بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به منظور پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار

سیده ملیکا خارقانی‌مقدم[۱]، داود شجاعی‌زاده[۲]، محمود محمودی[۳]، اسماعیل شجاعی‌زاده[۴]، حدیثه فرهندی[۱]، سعیده خلیلی[۱]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو امروزه یکی از معضلات بهداشتی محسوب می‌گردد که در جامعه زنان به دلیل داشتن دوران‌های حساسی همچون بارداری و شیردهی و مسؤولیت خانه و خانواده که آگاهی و نگرش آن‌ها برای دیگر اعضای خانواده مهم تلقی می‌گردد ازاهمیت مضاعفی برخوردار است. لذا مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به منظور پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار صورت گرفته است.

روش‌ها: مطالعه حاضر مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی (شاهددار) قبل و بعد می‌باشد و جهت مطالعه آینده‌نگر است. در این مطالعه ۱۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه مورد و شاهد هر کدام ۸۰ نفر وارد مطالعه شدند. روش گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه تنظیم شده شامل سؤالات آگاهی، نگرش (براساس اجزای مدل اعتقاد بهداشتی)، چک لیست عملکرد و علل خوددرمانی در خصوص مصرف خودسرانه دارو بوده است. قبل از انجام مداخله آموزشی پرسش‌نامه و چک لیست و علل خوددرمانی برای هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل و سپس مداخله آموزشی برای گروه مورد در طی ۳ هفته و در قالب ۳ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶، آزمون‌های آماری تی‌تست زوجی، آزمون مجذور کای و ویلکاکسون استفاده شد، نتایج در سطح $P<۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی گشت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که در قبل از مداخله آموزشی آگاهی و نگرش زنان در زمینه خوددرمانی در حد متوسط و عملکرد آنان در زمینه مصرف خودسرانه داروها ضعیف بود و این مقدار در گروه مورد و شاهد بدون ارتباط معنی‌دار بود ($P = ۰/۷۲$). ولی پس از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی‌داری ایجاد شد ($P=۰/۰۴۱$) و عملکرد زنان در زمینه مصرف خودسرانه دارو کاهش پیدا کرد.

نتیجه‌گیری: آموزش برمبنای مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقا آگاهی و نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در رابطه با پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها اثربخش بود. در نتیجه انجام مداخلات آموزشی با به کارگیری مدل‌های آموزش بهداشت به خصوص مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری وکاهش مصرف خودسرانه دارو و بهبود رفتار بهداشتی خوددرمانی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، تئوری اعتقاد بهداشتی، عملکرد، خوددرمانی

ارجاع: خارقانی مقدم سیده‌ملیکا، شجاعی‌زاده داود، محمودی محمود، شجاعی‌زاده اسماعیل، فرهندی حدیثه، خلیلی سعیده. **بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به منظور پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۱۸۷۶-۱۸۸۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۲۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۲۲**

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استاد، مدیر گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران(نویسنده مسؤول):
Email: shojae5@yahoo.com

۳. استاد اپیدمیولوژی و آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. Mph بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

مقدمه

بیماری و سلامتی دو واژه‌ای هستند که قدمت آن‌ها به تاریخ خلقت بشر بر می‌گردد در این راستا به نظر می‌آید که بیماری بیشتر از سلامتی توجه انسان را به خود معطوف داشته و استفاده از دارو به اشکال مختلف به عنوان یکی از راه‌های مبارزه با بیماری از گذشته مطرح بوده است (۱). هدف علم پزشکی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و اعاده آن در بیماران برای رسیدن به وضعیتی که بیمار قبل از بروز بیماری یا حداقل حالتی شبیه به آن داشته است، می‌باشد. این هدف از طریق مجموعه‌ای از عوامل تحقق می‌یابد که تهیه، توزیع و مصرف صحیح دارو یکی از نقش‌های اصلی در نیل به این هدف می‌باشد (۲) در واقع مصرف دارو از ارکان مهم درمان بیماری می‌باشد (۳) با توجه به 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 نا به جا و بی‌رویه از دارو دامن‌گیر بشر گردیده است (۱). ۷۵٪ درمان‌ها توسط دارو صورت می‌گیرد اما مصرف غیرمنطقی آن بدون نظر خواهی و تجویز پزشک معالج علاوه بر عدم درمان بیماری موجب ایجاد عوارض دارویی در طولانی مدت نیز می‌شود (۳).

در حال حاضر خود درمانی از جمله مشکلات عمده موجود در چرخه درمان در کشور ایران و بسیاری از کشورهای دیگر می‌باشد (۴) و بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها همخوانی ندارد که این امر می‌تواند در ضمن این که در قلتی از موارد از بی‌توجهی و یا عدم آگاهی از رویه درمان بیماری‌ها از جانب بعضی از پزشکان تجویز کننده دارو باشد اما در بیشتر موارد ناشی از خود درمانی یا مصرف خودسرانه داروها در جامعه می‌باشد (۱) مصرف خود سرانه دارو باعث ایجاد مقاومت میکروبی، عدم درمان بهینه، مسمومیت‌های ناخواسته، آثار جانبی و عوارض ناخواسته، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی دارو در جامعه شده است (۴). نشریه Scrip هم طی گزارشی در سال ۱۹۹۷ اعلام داشت که اولین داروی پرفروش ایران در سال ۱۹۹۷ آموکسی سیلین با ارزش ۱۳ میلیون دلار و سپس آمپی سیلین با ارزش ۷ میلیون دلار بوده است (۵) حتی می توان گفت ایران یکی از بزرگ‌ترین کشورهای مصرف‌کننده آنتی بیوتیک در جهان است (۶) به رغم تلاش‌های زیادی که به منظور ارتقای کیفیت نظام دارویی و عرضه دارو در جوامع مختلف از جمله ایران انجام گرفته کشور ما همچنان از مسأله مصرف بی‌رویه دارو رنج برده و به علت استفاده نا به جا و غیر صحیح دارو همه روزه شمار زیادی از مردم در معرض خطر جدی مسمومیت‌های کشنده حاد و مزمن قرار دارند و این خطر هنگامی مشهود و محسوس‌تر است که معلوم شود بسیاری از مصارف دارویی خودسرانه بوده است (۷).

