

تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خود درمانی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک

محسن شمسی^{۱*}، رضا تاجیک^۲، ابوالفضل محمد بیگی^۳

۱- مربی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- مربی، کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای، گروه بهداشت حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳- مربی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۱۲/۱۸، تاریخ پذیرش ۸۸/۴/۱۷

چکیده

مقدمه: مصرف خود سرانه داروها به عوارض داروها می‌افزاید و این امر در زنان به دلیل واقع شدن در دوران بارداری و شیردهی از اهمیت مضاعفی برخوردار می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خود درمانی مادران شهر اراک صورت گرفت.

روش کار: در طی یک کارآزمایی بالینی ۳۰۰ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک شرکت داشتند. روش گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه تنظیم شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد مادران در خصوص مصرف خودسرانه داروها بود. قبل از مداخله آموزشی پرسش‌نامه و چک لیست برای هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل و سپس مداخله آموزشی برای گروه مورد در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای انجام گردید. ۳ ماه پس از مداخله در هر دو گروه مورد و شاهد اطلاعات مجدداً گردآوری و تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: قبل از مداخله آموزشی میزان‌های آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده در زمینه خود درمانی در حد متوسط و عملکرد مادران در زمینه مصرف خودسرانه داروها بیشتر از حد متوسط بود ولی پس از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی‌داری ایجاد شد و عملکرد مادران نیز در زمینه خوددرمانی کاهش یافت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با افزایش میانگین نمره اجزای مدل اعتقاد بهداشتی شامل آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده و عملکرد در زمینه خود درمانی کاهش یافت. پیشنهاد می‌گردد آموزش بر اساس این مدل در جهت کاهش سوء مصرف خودسرانه داروها در سایر مراکز بهداشتی نیز انجام پذیرد.

واژگان کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، خود درمانی، ایران

* نویسنده مسئول: اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پیراپزشکی

Email: mohsen_shamsi1360@yahoo.com

مقدمه

از نظر درمانی دارو به مواد شیمیایی گفته می‌شود که در پیش‌گیری، تشخیص یا درمان بیماری‌ها و اختلالات مختلف اعضای بدن به کار برده می‌شوند (۱، ۲). امروزه با پیشرفت‌های قابل توجهی که در زمینه‌های مختلف علمی به عمل آمده است شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم به طوری که این دسترسی راحت خود به عنوان یک پدیده اجتماعی زیان بخش یعنی استفاده نابه جا و بی رویه از دارو دامنگیر بشر گردیده است. بررسی‌ها نیز نشان می‌دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها هم‌خوانی ندارد که این امر می‌تواند ناشی از خوددرمانی در جامعه باشد (۳). نشریه اسکریپ (Scrip) هم طی گزارشی در سال ۱۹۹۷ اعلام داشت که بیشترین داروی پرفروش ایران آموکسی سیلین با ارزش ۱۳ میلیون دلار و سپس آمپی سیلین با ارزش ۷ میلیون دلار بوده است (۴) به گونه‌ای که می‌توان گفت ایران یکی از بزرگ‌ترین کشورهای مصرف‌کننده آنتی بیوتیک در جهان می‌باشد (۵) در حال حاضر این پدیده یعنی مصرف خودسرانه داروها باعث شده است عواملی مثل 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 می‌باشد. رخداد بارداری در زنان نیز واقعه‌ای است که به راحتی می‌تواند مصرف دارو و مواد شیمیایی را در آنان افزایش دهد و این در حالی است که مصرف خودسرانه داروها در این دوران مسوول بیش از ۳ درصد موارد ناهنجاری‌های مادرزادی می‌باشد (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 علائم منوپوز، 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 درصد از زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونت‌های قارچی واژینال می‌شوند که در ۵۰-۴۰ درصد از آنها این گونه عفونت‌ها در طول عمر گرایش به عود مجدد نشان می‌دهند که تمام این عوامل می‌تواند زمینه ساز خوددرمانی در زنان باشد (۸).

