

## سنجش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک

محسن شمس<sup>۱</sup>، محمود کریمی<sup>۲</sup>، زینب غلام‌نیا<sup>۳</sup>، مرضیه عربان<sup>۳</sup>، پریسا کسمایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> مربی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> مربی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه استفاده از مدل‌های آموزشی جهت تعیین علل عدم پذیرش رفتارهای مرتبط با سلامت رو به فزونی است. یکی از مدل‌هایی که در طی سالهای گذشته مورد توجه قرار گرفته است، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در زنان باردار صورت گرفت.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اراک انجام شد. روش گردآوری اطلاعات، پرسشنامه تنظیم شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل) و چک لیست خودکارآمدی و بیان عملکرد مادران در خصوص مصرف خودسرانه داروها بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه سازمان یافته جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، میانگین سنی مادران  $28/15 \pm 4/25$  سال و میانگین مدت بارداری  $7/2 \pm 4/6$  هفته برآورد شد. همچنین بین میزان موانع درک شده، حساسیت، شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده با اقدام به خوددرمانی در مادران مورد بررسی، همبستگی معکوس و معنی داری وجود داشت.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مادران باردار که اقدام به خوددرمانی می‌کنند، پایین می‌باشد، لذا لزوم یک برنامه آموزشی دقیق براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای بالا بردن حساسیت و شدت درک شده در مادران باردار نسبت به خوددرمانی، همچنین افزایش خودکارآمدی و منافع درک شده به همراه از بین بردن موانع درک شده پیشنهاد می‌گردد.  
**کلید واژه‌ها:** فرهنگ؛ خود درمانی؛ بارداری- پیشگیری و کنترل؛ اراک، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: mohsen\_shamsi1360@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۱۷

### مقدمه

است (۱)، به خصوص اینکه بدون تجویز پزشک و به طور خودسرانه توسط مادر مصرف شود که البته بسته به نوع و میزان مصرف و زمان دارو، میزان ناهنجاری‌زایی متفاوت است (۲). بیشترین تأثیرات ناهنجاری‌زایی داروها در طی دوران بارداری در فواصل روزهای ۶۰-۱۵ بارداری می‌باشد (۳). با توجه به اینکه ایران یکی از بزرگترین کشورهای مصرف کننده آنتی بیوتیک در

در اوایل سال ۱۹۴۰ تصور بر این بود که نقایص مادرزادی ناشی از عوامل ارثی است، ولی بعدها با کشف ناهنجاری‌های مادرزادی ناشی از سرخجه مشخص گردید ناهنجاری‌های مادرزادی ایجاد شده در نوزادان می‌تواند تحت تأثیر عوامل محیطی باشد که یکی از این عوامل محیطی مصرف داروها در طی دوران بارداری

بارداری جدی و خطرناک است و به‌علاوه با درک مزایای انجام عمل، انگیزه‌ای برای انجام آن داشته باشد. از طرفی، سایر اطرافیان نیز وی را به رعایت مصرف دارو در دوران بارداری تشویق نمایند. طبق بررسی‌ها از مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با سایر موضوعاتی مانند پیشگیری از پوکی استخوان، مراقبت از بیماری دیابت و جلوگیری از سیگار کشیدن و غیره نیز استفاده شده است (۲۰-۱۸)، ولی در زمینه کاربرد این مدل در سنجش رفتارهای پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار پژوهشی یافت نشد. لذا مطالعه حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک صورت گرفت؛ تا گامی در جهت ارتقای سلامت مادران و کودکان آنان باشد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۷ انجام شد. در این بررسی نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود؛ بدین ترتیب که ابتدا از طریق نمونه‌گیری سیستماتیک، ۱۰ منطقه پستی در شهر انتخاب و از درون هر منطقه یک درمانگاه جهت نمونه‌گیری به صورت تصادفی در نظر گرفته شد (مجموعاً ۱۰ درمانگاه). نمونه‌گیری در هر درمانگاه نیز به صورت تصادفی ساده بود. تعداد نمونه‌ها با توجه به شیوع خوددرمانی در دوران بارداری که این میزان در مطالعات مشابه ۹٪ می‌باشد (۱۱) و با در نظر گرفتن دقت ۴٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ برابر ۱۹۶ نفر برآورد گردید، و در نهایت ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. در این بررسی مادران باردار واقع در ۳ ماهه اول بارداری که فاقد بیماری خاص بودند، وارد مطالعه شدند، و معیار خروج نیز عدم تمایل مادر برای ادامه شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر قسمت‌های زیر بود: قسمت اول: مشخصات دموگرافیک مادر، قسمت دوم: سؤالات آگاهی (۱۰ سؤال)، قسمت سوم شامل: سؤالات حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده در زمینه خوددرمانی که جمعاً ۲۰ سؤال بوده و به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شد. قسمت چهارم: راهنماهای عمل که در قالب ۲ سؤال، انواع راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در جهت خوددرمانی می‌سنجید.