داروی بدون عارضه وجود ندارد و مصرف بی‌رویه و خودسرانه داروها به عوارض داروها می‌افزاید (۸). آمار و اطلاعات داده شده گویای آن است که ۳۰٪ از بیماری‌های کبد و کلیه که عملکرد آن‌ها تغییر دادن واقعی داروهاست به علت مصرف داروها ایجاد می‌شود خود درمانی نه تنها در جامعه ما بلکه در جوامع دیگر نیز شایع است به طوری که شیوع خود درمانی در مناطق شهری پرتغال ۲۶/۲ ٪ (۹)، در پاکستان ۵۱٪ (۱۰)، در هند ۳۱ ٪ (۱۱)، در نپال ۵۹٪ (۱۲)، در بنگلادش ۵۶ ٪، در تانزانیا ۸۱ ٪، در نیجریه ۷۵٪ (۱۳) گزارش شده است. شیوع خود درمانی در ساکنین شمال غرب تبریز ۶۳٪، زنان باردار قزوین ۹/۶٪، زنان باردار شهرکرد۵/۴٪ گزارش شده است (۱۴،۱۵،۱۶). علت اصلی بستری شدن ۳٪ از کل بیمارانی که در بیمارستان‌های آمریکا پذیرش می‌شوند اثر سو مصرف داروهاست (۱۷). مطالعات انجام شده در برخی جوامع و نیز در ایران حاکی از بالا بودن مصرف غیر منطقی دارو و شیوع بالای خوددرمانی است (۱۸).

در ایران با توجه به فرهنگ خاص مصرف دارو در جامعه، به این صورت که قیمت نسخه دارویی پزشک حتما باید چند برابر میزان ویزیت وی باشد و هر چه اقلام تجویزی دارو بیشتر باشد آن نسخه اثرات درمانی بهتری دارد اوضاع و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

احوال مصرف غیر منطقی دارو را بحرانی‌تر کرده است (۱۹). امروزه مشخص شده است که ۶۵٪ بار بیماری‌ها در کشور به رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو بر می‌گردد. نرخ مصرف خودسرانه دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. از این رو ایران به لحاظ مصرف دارو جز ۲۰ کشور نخست دنیا و در آسیا بعد از چین رتبه دوم را دارد و این درحالی است که جمعیت کشور ایران از تعدادی از کشورهای آسیایی مانند هند و بنگلادش و پاکستان کمتر است (۲۰). بر اساس تحقیقات انجام شده، هر ایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می‌کند که ۲ تا ۴ برابر بیش از استاندارد جهانی می‌باشد. سرانه مصرف داروهای تزریقی نیز در ایران طی سال‌های گذشته ۱۱/۴ است که این رقم ۴ برابر سرانه مصرف در جوامع دیگر می‌باشد (۲۱). تخمین زده می‌شود که ۸۳/۳ ٪ ایرانی‌ها به صورت خودسرانه دارو مصرف می‌کنند (۲۲) .

با در نظر گرفتن مطالب ذکر شده توجه به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است که 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 می‌توان گفت حتی رخداد بارداری در زنان 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 مسؤول بیش از ۳ ٪ از ناهنجاری‌های مادرزادی است. از این رو تولد یک نوزاد ناهنجار می‌تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی شدیدی را برای فرد و جامعه ایجاد کند (۲۳) از طرفی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که زنان تمایل ویژه‌ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می‌دهند و معمولا به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون قاعدگی دردناک، رفع علایم یائسگی، 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٪ از زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونت‌های قارچی واژینال می‌شوند که در ۴۰ تا ۵۰٪ از این زنان این عفونت‌ها در طول عمر گرایش به عود مجدد نشان می‌دهند که تمام این عوامل می‌توانند زمینه‌ساز خود درمانی در زنان باشند (۲۴).

مطالعات مقطعی داخلی برروی دانشجویان و سالمندان و مادران باردار و بیماران دیابتی در رابطه با مصرف خودسرانه داروها و خود درمانی در جهت به دست آوردن شیوع این رفتار نامناسب انجام گرفته است و نتایج نشان داده‌اند مردم کشور در این زمینه نیاز به دانشی کافی و نگرشی مثبت دارند، بدین منظور برای پیشگیری از این رفتارها استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت بسیار کارساز و نتیجه بخش به نظر می‌رسد، مدل کارکردی اعتقاد بهداشتی را تابعی از دانش و نگرش افراد می‌دانند و با توجه به اجزایش، براساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آن‌ها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد (۲۶،۲۵). بدین صورت که 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 عمل، فرد را در جهت رفتار بهداشتی سوق دهد.

با توجه به اینکه مصرف خودسرانه داروها در ایران شیوع بالایی دارد و مطالعه مداخله‌ای در جهت تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خوددرمانی زنان که الگو و سرمشق برای اعضای خانواده‌اند (۲۳) و اهمیت دانش آن‌ها در خانواده پیش‌تر بیان گردید، به ندرت انجام گرفته، لذا این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر وضعیت خود درمانی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر سبزوار انجام گرفت. هدف کلی محققان از این مطالعه بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به منظور پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار بوده است، که استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش گروه مورد نظر

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

نتیجه بخش بوده و اختلاف آگاهی و نگرش آنان قبل و بعد از آموزش معنی‌دار و قابل استفاده شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی (شاهددار) قبل و بعد و آینده‌نگر بوده است که در سال۹۱ –۹۲ بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار صورت پذیرفته است. نمونه‌ها ۱۶۰ نفر بودند که به صورت تصادفی ساده با اطمینان آماری ۹۵٪ و توان ۸۰ ٪ باروش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای اندازه نمونه حدود ۷۲ نفر برآورد شده است که با توجه به ریزش احتمالی و همچنین افزایش دقت مطالعه حجم نمونه حدود۸۰ نفر در نظر گرفته شد.