با توجه به گستردگی روز افزون دسترسی به انواع داروها در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف داروها، برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی را داشته باشند لازم است دانش و آگاهی کافی را برای تغییر رفتار به دست آورند. بنابر این آموزش استفاده صحیح از داروها و عدم خوددرمانی نیز با استفاده از الگوهای که عوامل موثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می‌کنند ضروری می‌باشد. بدین منظور محققان از مدل‌ها برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این مدل‌ها موثر در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد (۹). مدل اعتقاد بهداشتی رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به اجزایی که دارد براساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد. این مدل می‌تواند حساسیت و شدت درک شده افراد را در خصوص مصرف خودسرانه داروها بالا برده و با توجه به منافع و موانع درک شده و راهنمای به عمل، فرد را به سمت رفتار بهداشتی یا عدم مصرف خودسرانه داروها هدایت کند (۹، ۱۰).

با توجه به این که معضل خوددرمانی در اکثر مادران وجود دارد و بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی نیز در این زمینه آموزش کافی ارائه نمی‌دهند و یا به شیوه‌های آموزش سنتی بسنده می‌کنند و شاهد این امر نیز افزایش

در این پژوهش منظور از خود درمانی شامل استفاده خود سرانه از هر نوع دارو (اعم از گیاهی یا شیمیایی) بوده که مادران بدون تجویز، تشخیص و یا نسخه پزشک به صورت خود سرانه مصرف نموده باشند.

روش جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر پنج قسمت بوده است. قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک (۹ سوال)، قسمت دوم شامل سوالات آگاهی (۱۰ سوال)، قسمت سوم شامل سوالات حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده در زمینه خود درمانی که جمعاً شامل ۲۰ سوال بوده و به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شده‌اند، قسمت چهارم راهنماهای عمل که در قالب ۲ سوال، انواع راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در جهت خود درمانی می‌سنجید، قسمت پنجم چک لیستی است که عملکرد مادر را در زمینه خود درمانی در قالب برخی از بیماری‌هایی که مادر در آنها اقدام به مصرف خود سرانه دارو نموده بود ارزیابی می‌کرد.

امتیاز گذاری پرسش‌نامه حاضر بدین صورت بوده که در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفته و در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شده است. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نیز دامنه امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۴ متغیر بوده به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالف امتیاز صفر، مخالف امتیاز ۱، نظری ندارم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ تعلق گرفته است.

در مجموع کل امتیاز هر یک از این قسمت‌ها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده) می‌تواند بین ۰ تا ۲۰ متغیر بوده که امتیاز کسب شده مادر در هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شده است. در قسمت چک لیست عملکرد نیز بر اساس این که مادر در چه تعدادی از بیماری‌های ذکر شده اقدام به خود درمانی نموده است امتیاز وی از ۱۰۰ نمره همانند قسمت سوالات آگاهی محاسبه شده است سوالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی در زمینه خود درمانی نیز به صورت فراوانی محاسبه شده‌اند. سنجش

مصرف خود سرانه داروها در میان مادران حتی در دوران بارداری می‌باشد (۱۱) لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خود درمانی مادران شهر اراک صورت پذیرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی بوده که جمعیت هدف در آن مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک بودند. نمونه‌ها ۳۰۰ نفر بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه مورد و شاهد (هر گروه ۱۵۰ نفر) قرار گرفتند. با احتساب ریزش ۱۰ درصد در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر اضافه وارد مطالعه شدند که پس از مطالعه با ریزش محدود (کمتر از ۱۰ نفر در هر گروه) در نهایت اطلاعات همان ۳۰۰ نفر اولیه آنالیز گردید. در مطالعه حاضر نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و بر اساس مناطق پستی شهر اراک صورت گرفته است با توجه به این که شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده و هر منطقه دارای خصوصیات خاص فرهنگی و اجتماعی خود می‌باشد، ابتدا از طریق نمونه‌گیری سیستماتیک ۱۰ منطقه انتخاب شده و سپس از درون هر منطقه یک درمانگاه جهت نمونه‌گیری به صورت تصادفی انتخاب گردیده است (مجموعاً ۱۰ درمانگاه) سپس ۵ درمانگاه به عنوان گروه شاهد و ۵ درمانگاه به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شده است. نمونه‌گیری در هر درمانگاه نیز به صورت تصادفی ساده صورت پذیرفته است.