جهان است، فرهنگ غلط خوددرمانی و عدم اعتقاد به درمان بدون دارو و تجویز اقلام زیاد دارو توسط پزشکان به‌ویژه پزشکان عمومی در زمره عواملی است که به این مشکل دامن می‌زند (۴). در طی بررسی که بر روی ۱۷۵۲۶۳ پرونده زایمانی در ارومیه در سالهای ۱۳۷۱-۱۳۶۶ انجام شد، مشخص گردید که از میان نوزادان متولدشده، ۹۵۲۰ نوزاد یعنی ۵٪، مبتلا به ناهنجاری مادرزادی هستند که از این میان در ۷٪ موارد، علت مصرف دارو در دوران بارداری گزارش شد (۵). همچنین تحقیق انجام‌شده در مورد مصرف دارو و تجویز آن در زنان باردار دانمارکی نشان داد ۴۴٪ زنان حداقل از یک نوع دارو در طی دوره بارداری استفاده کرده‌اند (۶). بنابراین نگرانی در مورد عوارض جینی داروها رو به فزونی است (۹-۷). اگر در نظر گرفته شود که سالانه بالغ بر ۱/۵ میلیون نسخه برای مادران باردار نوشته می‌شود (۱۰، ۱۱) و افزون بر این، تعداد بی‌شماری دارو نیز به‌طور خودسرانه توسط مادران مصرف می‌گردد (۱۲، ۱۳) و هر ساله بالغ بر ۵۰۰ نوع داروی جدید وارد بازار دارویی می‌شود (۱۴)؛ به سهولت می‌توان دریافت که بیش از نیاز به انجام تحقیقات وسیع در زمینه میزان شیوع مصرف داروهای غیرمجاز در دوران بارداری و یا یافتن درمان‌هایی برای ناهنجاری‌های مادرزادی، تحقیق در زمینه عوامل مؤثر بر مصرف بی‌رویه داروها در دوران بارداری، جهت حل این مشکل بیشتر احساس می‌شود. بر این اساس و با توجه به مدل اعتقاد بهداشتی، افراد وقتی تغییر رفتار می‌دهند که درک کنند بیماری جدی است؛ زیرا در غیر این صورت احتمالاً کمتر به رفتارهای سالم روی می‌آورند (۱۵). بنابراین مدل اعتقاد بهداشتی تلاش می‌کند تا توضیح دهد؛ چرا برخی از افراد رفتارهای پیشگیری از بیماری را به کار می‌گیرند و برخی دیگر این عمل را انجام نمی‌دهند (۱۶). براساس این الگو احتمال در پیش گرفتن رفتار سلامتی به دو موضوع: یکی برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند و دیگر ارزیابی فرد از منافع و موانع عمل بهداشتی، بستگی دارد. علاوه بر این، احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر رشته‌ای عوامل واسطه‌ای نظیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن، جنس، تحصیلات، اطلاعات در مورد رفتار سلامتی و... نیز وجود دارد (۱۷). با توجه به مطالب فوق و طبق مدل اعتقاد بهداشتی، مادر در صورتی دارو را صحیح مصرف می‌کند که معتقد باشد عواقب ناشی از مصرف خودسرانه دارو در طی دوران

## یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی مادران  $28/15 \pm 4/25$  سال و میانگین مدت بارداری  $7/2 \pm 4/6$  هفته بود. همچنین ۵۴٪ از مادران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار داشتند، سایر مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع زنان باردار برحسب وضعیت شغل، تحصیلات و وضعیت پوشش بیمه درمانی

مشخصات دموگرافیک		زنان باردار	
	تعداد	درصد	
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۱۸۶	۹۳
	شاغل	۱۴	۷
تحت پوشش بیمه درمانی	بله	۱۰۸	۵۴
	خیر	۹۲	۴۶
تحصیلات	بیسواد	۲۲	۱۱
	ابتدایی	۵۸	۲۹
	راهنمایی	۶۶	۳۳
	دیپلم	۳۴	۱۷
	دانشگاهی	۲۲	۱۱

نمره عملکرد مادران در خصوص مصرف خودسرانه داروها  $20/25 \pm 6/47$  و نمره آگاهی مادران در این خصوص  $42/65 \pm 15/64$  به دست آمد (جدول شماره ۲). سایر یافته‌های مربوط به اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین نمره‌های آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع و خودکارآمدی درک‌شده و عملکرد مادران باردار شهر اراک در خصوص مصرف خودسرانه داروها