در مطالعه حاضر نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و بدین شیوه صورت گرفت، شهر سبزوار دارای ۲ ناحیه شهرداری است ابتدا از درون هر ناحیه ۳ مرکز بهداشتی جهت نمونه‌گیری به صورت تصادفی انتخاب شد سپس به صورت یک در میان مراکز بهداشتی به گروه مورد و شاهد تقسیم گردید (۳ مرکز مورد و ۳ مرکز شاهد). نحوه نمونه‌گیری در هر مرکز نیز به صورت تصادفی ساده و بر اساس شماره خانوار پرونده بهداشتی موجود در مراکز صورت گرفت که با دعوت این نمونه‌ها آنها را در روز خاصی در مرکز بهداشتی گرد هم آمدند و ضمن آشنایی با افراد و بیان اهداف پژوهش از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت گردید. لازم به ذکر است معیار ورود شامل زنان مراجعه کننده به مراکز تعیین شده جهت نمونه‌گیری در سطح شهر سبزوار که مبتلا به بیماری خاصی نباشند. و معیار خروج نیز شامل عدم تمایل خانم برای ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از ۱ جلسه از ۳ جلسه آموزشی، رخداد بیماری خاص برای نمونه در طی مطالعه بوده است. جهت جلوگیری از بروز هرگونه مشکل اخلاقی به افراد تحت مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت کلی همراه با اطلاعات سایر افراد تجزیه و تحلیل می‌شود و به صورت محرمانه نزد محقق می‌باشد، همچنین در قسمت برگزاری مداخله آموزشی ساعات و جلسات برگزاری کلاس‌ها بر اساس نظرات و پیشنهادات افراد مورد مطالعه تعیین شد تا همگی فرصت حضور در کلاس را داشته باشند.

روش جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر قسمت‌های زیر بوده است: مشخصات دموگرافیک شرکت کننده، سؤالات آگاهی در زمینه مصرف صحیح دارو (۱۰سؤال)، سؤالات نگرش (بر اساس اجزای مدل اعتقاد بهداشتی) در زمینه مصرف صحیح دارو (۲۳سؤال) که به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شدند. در ادامه ۲ سؤال در قالب راهنمای عمل داخلی و خارجی در جهت مصرف خودسرانه داروها و چک لیستی از عملکرد افراد در زمینه خوددرمانی به تفکیک بیماری‌ها و نوع داروی مصرفی و علل خوددرمانی طراحی شد.

در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفت در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۴ متغیر در نظر گرفته شد به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر، مخالفم=۱، نظری ندارم=۲، موافقم=۳ و کاملاً موافقم =۴ امتیاز تعلق گرفت. در مجموع کل امتیاز هر یک از این قسمت‌ها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده) بین ۰ تا ۲۰ متغیر بود که امتیاز کسب شده فرد در هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شده است. در قسمت چک لیست عملکرد نیز بر اساس این که فرد در چه تعدادی از بیماری‌های ذکر شده دست به خود درمانی زده است امتیاز وی از ۱۰۰ نمره همانند قسمت سؤالات آگاهی محاسبه شده است. سؤالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی و همچنین انواع علل خود درمانی نیز به صورت فراوانی محاسبه شده‌اند.

برای تعیین اعتبار محتوی پرسش‌نامه حاضر به صورت کیفی از روش پانل خبرگان استفاده شد و طی آن پرسش‌نامه در اختیار چند تن از متخصصان آموزش بهداشت قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنها اخذ و در پرسش‌نامه لحاظ گردید.

در زمینه تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش محاسبه آلفا کرونباخ برای سنجش مستقیم سازه‌ها استفاده شد. به این

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

منظور پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از زنان واجد شرایط شرکت در مطالعه به صورت پایلوت قرارداده شد و بر اساس آنالیز داده‌های حاصل ضریب آلفا برای سازه آگاهی (۰/۷۷)، حساسیت درک شده (۰/۶۹)، شدت درک شده (۰/۸۸)، منافع درک شده (۰/۹۴)، موانع درک شده (۰/۷۹)، راهنما برای عمل (۰/۶۴)، خودکارآمدی (۰/۸۳) حاصل شد.

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 ۳ هفته و در قالب ۳ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای با روش‌های آموزشی سخنرانی و پرسش و پاسخ و بحث گروهی در رابطه با نگرش و آگاهی شرکت کننده‌ها با موضوع خوددرمانی به همراه وسایل کمک آموزشی پوستر و پمفلت و دفترچه آموزشی و کلیپ آموزشی در خصوص آشنایی با عوامل و عوارض مصرف خودسرانه دارو که توسط محققین طراحی شده بود، برنامه‌ریزی و اجرا گردید. ۴ ماه پس از مداخله آموزشی اطلاعات مجددا توسط هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به دستیابی به اهداف پژوهش و کمی و کیفی بودن متغیرها پس از توصیف اطلاعات به صورت جدول فراوانی و نمودارهای مناسب از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶، آزمون‌های آماری تی تست زوجی، تی‌تست، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون مجذور کای و ویلکاکسون استفاده شد، نتایج در سطح $P<۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی گشت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مورد و شاهد به ترتیب ۱۰/۱۷۹±۳۲/۰۶ و ۸/۹۰۶±۳۱/۱۸ سال بوده است. در این پژوهش در گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۸۳/۸٪ و ۶۲/۵٪ از زنان از خدمات بیمه درمانی برخوردار بودند. همچنین در هر دو گروه مورد و شاهد از لحاظ سطح تحصیلات بیشترین مقدار مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی بوده است. اکثر افراد تحت مطالعه در هر دو گروه متاهل، خانه دار و بدون فرزند بودند و در گروه مورد ۴۸/۸٪ افراد درآمدی بین ۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰تومان به صورت ماهانه داشتند و در گروه شاهد ۵۱/۲٪ افراد درآمدی کمتر از ۵۰۰۰۰۰ تومان داشتند. در این پژوهش یافته‌ها نشان می‌دهد در قبل از مداخله بین دو گروه مورد و شاهد از لحاظ متغیرهای مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

بیشترین تغییر آگاهی در زمینه آگاهی مصرف صحیح داروها و عوارض مصرف خودسرانه داروها در زنان تحت آموزش مربوط به سؤال آخر آگاهی (تفاوتی بین میزان ناهنجاری‌های جنینی در مصرف خودسرانه داروهای گیاهی و شیمیایی وجود ندارد) می‌باشد البته در تمامی سؤالات آگاهی در گروه مورد قبل و بعد آموزش اختلاف معنی‌دار دیده شد ($P= ۰/۰۰۱$).