در این پژوهش جمعیت مورد مطالعه شامل تمامی مادرانی بودند که جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی اولیه (شامل پایش رشد کودک، واکسیناسیون، تنظیم خانواده و...) به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند.

معیار ورود شامل عدم بارداری، شیردهی و یا ابتلا به بیماری خاصی در مادر و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل مادر برای ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه از ۴ جلسه آموزشی و رخداد بارداری یا هر بیماری خاص برای نمونه در طی مطالعه بوده است.

جلسه بعد نیز مطالب جلسات قبل به صورت خلاصه مرور می‌شد.

با توجه به این که اکثر نمونه‌ها در پیش آزمون یکی از افراد خانواده و پزشک را به عنوان راهنمای عمل خارجی خود در جهت عدم مصرف خودسرانه داروها عنوان کرده بودند لذا از حضور این افراد نیز جهت تشویق نمونه‌ها برای عدم خوددرمانی، در جلسات مداخلات آموزشی استفاده شد. بعد از مداخله آموزشی نمونه‌ها 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 شده است و در نهایت پس از پایان ۳ ماه اطلاعات مجدداً از هر دو گروه مورد و شاهد جمع‌آوری شده است.

لازم به ذکر است که قبل از انجام مطالعه از نمونه‌ها رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در تحقیق بر اساس مصوبات کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک اخذ گردید و اصول اعلامیه هلسینکی در تمام مراحل تحقیق مدنظر قرار گرفت.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss علاوه بر آزمون‌های آمار استنباطی و آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون، در هر یک از گروه‌ها از آزمون تی زوجی و برای مقایسه بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شده است.

نتایج

میانگین سنی گروه مورد و شاهد به ترتیب $35 \pm 6/3$ و 34 ± 7 سال بوده است. در هر دو گروه اکثر مادران متأهل و از نظر وضعیت شغلی خانه‌دار بودند. در این پژوهش در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۴۶ درصد و ۵۰ درصد مادران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند و از لحاظ سطح تحصیلات نیز بیشترین آنان سطح تحصیلات دبیرستان را دارا بودند بین گروه‌ها از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌دار مشاهده نگردید (جدول ۱).

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 صاحب صلاحیت بررسی شده و نظرات آنان در پرسش‌نامه اعمال گردیده است و نهایتاً پس از رفع برخی از اشکالات و ابهامات روایی آن مورد تایید قرار گرفته است. پایایی (Reliability) 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 این مقدار در قسمت سوالات آگاهی ۰/۸۸، در قسمت ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده) ۰/۸۳ و در قسمت چک لیست عملکرد ۰/۸۱ به دست آمد.

قبل از انجام مداخله آموزشی در هر دو گروه مورد و شاهد اطلاعات از طریق پرسش‌نامه مذکور جمع‌آوری و سپس مداخله آموزشی برای گروه مورد در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی انتخاب و اجرا شد مطالب و محتوی آموزشی جهت اجرای مداخله بر اساس اهداف آموزشی و براساس مطالبی که مادران باید در مورد نحوه صحیح مصرف داروها بدانند و با توجه به نیاز سنجی که قبل از انجام مداخله صورت گرفته بود و براساس کتب و مجلات معتبر وزارت بهداشت و با مشاوره متخصصین علوم دارویی و بهداشتی تهیه شده و شامل آشنایی با خود درمانی، طبقه بندی داروها، علائم و عوارض ناشی از مصرف خود سرانه داروها، نقش مصرف صحیح داروها در کنترل بیماری و پیشگیری از بروز عوارض مصرف، فواید مصرف صحیح داروها، سعی در تغییر نگرش مادران در زمینه رفع موانع درک شده و اعتقادات نادرست در زمینه مصرف صحیح داروها و.... بوده است. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه مطالب ارایه شده به صورت مکتوب در قالب پمفلت و دفترچه آموزشی جهت مطالعه به شرکت کنندگان داده شده و قبل از شروع

