osteoporosis [Dissertation]. School of Public Health, Isfahan University of Medical Science 2005. (Text in Persian)

22. Asefzadeh S, Anbarloyee M, Habibi S. Prevalence of self medication of patients care in hospital in Qazvin, Iran. JQUMS 2003;4(20):48-52. (Full Text in Persian)

23. Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. J Am Acad Nurse Pract 2002;14(3):126-9.

24. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. Self-medication in Zahedan in 1999. Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences 2002;22(6):45-52. (Full Text in Persian)

25. Moghadamnia A, Ghadimi R. Self medication in common cold in in 15-45 years old patients in Babol, Iran. Scientific J Babol Univ Med Sci 2001;2(1):26-32. (Full Text in Persian)

26. Somi MH, Piri Z, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh. Self medication by residents of northwestern Tabriz. Medical Journal of Tabriz Univ Medical Sci 2003;59(1):82-6. (Full Text in Persian)

27. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. The survey of prevalence self medication and factors effected in womans arak city. Journal of Quarterly nursing and midwife Hamedan University of Medical Sciences 2008;29(1):29-34. (Full Text in Persian)

28. Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilization and self medication in rural community in vietnam. Social Science & Medicin 2002;54:1875-86.

29. Shankar PR, Parsa P, Shenoy N. Self medication and non doctor priscription practice in pokhara, Western Nepal. BioMed 2002;3(17):172-9.

30. Sinikka S, Ritta A, Heli M, Elina H. Self medication whit vaginal drugs: physican experience and women utilization patterns. Family Practice 2000:17(2):145-9.

31. Ghofranipour A. Apply the health belief model in prevention of fever animal (Dissertation). Trbiat madares University.1994 (Text in Persian)

32. Motamedi B, Yasamy MT, Moazenzade M. A survey on midwives knowledge about drug usage in pregnancy and lactation in the city of Kerman. Journal of Kerman University of Medical Science 1995;4(2):158-64. (Full Text in Persian)

33. Patricia J, Neafsey R, Olga J, Surheil L. Self medication practice in spanish speaking older adults. Hispanic Health Care International 2007;5(4):169-78.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]