قبل از مداخله آموزشی آزمون من ویتنی برای آگاهی و اجزای نگرشی (حساسیت، شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی درک شده) افراد دو گروه مورد و شاهد انجام شد که در تمامی موارد آزمون اختلاف معنی‌دار دیده نشد ($P >۰/۰۵$). برای افراد مورد و شاهد جهت بررسی آگاهی و نگرش قبل و بعد ۴ ماه از مداخله آموزشی آزمون wilcoxon انجام شد که آگاهی و اجزای نگرشی برای گروه مورد معنی‌دار بود و این موضوع نشانگر تاثیر مثبت آموزش در افراد مورد می‌باشد، لازم به ذکر است که همین آزمون برای گروه شاهد نیز انجام شد که برای آگاهی و اجزای نگرشی قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

با توجه به جدول ۲ آزمون تی زوجی حاکی از اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه مورد قبل و بعد مداخله آموزشی می‌باشد. در حالی که آزمون تی زوجی در گروه شاهد اختلاف معنی‌دار چشمگیری را نشان نداد.

براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه بیشترین راهنمای عمل خارجی در قبل از مداخله به ترتیب شامل پزشک در گروه مورد۷۲/۵٪ در گروه شاهد ۲۷/۵٪،خانواده و آشنایان در گروه مورد ۱۳/۸٪ در گروه شاهد ۲۸/۸٪، کتاب و کتابچه در گروه مورد ۱۸/۸٪ در گروه شاهد۶/۲٪، مجله و نشریات در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۱۱/۲٪ و ۳/۸٪، رادیو ۱/۲٪ و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

۳/۸٪، تلویزیون به ترتیب ۲۱/۲٪ و ۳۱/۲٪، سایر بیماران در موردها ۳/۸٪ و در شاهدها ۸/۸٪ و اینترنت ۸/۸٪ و ۲/۵٪ بوده است که بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری در راهنمای عمل خارجی مشاهده گشت (جدول۳).

در رابطه با راهنمای عمل داخلی نیز طبق یافته‌های جدول ۴ در قبل از مداخله و ۴ ماه بعد مداخله تغییر معنی‌داری در هر یک از راهنماهای عمل داخلی ایجاد شده است (جدول۴).

در رابطه با علل خوددرمانی در افراد مورد قبل از آموزش اهمیت ندادن به بیماری ۴۳/۸٪ و در دسترس بودن دارو ۴۲/۵٪ بیشترین موارد را به خود اختصاص داد که در افراد شاهد قبل از آموزش گرانی ویزیت و در دسترس بودن دارو هر کدام با ۴۱/۲٪ بیشترین علت‌های انتخابی بودند که یافته‌های جدول ۵ نشانگر فراوانی علل خوددرمانی در بین گروه‌های مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله می‌باشد (جدول۵). شایان ذکر است که علت صفر بودن فراوانی علل خوددرمانی در گروه مورد بعد از آموزش طبق اظهارات افراد تحت مداخله در مورد علل خوددرمانی بعد از ۴ ماه نشان دهنده اثربخش بودن آموزش در این گروه بوده است و اینکه افراد خوددرمانی نداشته اند.

جدول۱: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب شغل،میزان تحصیلات،وضعیت تاهل، میانگین درآمد خانوار، برخورداری از پوشش بیمه درمانی،تعداد فرزندان

مشخصات دموگرافیک		گروه مورد		گروه شاهد	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت شغلی	شاغل	۳۰	۳۷/۵	۱۲	۱۵
	خانه دار	۵۰	۶۲/۵	۶۸	۸۵
آزمون کای اسکوئر		p =۰/۴۱۵			
میزان تحصیلات	بی سواد	۴	۵	۶	۷/۵
	ابتدایی	۱۱	۱۳/۸	۲۰	۲۵
	راهنمایی	۸	۱۰	۱۲	۱۵
	دیپلم	۲۸	۳۵	۲۰	۲۵
	دانشگاهی	۲۹	۳۶/۲	۲۲	۲۷/۵
آزمون کای اسکوئر		p =۰/۱۸۷			
وضعیت تاهل	متاهل	۶۹	۸۶/۲	۷۳	۹۱/۲
	مجرد	۱۱	۱۳/۸	۷	۸/۸
آزمون کای اسکوئر		p =۰/۳۱۵			
میانگین درآمد ماهانه	کمتر از ۵۰۰۰۰۰	۳۵	۴۳/۸	۴۱	۵۱/۲
خانوار (تومان)	۱۰۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰	۳۹	۴۸/۸	۳۴	۴۲/۵
	بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰	۶	۷/۵	۵	۶/۲
	یک	۱۷	۲۱/۲	۱۹	۲۳/۸
	دو	۲۲	۲۷/۵	۲۳	۲۸/۲
	سه	۹	۱۱/۲	۱۰	۱۲/۵
	چهار	۳	۳/۸	۲	۲/۵
	پنج و بیشتر	۲	۲/۵	۵	۶/۲
آزمون کای اسکوئر		p = ۰/۲۱۱			