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات و پوشش خدمات بیمه درمانی

وضعیت	گروه مورد تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد(درصد)	p
شغلی شاغل	۲۲(۱۱)	۱۶(۱۰/۷)	
تحسبت بله	۶۹(۴۶)	۷۶(۵۰/۷)	
پوشش بیمه درمانی خیر	۸۱(۵۴)	۴۳(۴۹/۷)	۰/۱۸۳
وضعیت متاهل	۱۴۳(۹۵)	۱۳۸(۰/۹۲)	۰/۳۰۸
تاهل مجرد	۷(۵)	۱۲(۰/۸)	
بیسواد ابتدایی	۲۸(۱۸/۷)	۳۲(۲۱/۳)	۰/۹۰۴
تحصیلات راهنمایی	۳۶(۱۷/۳)	۳۱(۲۰/۷)	
دیپلم دانشگاهی	۴۲(۲۸)	۴۱(۲۷/۲)	
	۱۲۰(۱۳/۱)	۱۱۴(۹/۳)	

ارتباط معکوس مشاهده شد در حالی که بین موانع درک شده در خصوص مصرف صحیح داروها و اقدام به خود درمانی ارتباط مستقیم و معنی داری نشان داد ($I=+0/71$ و $p<0/001$). بیشترین مانع درک شده از نظر مادران جهت مصرف صحیح داروها شامل آگاهی ناکافی آنان نسبت به مصرف صحیح داروها عنوان شده بود.

هم چنین جداول ۳ و ۴ نیز به تفکیک توزیع فراوانی نسبی راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در دو گروه مورد و شاهد در قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان می دهند. قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه از نظر راهنماهای عمل داخلی و خارجی تفاوت معنی داری مشاهده نشد در حالی که ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه در تمام راهنماهای عمل داخلی و خارجی اختلاف معنی داری وجود داشت ($p<0/005$).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره‌های آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و عملکرد در خصوص مصرف خودسرانه داروها قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد

	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	۳ ماه بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)
آگاهی مورد	۳۹/۵۳ (۲۱/۷۱)	۷۴/۱۳ (۱۶/۱۸)
شاهد	۴۱/۲۶ (۲۱/۱۵)	۴۰/۴۰ (۲۱/۶۰)
حساسیت مورد	۵۵/۲۶ (۱۶/۳۷)	۶۹/۷۱ (۱۸/۱۸)
درک شده شاهد	۵۳/۳۳ (۱۸/۶۸)	۵۴/۲۱ (۱۳/۰۱)
شدت مورد	۴۸/۴۵ (۱۷/۴۲)	۷۵/۶۰ (۱۴/۰۶)
درک شده شاهد	۴۷/۲۲ (۱۸/۶۸)	۴۶/۷۲ (۱۵/۶۶)
منافع درک شده مورد	۵۹/۴۶ (۱۶/۷۳)	۸۸/۰۵ (۱۱/۰۹)
شاهد	۶۲/۵۴ (۱۲/۸۱)	۶۴/۰۸ (۱۶/۴۴)
موانع درک شده مورد	۶۶/۶۹ (۱۷/۲۸)	۳۰/۳۸ (۱۳/۵۹)
شاهد	۶۳/۲۹ (۱۵/۲۷)	۵۹/۲۸ (۱۷/۰۲)
عملکرد در مصرف خودسرانه داروها مورد	۵۷/۳۸ (۲۱/۵۷)	۲۸/۸۳ (۱۸/۹۵)
شاهد	۵۴/۳۳ (۲۰/۸۵)	۵۲/۶۶ (۲۲/۷۵)

میانگین نمرات متغیرهای آگاهی، حساسیت درک شد، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و عملکرد در خصوص مصرف خود سرانه داروها در دو گروه مورد و مشاهده در جدول ۲ نشان داده شد است. قبل از مداخله آموزشی بیشترین امتیاز را موانع درک شده کسب نمود. یافته ها نشان داد که قبل از مداخله هیچ گونه اختلاف معنی داری بین دو گروه از لحاظ متغیرها نامبرده وجود ندارد (به ترتیب با $p=0/74$ ، $p=0/634$ ، $p=0/562$ ، $p=0/155$ ، $p=0/566$ و $p=0/859$) ولی بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه در همه متغیرها، اختلاف معنی دار مشاهده شد ($p<0/001$).

هم چنین نتایج حاکی از اختلاف معنی دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی می باشد ($p<0/001$) در حالی که در گروه مشاهده هیچ گونه اختلاف معنی دار قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد تمام اجزای مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد مادران در زمینه مصرف خود سرانه داروها رابطه داشت به گونه‌ای که بین حساسیت درک شده و عملکرد ($I=-0/38$ و $p<0/004$)، شدت درک شده و عملکرد ($I=-0/63$ و $p<0/001$) و منافع درک شده با عملکرد ($I=-0/54$ و $p<0/048$) در زمینه مصرف خود سرانه داروها

درصد عنوان شده بود (۱۴). وجود اختلاف معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره‌های آگاهی گروه مورد و شاهد را می‌توان به علت تشکیل کلاس‌های آموزشی در خصوص عدم خوددرمانی دانست که توانسته بود تا حدود زیادی باعث ارتقاء میزان آگاهی گروه مورد (به میزان ۳۵ نمره) در خصوص مصرف صحیح داروها شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک شده مادران در قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه مورد و شاهد در شرایط یکسانی و در حد متوسطی قرار داشت که هم‌خوان با سایر مطالعات می‌باشد (۱۵، ۱۶). در پژوهش سرشتی نیز ۹۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش نگرش مثبتی نسبت به داروهای گیاهی داشتند (۱۷).

در مطالعه حاضر وجود اختلاف معنی‌دار در این زمینه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد می‌تواند شاهد خوبی از تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء حساسیت درک شده افراد در گروه مورد باشد به طوری که اکثر مادران گروه مورد بعد از مداخله آموزشی این اعتقاد را داشتند که ممکن است آنها هم در معرض خود درمانی قرار داشته باشند که این یافته هم‌خوان با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی و افزایش حساسیت درک شده در زمینه پیش‌گیری از سوکی استخوان و مراقبت از پا در بیماران دیابتی می‌باشد (۱۸، ۱۹).

از لحاظ شدت درک شده نیز هر دو گروه در قبل از مداخله آموزشی در حد متوسطی بودند اما در نهایت افزایش ۲۷ نمره به میانگین نمره شدت درک شده گروه مورد بعد از مداخله آموزشی حاکی از اختلاف معنی‌دار در شدت درک شده بین گروه مورد و شاهد بود. در مطالعه حاضر استفاده از تصاویر افرادی که در اثر مصرف خودسرانه داروها دچار عوارض خود درمانی شده بودند برای نشان دادن جدی و وخیم بودن این عوارض و توجه نمونه‌ها به از دست دادن سلامتی، ایجاد بیماری‌های دیگر و

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

	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله	
	مورد	شاهد	مورد	شاهد
تعدد (درصد)	۳۷	۴۷	۵۶	۳۱
تعدد (درصد)	۳۷	۴۷	۵۶	۳۱
ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی	۳۷	۳۹	۳۷	۲۸
عدم اعتقاد به خوددرمانی	۳۷	۳۹	۳۷	۲۸
حال عمومی مساعد	۳۷	۴۳	۳۷	۴۶
احساس سلامتی بیشتر در صورت عدم خوددرمانی	۳۷	۴۳	۳۷	۴۶