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره‌های آگاهی و اجزای نگرشی (حساسیت،شدت،منافع،موانع و خودکارآمدی درک شده) قبل و۴ ماه بعد از مداخله آموزشی در زنان تحت مطالعه

متغیر	گروه	قبل از مداخله		۴ماه بعد از مداخله		نتیجه آزمون تی زوج
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی	مورد	۶/۲۹	۱/۹۸۲	۹/۰۴	۱/۰۶۱	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۵/۳۸	۱/۶۲۶	۵/۷۴	۱/۷۴۸	P = ۰/۰۱۰
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۲۳۱		P<۰/۰۰۱		
حساسیت درک شده	مورد	۱۳/۳۶	۴/۶۸۳	۱۸/۲۹	۱/۷۵۹	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۱۳/۲۹	۳/۹۳۷	۱۳/۵۴	۳/۴۳۱	P = ۰/۱۱۴
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۹۱۳		P <۰/۰۰۱		
شدت درک شده	مورد	۱۴/۰۸	۳/۱۰۹	۱۸/۶۲	۱/۴۰۹	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۱۴/۰۲	۳/۵۱۵	۱۳/۹۰	۳/۵۱۷	P = ۰/۱۵۰
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۷۶۵		P <۰/۰۰۱		
منافع درک شده	مورد	۱۳/۸۵	۳/۱۳۰	۱۸/۷۵	۱/۳۷۳	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۱۴/۰۹	۳/۲۴۲	۱۳/۹۸	۳/۳۹۸	P = ۰/۱۱۸
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۶۳۸		P <۰/۰۰۱		
موانع درک شده	مورد	۱۱/۷۶	۴/۸۵۰	۱۸/۴۰	۱/۵۰۶	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۱۲/۰۱	۴/۱۲۹	۱۱/۷۶	۳/۷۸۰	P = ۰/۲۴۳
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۷۲۶		P <۰/۰۰۱		
خودکارآمدی	مورد	۸/۷۹	۲/۱۲۱	۱۱/۴۲	۱/۱۱۱	P <۰/۰۰۱
	شاهد	۷/۹۱	۲/۷۲۴	۷/۸۹	۲/۶۴۳	P=۱/۰۰۰
	آزمون تی مستقل	p = ۰/۰۲۵		p <۰/۰۰۱		

جدول ۳: توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی منابع اطلاعاتی در زمینه مصرف صحیح داروها در بین افراد مورد و شاهد قبل و ۴ ماه بعد از مداخله آموزشی

منابع	مورد				شاهد				نتیجه آزمون
	قبل آموزش		بعدآموزش		قبل آموزش		بعد آموزش		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پزشک	۵۸	۷۲/۵	۸۰	۱۰۰	۲۲	۲۷/۵	۱۱	۱۳/۸	P <۰/۰۰۱
خانواده و آشنایان	۱۱	۱۳/۸	۰	۰	۲۳	۲۸/۸	۱۱	۱۳/۸	P <۰/۰۰۱
کتاب و کتابچه	۱۵	۱۸/۸	۲۱	۲۶/۲	۵	۶/۲	۷	۸/۸	P <۰/۰۰۱
مجله و نشریات	۹	۱۱/۲	۱۵	۱۸/۸	۳	۳/۸	۴	۵	P <۰/۰۰۱
رادیو	۱	۱/۲	۱	۱/۲	۳	۳/۸	۲	۲/۵	P <۰/۰۰۱
تلویزیون	۱۷	۲۱/۲	۹	۱۱/۲	۲۵	۳۱/۲	۱۸	۲۲/۵	P <۰/۰۰۱
سایر بیماران	۳	۳/۸	۰	۰	۷	۸/۸	۳	۳/۸	P <۰/۰۰۱
اینترنت	۷	۸/۸	۴	۵	۲	۲/۵	۵	۶/۲	P <۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

جدول ۴: توزیع فراوانی راهنمای عمل داخلی در خصوص علل موثر در پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها در بین افراد مورد و شاهد قبل و ۴ ماه بعد از مداخله

منابع	مورد				شاهد				نتیجه آزمون
	قبل آموزش		بعدآموزش		قبل آموزش		بعد آموزش		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ترس از عوارض دارو	۶۰	۷۵	۸۰	۱۰۰	۴۸	۶۰	۴۲	۵۲/۵	P <۰/۰۰۱
مخالف خوددرمانی	۵	۶/۲	۷۴	۹۲/۲	۱۲	۱۵	۴	۵	P <۰/۰۰۱
سخت نبودن بیماری	۱۰	۱۲/۵	۸۰	۱۰۰	۹	۱۱/۲	۴	۵	P <۰/۰۰۱

جدول ۵: توزیع فراوانی علل خوددرمانی در افراد مورد و شاهد قبل و ۴ ماه بعد از مداخله آموزشی در رابطه با مصرف خودسرانه دارو