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

	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله	
	مورد	شاهد	مورد	شاهد
تعدد (درصد)	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
تعدد (درصد)	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
راديو و تلویزیون	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
کتاب و کتابچه	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
پزشک	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
خانواده و آشنایان	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
سایر مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱
مجله و نشریات	۲۷	۲۸	۲۷	۳۱

بحث

در پژوهش حاضر نمونه‌ها کمتر از نیمی از نمره آگاهی را قبل از مداخله کسب نموده بودند. این میزان آگاهی را می‌توان به اطلاع رسانی از طریق رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجلات و کتاب نسبت داد. در پژوهش سید جوادی و همکاران ۷۴ درصد از زنان باردار از عوارض مصرف داروها اطلاعی نداشتند (۱۲) در پژوهش رخشانی و همکاران نیز ۸۳ درصد از افراد از میزان مصرف دارو آگاهی داشتند و ۱۷ درصد اظهار بی‌اطلاعی نموده بودند (۱۳) در پژوهش سپهری نیز میزان آگاهی افراد از دوز دارو ۳۲

در مطالعه شانکار در غرب نپال، ۵۹ درصد افراد و در پژوهش سینیکا در فنلاند نیز ۴۴ درصد از زنان مصرف خودسرانه دارو داشته‌اند (۲۳، ۲۴، ۲۵).

در پژوهش حاضر در بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در گروه مورد نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی‌داری کاهش پیدا کرد که این امر را می‌توان به تاثیر مثبت آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نسبت داد که هم‌خوان با مطالعه سعیدی می‌باشد (۱۸).

در مطالعه حاضر داشتن راهنمای عمل داخلی که فرد را از سمت درون به مصرف صحیح داروها ترغیب می‌کند و مشارکت اعضای خانواده به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی در کاهش میزان خوددرمانی می‌تواند حایز اهمیت باشد. در پژوهش معتمدی و همکاران نیز منبع اطلاعاتی نمونه‌ها شامل دوره‌های آموزشی ۸۷ درصد، کتب علمی ۳۷ درصد، نشریات ۷ درصد و رادیو و تلویزیون نیز ۵ درصد بوده است (۲۶). در پژوهش پاتریکا نیز نزدیک به نیمی از شرکت کنندگان (۴۶ درصد) اطلاعات دارویی خود را از پزشکان کسب می‌کردند و ۴۱ درصد برچسب دارویی را می‌خواندند و تعداد کمی (۴ درصد) تلویزیون و ۳ درصد نیز از طریق مجلات و دوستان اطلاعات خود را در زمینه مصرف صحیح داروها کسب می‌کردند (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که رفتار خود درمانی مادران قابل مشاهده نبود و داده‌ها از طریق خود گزارش دهی جمع‌آوری گردیده است.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر بیشترین عوامل مرتبط با خود درمانی مربوط به موانع درک شده زیاد مادران جهت مصرف صحیح داروها و همچنین حساسیت درک شده کم آنان نسبت به مصرف خود سرانه داروها بوده است. این پژوهش نشان می‌دهد که باید برنامه‌های آموزشی در جهت بارور نمودن ذهن مادران نسبت به حساسیت و موانع درک شده صورت پذیرد که در این میان پزشکان، پرسنل بهداشتی

هزینه‌های بالای درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقاء سطح شدت درک شده نمونه‌ها در این خصوص بوده است.

در خصوص منافع عدم خوددرمانی یافته‌های این پژوهش نشان داد که قبل از مداخله آموزشی وضعیت درک افراد از منافع مصرف صحیح داروها در هر دو گروه مورد و شاهد کمی بیش از حد متوسط بود که این مقدار بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد به مراتب افزایش بیشتری پیدا کرد (۲۹ نمره) به طوری که این افزایش نمره در گروه مورد ۱۵ برابر گروه شاهد بود. به نظر می‌رسد که توجه افراد به این که مصرف صحیح داروها باعث کاهش عوارض و بهبودی سریع‌تر بیماری می‌گردد می‌تواند در ارتقاء سطح منافع درک شده موثر باشد. در این پژوهش بیشترین منافع درک شده مربوط به احساس سالم زیستن در صورت عدم مصرف خود سرانه داروها بوده است.