علل	مورد				شاهد				کل			
	قبل آموزش		بعدآموزش		قبل آموزش		بعد آموزش		قبل آموزش		بعد آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اصرار اطرافیان	۲۲	۲۷/۵	۰	۰	۱۷	۲۱/۲	۱۲	۱۵	۳۹	۲۴/۴	۱۲	۷/۵
عدم دسترسی به پزشک	۲۵	۳۱/۵	۰	۰	۲۰	۲۵	۸	۱۰	۴۵	۲۸/۱	۸	۵
گرانی ویزیت	۲۷	۳۳/۸	۰	۰	۳۳	۴۱/۲	۳۰	۳۷/۵	۶۰	۳۷/۵	۳۰	۱۸/۸
اهمیت ندادن به بیماری	۳۵	۴۳/۸	۰	۰	۲۴	۳۰	۱۱	۱۳/۸	۵۹	۳۶/۹	۱۱	۶/۹
تجربه قبلی خوب درمان	۲۵	۳۱/۲	۰	۰	۲۵	۳۱/۲	۱۶	۲۰	۵۰	۳۱/۲	۱۶	۱۰
عدم وقت مراجعه مطب	۱۹	۲۳/۸	۰	۰	۱۸	۲۲/۵	۷	۸/۸	۳۷	۲۳/۱	۷	۴/۴
تجربه قبلی بیماری	۳۴	۴۲/۵	۰	۰	۲۹	۳۶/۲	۱۷	۲۱/۲	۶۳	۳۹/۴	۱۷	۱۰/۶
دسترس بودن دارو	۳۴	۴۲/۵	۰	۰	۳۳	۴۱/۲	۱۹	۲۳/۸	۶۷	۴۱/۹	۱۹	۱۱/۹
تهیه آسان دارو	۲۱	۲۶/۲	۰	۰	۳۰	۳۷/۵	۱۱	۱۳/۸	۵۱	۳۱/۹	۱۱	۶/۹
نداشتن دفترچه بیمه	۹	۱۱/۲	۰	۰	۱۹	۲۳/۸	۱۳	۱۶/۲	۲۸	۱۷/۵	۱۳	۸/۱
عدم اطمینان به پزشک	۱۱	۱۳/۸	۰	۰	۶	۷/۵	۲	۲/۵	۱۷	۱۰/۶	۲	۱/۲
عدم اطلاع از دارو	۱۱	۱۳/۸	۰	۰	۱۵	۱۸/۸	۹	۱۱/۲	۲۶	۱۶/۲	۹	۵/۶
اعتقاد به خوددرمانی	۱۱	۱۳/۸	۰	۰	۹	۱۱/۲	۴	۵	۲۰	۱۲/۵	۴	۲/۵
دارو عارضه ندارد	۱۱	۱۳/۸	۰	۰	۱۲	۱۵	۸	۱۰	۲۳	۱۴/۴	۸	۵

بحث

خوددرمانی یکی از مسایل بهداشتی – اجتماعی می‌باشد که شاهد افزایش روز افزون عوارض ناشی از مصرف خودسرانه دارو می‌باشیم پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری در پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو توسط زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار انجام گردید. در این مطالعه اکثریت نمونه‌ها قبل از مداخله نمره آگاهی متوسط کسب کرده بودند که این نمرات را می‌توان به راهنماهای عمل خارجی (رادیو، تلویزیون، خانواده...) اختصاص داد در مطالعه شمسی و همکاران نیز نمونه‌ها قبل از مداخله آموزشی کمتر از نصف نمره آگاهی را کسب کرده بودند (۲۷). در این پژوهش با انجام آموزش در گروه مورد افراد بعد از ۴ ماه نمره آگاهی بالاتر از متوسط را کسب کردند این در حالی بود که در افراد شاهد قبل و بعد مداخله تفاوتی دیده نشد و علت این تغییر در گروه مورد را می‌توان به کلاس‌های آموزشی تشکیل شده در رابطه با

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

مصرف خودسرانه داروها اختصاص داد که این موضوع با پژوهش‌هایی چون تاثیر آموزش بر زنان باردار اراک برای خوددرمانی و تاثیر آموزش بر کنترل دیابت و مراقبت از خود همخوانی دارد (۲۹،۲۸،۲۷).

یافته‌ها نشانگر نگرش متوسط زنان در رابطه با مصرف خودسرانه دارو در بین افراد دو گروه قبل از مداخله می‌باشد که با یافته‌های مطالعه شمسی در رابطه با نگرش مادران باردار اراک در زمینه خوددرمانی و مطالعه باقیانی‌مقدم در زمینه سنجش نگرش دانشجویان شهر یزد در رابطه با خوددرمانی همخوانی دارد (۳۰،۲۷). با گذشت ۴ ماه از مداخله ما شاهد اختلاف معنی‌دار نگرش زنان در رابطه با مصرف خودسرانه دارو بین دو گروه مورد و شاهد هستیم که نشان‌دهنده تاثیر مثبت آموزش در این زمینه می‌باشد به طوری که در زنان تحت آموزش بعد از مداخله حساسیتشان در رابطه با مراجعه به پزشک و مصرف دارو تحت نظر وی بیشتر گردید، همچنین نگرانیشان در رابطه با مصرف خود سرانه دارو در دوران بارداری و تولد نوزاد ناهنجار و درگیر مشکلات خانوادگی شدن نیز به طور چشمگیری افزایش یافت که این مطلب نیز با پژوهش شمسی و همکارانش در زمینه نگرش مادران باردار در رابطه با خوددرمانی هماهنگی دارد (۲۷).

در این پژوهش وضعیت خوددرمانی قبل از مداخله در شرکت‌کنندگان در رابطه با سرماخوردگی ۶۹/۴٪ ، سردرد ۵۸/۸٪، اختلالات قاعدگی ۱۶/۹٪ به دست آمد که قابل ملاحظه می‌باشد همچنین صومی و همکاران در تبریز خوددرمانی در افراد را ۳۱٪ ، باقیانی‌مقدم در دانشجویان شهر یزد بیش از ۸۳٪، رخشانی و همکارانش در افراد شهر زاهدان ۸۰٪ ، شمسی در ۱۸٪ افراد مورد و ۲۲٪ افراد شاهد پژوهش خود گزارش دادند (۳۱،۳۲،۲۷). البته بعد از آموزش در افراد مورد خوددرمانی نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی‌داری کاهش یافت (P<۰/۰۰۱)که این موضوع باز هم تاثیر مثبت آموزش را تایید می‌کند. البته با توجه به مطالب فوق ضرورت آموزش جامعه در زمینه مصرف صحیح و به جای دارو احساس می‌شود که در این زمینه باید با در نظر گرفتن فرهنگ و گروه هدف برنامه‌های آموزشی تدوین گردد.

در پژوهش حاضر با توجه به جدول۳ پزشک و کتاب و کتابچه به عنوان مهمترین راهنمای عمل خارجی و با توجه به جدول ۴ ترس از عوارض دارو به عنوان راهنمای عمل داخلی در بین افراد مورد بعد از آموزش انتخاب شد به طوریکه در افراد شاهد تلویزیون به عنوان راهنمای عمل خارجی و ترس از عوارض دارو به عنوان راهنمای عمل داخلی انتخاب گشت. در پژوهش پاتریکا نیز نزدیک به نیمی از شرکت کنندگان ۴۶٪ اطلاعتشان را از پزشک کسب می‌کردند و ۴٪ از تلویزیون به دست می‌آوردند (۳۳). در پژوهش شمسی نیز اکثریت افراد بعد از آموزش اطلاعات دارویی خود را از پزشک کسب می‌کردند (۲۷) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. با توجه به اینکه یافته‌ها نشان می‌دهد در هر دو گروه مورد مطالعه ترس از عوارض دارو به عنوان راهنمای عمل داخلی بیشتر مدنظر بوده توصیه می‌شود در برنامه‌های آموزشی به دادن اطلاعات در زمینه عوارض مصرف خودسرانه داروها و طرز صحیح مصرف آنها بها بیشتری داده شود و از این طریق در زمینه کاهش شیوع خوددرمانی در گروه‌های هدف مختلف اعم از زنان، مادران، جوانان و سالمندان برنامه‌ریزی گردد. جدول ۵ نیز به تفکیک علل خوددرمانی در دو گروه مورد و شاهد را به ما نشان می‌دهد که در صورت توجه به این علل و لحاظ کردن آن‌ها در برنامه‌های آموزشی خود در زمینه مصرف خودسرانه دارو به نتایج اثر بخشی دست خواهیم یافت.

تفاوت شیوع خوددرمانی در پژوهش‌های انجام گرفته در مناطق مختلف کشور نشان دهنده تاثیر مسأله فرهنگ، وضعیت اقتصادی اجتماعی و میزان دسترسی به دارو در این زمینه است که محققین باید این موارد را در طی آموزش‌های خود مد نظر بگیرند ،و در نهایت امید است طراحی مداخلات آموزشی براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی باعث ارتقا عملکرد افراد تحت بررسی شود شایان ذکر است یافته‌های این تحقیق نیز موید این مطلب می‌باشد و در این مطالعه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی با افزایش آگاهی نمونه‌ها و تاثیر مثبت برروی حساسیت، شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی درک شده و راهنما برای عمل تاثیر قابل توجه برروی رفتارهای پیشگیری کننده خوددرمانی و کاهش شیوع مصرف خودسرانه دارو در بین افراد تحت مطالعه داشته است. ازجمله نقاط قوت این مطالعه استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی و بررسی تاثیر آموزش برروی رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو است که باتوجه به اهمیت این مسأله در سلامت افراد به خصوص زنان و مادران امید است زمینه‌ای برای انجام مطالعات بیشتر در استفاده از الگوهای آموزشی جهت آموزش برای کاهش شیوع مصرف خودسرانه دارو ایجاد گردد. با توجه به اینکه شیوع مصرف خودسرانه دارو در زنان تحت مطالعه قابل ملاحظه بود لازم است برنامه‌ای جهت تغییر در نگرش و عادات آنها در این زمینه به هنگام بیماری تدوین و اجرا گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که در رابطه با رفتار خود درمانی زنان شرکت کننده در مطالعه محقق داده‌ها را از طریق خودگزارش‌دهی افراد جمع‌آوری کرده و امکان مشاهده مستقیم رفتار خوددرمانی در آن‌ها وجود نداشته است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق حاکی از اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه داروها می‌باشد، انجام مداخلات آموزشی با استفاده از الگوهای آموزشی در جهت کاهش شیوع خوددرمانی در بین زنان با توجه به اهمیت عوارض مصرف خودسرانه داروها به ویژه در زنان و کمبود برنامه‌های آموزشی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه خانم‌های محترم شرکت کننده در این مطالعه و مراکز بهداشتی درمانی سبزوار همچنین معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در اجرای این مطالعه با گروه تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Jayasuriya DC. Let pharmacists do more for health in developing countries. World Health Forum 1994; 15(4):403-5.
2. .Asef Zadeh S, Anbarloei M, Habibi SH, Rezaei M. Self-medication among the in-patients of Qazvin teaching hospitals. Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 2001; 5(4): 48-54 .[In Persain]
3. Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Akbari Sari A, Rahimi A. A Toll Healthcare-Seeking Behavior in Tehran, Iran and Factors Affecting it. Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches 2009: 2(7):1-13. [In Persain]
4. .Ziayee T, Azgoli G, Yagmaei F, Akbar Zadeh A. Knowledge, attitude and practice of self medication in pregnantwomen in prenatal health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal ofNursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2008; 18(62): 35-9. [In Persain]
5. Annonymsus. IRID IRID: Iranian Pharma market S400 Million ،Scrip 1997:2272(3):17.
6. Motamedi H. Knowledge and performance of antibiotics. 1st Ed. Tehran: Publication of Center Educational Nazaja; 1999. [In Persain]
7. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. The effect of educational program based on HealthBelief Model (HBM) on preventive behavior of selfmedication in women with Pregnancy in Arak, Iran. Pejouhandeh Quarterly Research Journal 2010; 14: 324-31 [In Persain]
8. Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Vaqar T, Shaikh M ,et al. Self-medication amongstuniversity students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. J Pak Med Assoc 2008:58(4):207-14.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