در پژوهش حاضر وجود اختلاف معنی‌دار در موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تاثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده در خصوص مصرف صحیح داروها در گروه مورد بوده است. در پژوهش حاضر بیشترین موانع درک شده از سوی مادران جهت مصرف صحیح داروها شامل آگاهی ناکافی آنان نسبت به مصرف صحیح داروها و اعتقاد به بی‌ضرر بودن مصرف داروها به خصوص داروهای گیاهی عنوان شده بود. در پژوهش آصف زاده نیز مهم‌ترین مانع جهت عدم مصرف صحیح داروها مهم تلقی نکردن بیماریها از سوی افراد ذکر شده است (۲۰).

در مطالعه حاضر قبل از مداخله آموزشی هر دو گروه از نظر عملکرد در زمینه خود درمانی در سطح بالاتر از حد متوسط قرار داشتند در حالی که ۸۰ درصد از افراد در شهر زاهدان (رخشانی و همکاران) و ۵۹ درصد از افراد در بابل (مقدم نیا)، در ۳۱ درصد افراد در تبریز (صومی و همکاران) و بیش از ۸۳ درصد از افراد در دانشجویان شهر یزد (باقیانی مقدم) اقدام به خوددرمانی کرده بودند (۱۳، ۱۵، ۲۱، ۲۲). در پژوهش جانکواکومارو در ویتنام ۲۹/۸ درصد،

10. Shojaezadeh DA. Health education and behaviour models. 1thed. Tehran: Assaresobhan; 2000. p. 58-62.
11. Pernoll ML. Current obstetric and gynecology. 7th ed. Texas: Tech university. Health Sciences Center School of Medicine at Amarillo; 1999. p. 242-3.
12. Haji E. The survey of knowledge women with pregnancy about drug in pregnancy. J of Ghazvin University of Medical Sciences 2005; 9(3): 75-83.
13. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. Self-medication in Zahedan city in 1999. Feyz J of Kashan University of Medical Science 2002; 22(6): 45-52.
14. Sepehri Ch, Kohan S, Ghazanfari Z. The knowledge of patients referred to Kerman pharmacies about their dispensed drugs 1997. J of Babol University of Medical Science 2001; 9(3): 52-8.
15. Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. Tabib Shargh J of Medical Science University of Zahedan. 2006; 2(8): 111-9.
16. Sharifi- rad GhR, Hazavei MM, Hasan-Zadeh A, Danesh- amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive acts of smoking in grade one, middle school students. J of Arak University of Medical Sciences 2007; 1(10): 79-86.
17. Sereshty M, Azari P, Rafiean M. Rate of consumer plan drugs in women with pregnancy in Kordsedan city. J of Medical Science University of Shahrekord. 2006; 2(3): 82-6.
18. Sayeedi M. [The effect of educational based on Health Belief Model on preventive osteoporosis in student]. MS Thesis. Isfahan University of Medical Science 2004; 87-90.
19. 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; 27:18-20.
20. Asefzadeh S, Anbarloyee M, Habibi S. Prevalence of self medication of patients care in hospital in Quazvin city. J of Medical

درمانی و تلویزیون از مهم ترین منابع اطلاعاتی برای مادران می باشند. لذا توصیه می گردد برای تمامی مادران به خصوص در قبل از دوره های حساسی هم چون بارداری یک برنامه مدون آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص عدم اقدام به مصرف خود سرانه داروها صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده و هزینه های مربوطه را تقبل نمودند و هم چنین از تمامی مادرانی که در این طرح شرکت داشتند سپاسگزاری می شود.

منابع

1. Jayasuriya DC. Let pharmacists do more for health in developing countries. World Health Forum 1994; 15 (4): 403-5.
2. Bent L Z. The pharmacological basis of therapeutic 8thed. New york: MC Millan; 1991. p.1640-9.
3. Ahadian M. Self medication and drug abuse. J of Drug Nedaye Mahya 2007; 1(3): 14-35.
4. Anonymsus. IRID: Iranian pharma market S400 million. Scrip 1997; 22(3):17.
5. Motamedi H. Knowledge and performance of antibiotics. 1th ed. Tehran: Educational Center NAZAJA; 1999. p. 12-4.
6. Sedighi G, Ziayee A. Drug medicine knowledge and performance in Tehran city. J of Drug Medicine 2006; 4 (12): 50-7.
7. Heffner CR, Reiff E, Ephross SA. Monitoring pregnancy outcome after prenatal drug exposure through prospective pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 182(5): 159-63.
8. Tesch BJ. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. Am J Obstet Gynecol 2003; 188(5): 44-55.
9. Heydarnia AL. Health promotion. 1th ed. Tehran: Zaman; 2004. p. 41-63.

- Science University of Quazvin. 2003; 20(1): 48-52.
21. Moghadamnia A, Ghadimi R. Self medication in common cold in people in 15-45 years in Babol city. J of Medical Science University of Babol. 2001; 2 (1): 26-32.
22. Somi MH, Piri Z, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh. Self medication by residents of northwestern Tabriz. J of Medical Science University of Tabriz 2003; 59(1): 82-6.
23. Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilization and self medication in rural community in Vietnam. Social Science & Medicin 2002; 54: 1875-86.
24. Shankar PR, Parsa P, Shenoy N. Self medication and non doctor prescription practice in Pokhara. Western Nepal BioMed 2002; 3 (17): 172-9.
25. Sinikka S, Ritta A, Heli M, Elina H. Self medication with vaginal drugs: physician experience and women's utilization patterns. Family Practice 2000; 17(2):145-9.
26. Motamedi B, Yasamy MT, Moazenzade M. A survey on midwives knowledge about drug usage in pregnancy and lactation in the city of Kerman. J of Kerman University of Medical Science 1995; 4(2): 164-5.
27. 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.
28. Koch, J. The role of exercise in the African-american woman with type 2 diabet mellitus: application of the Health Belief Model. J of The American Academy of Nurse Practitioners 2002; 12(4):126-30.

Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak

Shamsi M^{1*}, Tajik R², Mohammad Beigi A³

1-Lecturer, MSc of Health Education, Department of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Lecturer, MSc of Occupational Health, Department of Occupational Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3- Lecturer, MSc of Epidemiology, Department of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received 5 Mar, 2009 Accepted 8 Jul, 2009

Abstract

Background: Side effects of drugs were increased with intractable consumption and this fact is more important in women during pregnancy and lactation period. The aim of this study has been determined the effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak.

Materials and Methods: In this clinical trial study, 300 mothers referring to health centers of Arak were participated. Data were collected with a questionnaire based on Health Belief Model and a performance checklist about drugs intractable consumption. Before educational intervention, questionnaires and checklists for both groups were completed and then intervention was done during 1 month in 4 sessions, 60 minutes. Data again were collected and then analyzed 3 month after intervention in both groups.

Results: Before educational intervention, the rate of knowledge, perceived susceptibility, severity, and benefit of self medication were in the mediate level and the mother's performance about drug intractable consumption were more than mediate. After educational intervention, between two groups had significant difference in all variables and mothers performance in self-medication was reduced ($p < 0.05$).

Conclusion: By increasing in mean score of Health Belief Model parts, including: knowledge, perceived susceptibility, severity, and benefit, performance in field of self-medication was reduced. Recommended, training based on this model carried out in other health centers for reducing drugs intractable consumption.

Keywords: Health Belief Model, Self medication, Iran

*Corresponding author;

Email: mohsen_shamsi1360@yahoo.com

Address: Paramedicine School, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.