9. Martins AP, Miranda Ada C, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: aprevalence study. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2002; 11(5):409-14.
10. Haider S, Thaver IH. Self medication or self care: implication for primary health care strategies. J Pak Med Assoc 1995:45(11):297-8.
11. Deshpande SG, Tiwari R. Self medication—a growing concern. Indian J Med Sci 1997; 51(3):93-6.
12. Shankar PR, Partha P, Shenoy N. Self-medication and nondoctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: a questionnaire-based study. BMC Fam Pract 2002; 3:17.
13. Mortazavi AR, Hajebi G. The knowledge of referres to Tehran pharmacies of OTC drugs requested. Journal of Research in Medical Sciences 2003; 27(4): 299-304.
14.Somi MH, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh, Jabbari H, Yavari Kia P, et al. Health seeking behavior of residents in northwestern Tabriz. Med J Tabriz Univ Med Sci 2003; 25(3):77-81. [In Persian]
15. Haji Seyed Javadi ES. Knowledge of pregnant women on drug use during pregnancy. J Qazvin Univ Med Sci. 2005;9(3):80-3. [In Persian]
16. Sereshti M, Azari P, Rafieian M, Kheiri S. Use of herbal medicines by pregnant women in Shahr-e-Kord. J Reprod Infertility 2006; 7(2): 131-25. [In Persian]
17.Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication 2007:8(2):85-119.[In Persian]
18. Awad A, Al-Rabiy S, Abahussain E. Self-medication practices among diabetic patients in Kuwait. Med Princ Pract 2008; 17(4): 315-20.
19. Solaimani F, Majdzadeh SR, Cheragh Ali A, Dinarvand R, Golestan B. Process evaluation indicators in prescribing and drug. Razi Pharmaceutical Journal 2009; 20(7): 613-24. [In Persain]
20. Food and Drug Department, Ministry of Health. Pharmaceutical Statistics 2003 to 2008 [serial On line]. 2009; Available from: URL: http://hamahangi.behdasht.gov.ir
21. Stevenson FA, Britten N, Barry CA, Bradley CP, Barber N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? Soc Sci Med 2003; 57(3): 513-27.
22. Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A. Self Treatment Experience in Diabetes Mellitus Type 2. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 10: 581-8. [In Persian]
23.Amarilles P, Gonzalez LI, Giraldo NA. Prevalence of Self-Treatment with Complementary Products and Therapies for Weight Loss: A Randomized Cross-Sectional Study in Overweight and Obese Patients in Colombia. Curr Ther Res 2006; 67:66-78.
24. Tesch BJ. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. American Journal of Obstetricas and Gynecology 2003; 188: 44-55
25. Heidarnia A. Topics in process of health education. 1th Ed. Tehran: Zamani Publication; 2003. [In Persian]
26. Nouri K, Shojaeezadeh D. Health education and change behavior. 1th Ed. Tehran: Neshaneh Publication; 2004. [In Persian]
27.shamsi M, Bayati A. the effect of education on knowledge Attitude and practice of pregnant woman refrring to health centers about self medication in arak city. journal of gonabad 2009; 15(3): 27-36. [In Persain]
28. Sahebi L, Seidy A, Amini S, Mousa khani M. Self-medication Status among referring patients to Tabriz pharmacies Pharmaceutical Sciences. Journal of Faculty Pharmacy 2009; 4(3): 174-81
29. Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A. Self Treatment Experience in DiabetesMellitus Type 2. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism 2009; 6(10): 581-8.
30. Baghianimoghadam MH. Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. Tabib shargh Journal of Zahedan University of Medical Sciences 2006; 2(8): 111-19. [In Persain]

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

31. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. Self-medication in Zahedan city in 1999. Feyz J of Kashan University of Medical Sciences 2002; 22(6): 45-52. [In Persain]
32. Somi MH, Piri Z, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh. Self medication by residents of northwestern Tabriz. J of Tabriz University of Medical Sciences 2003; 59(1): 82-6.
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 hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]

Effect of education based on health belief model to prevent the arbitrary use of the drug in women referring to Health Centers sabzevar city

Seyedeh Melika Kharghani Moghadam[1], Davoud Shojaiezadeh[2], Mahmoud Mahmoudi[3], Esmaeil Shojaiezadeh[4], Hadiseh Farhandi[5], Saeedeh Khalili[6]

Original Article

Abstract

Background: One of the major health problems of self-treatment and self-medication is Because of the sensitive periods such as pregnancy and breast-feeding women and the responsibilities of home and family. It is important to have additional importance. We study the impact of education health belief model health on women's centers Sabzevar to prevent drugs taken.

Methods: An experimental and quasi-experimental study (controlled) before and after. Where 160 women referred to health centers have participated in Sabzevar (Samples were randomly divided into two groups each of 80 subjects) Data collection methods in the study questionnaire included questions on knowledge, attitude (based on Health Belief Model). Czech list practice and reasons for self-treatment is the use of arbitrary.Before intervention Czech list and questionnaire and reasons for self treatment For both groups completed.The intervention group during the 3-week and in three sessions60-minute training were conducted. Then 4 months after the intervention in both groups, the data were collected and analyzed. According to the research objectives and the quality and quantity of Variables describing the frequency tables and diagrams as appropriate Statistical software SPSS version 16 Paired t-tests to test T-test-Pearson- Chi-square and Wilcoxon tests were used. The results of the ($p<0/05$) was considered significant.

Findings: The findings showed that before the intervention, awareness and attitudes women toward self treatment moderate and their performance toward arbitrary use of the drug was poor. And the amount of cases and controls was no significant relationship. There was no correlation between the amount of cases and controls ($p=0/72$) but after intervention between the two groups Significant difference was noted in all variables were created ($p <0/041$).The performance women toward arbitrary use of the drug was reduced.

Conclusions: training based HBM on knowledge, attitude and practice of women referred to health centers in relation to the prevention of effective self-medication As a result of educational interventions using health education models, especially HBM preventing and reducing the use of drugs and self-medication is recommended to improve health behavior.

Key words: knowledge, attitude, health belief model, performance, self treatment

Citation: Kharghani Moghadam S M,Shojaiezadeh D, Mahmoudi M, Shojaiezadeh E, Farhandi H, Khalili S. **Effect of education based on health belief model to prevent the arbitrary use of the drug in women referring to Health Centers sabzevar city.** J Health Syst Res 2013; Health Education supplement: **1876-1888.**

Received date: 19/08/2013 **Accept date: 14/10/2013**

1. Msc Candidate, Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. PhD. Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: shojae5@yahoo.com
3. Assistant professor of Epidemiology and Biostatistics, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Mph of Health Education, Department of Health Education University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Msc Candidate, Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Msc Candidate, Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-17]