متغیر مورد نظر	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۴۲/۶۵	۱۵/۶۴
حساسیت درک‌شده	۴۰/۲	۱۴/۶
شدت درک‌شده	۵۴/۹	۱۹/۵
تهدید درک‌شده	۴۷/۴	۱۷/۱
منافع درک‌شده	۶۲/۹	۱۵/۹۵
موانع درک‌شده	۷۴/۵۵	۱۵/۰۵
خودکارآمدی درک‌شده	۴۲/۱	۱۲/۸
عملکرد	۲۰/۲۵	۶/۴۷

طبق جدول شماره ۲، بین تهدید درک‌شده و عملکرد در خصوص خوددرمانی؛ همبستگی قوی و معکوس ( $r = -0/71, p < 0/001$ )، بین منافع درک‌شده و بیان عملکرد؛ همبستگی متوسط و معکوس

قسمت پنجم: سؤالات خودکارآمدی مادر در زمینه رفتارهای پیشگیرانه از مصرف خودسرانه داروها (۱۰ سؤال)، و قسمت ششم شامل چک‌لیستی بود که بیان عملکرد مادر را در زمینه خوددرمانی برخی از بیماری‌ها که در آنها اقدام به مصرف خودسرانه دارو شده بود، می‌سنجید. امتیازگذاری پرسشنامه نیز بدین صورت بود که در قسمت آگاهی به جواب صحیح، امتیاز یک و به جواب غلط، امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و در پایان، امتیاز هر فرد براساس ۱۰۰ نمره محاسبه می‌شد. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و خودکارآمدی نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰-۴۰ متغیر بود؛ به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالف؛ امتیاز صفر، مخالف؛ امتیاز یک، نظری ندارم؛ امتیاز ۲، موافقم؛ امتیاز ۳ و کاملاً موافقم؛ امتیاز ۴ تعلق می‌گرفت.

در مجموع کل امتیاز هریک از این قسمت‌ها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده و خودکارآمدی) بین ۰-۲۰ متغیر بود که امتیاز کسب‌شده فرد در هر قسمت براساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. در قسمت چک‌لیست امتیاز بیان عملکرد براساس اینکه مادر در چه تعدادی از بیماری‌های ذکر شده اقدام به خوددرمانی نموده است، از ۱۰۰ نمره همانند قسمت سؤالات آگاهی محاسبه شد. سؤالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی در زمینه خوددرمانی نیز به صورت فراوانی تعیین گردید. همچنین سنجش روایی با شیوه روایی محتوایی صورت گرفت، بدین صورت که پرسشنامه با توجه به بررسی متون انجام‌شده و با بهره‌گیری از منابع معتبر داخلی از جمله فصلنامه دارویی ندای مهیا، آمارهای وزارت بهداشت، درمان و استفاده از نظرات افراد صاحب صلاحیت در رشته داروشناسی، آموزش سلامت و منابع خارجی تهیه و پس از اعمال برخی نظرات و رفع برخی ابهامات، در نهایت روایی آن مورد تأیید کمیته پژوهش دانشگاه قرار گرفت. پایایی پرسشنامه مذکور نیز از طریق روش آزمون آلفا کرونباخ بر روی ۲۵ نفر از مادرانی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد بررسی بودند، سنجیده شد که مقدار آن در قسمت سؤالات آگاهی ۰/۸۸، سؤالات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۸۶ و چک‌لیست عملکرد ۰/۸۴ به دست آمد. پس از اخذ رضایت آگاهانه از مادران، اطلاعات از طریق مصاحبه سازمان‌یافته جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

## بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد آگاهی و نگرش مادران در قالب اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص خوددرمانی در دوران بارداری در حد متوسط می‌باشد. از طرفی، نزدیک به یک‌پنجم مادران در این دوران، مصرف خودسرانه دارو را گزارش کردند که این امر می‌تواند بر روی رشد و تکامل طبیعی جنین و سلامت خود مادر اثرات سوئی را بر جا گذارد. در مطالعه حاضر، اکثر مادران در مورد مصرف صحیح داروها در دوره بارداری آگاهی کافی نداشتند، که این امر می‌تواند ناشی از عدم اطلاع‌رسانی صحیح مراقبین مادر در دوران بارداری از جمله نقش کلیدی ماماهاى مراکز بهداشتی به‌عنوان اولین مراقبین مادران در طی دوره بارداری حتی در قبل از آن باشد؛ به‌گونه‌ای که اکثر مراقبت‌های دوران بارداری صرفاً مربوط به انجام معاینات جسمی مادر و جنین بوده و به دلیل مشغله کاری و تعداد زیاد مراجعین، امکان دادن فرصت کافی به مادران باردار، جهت ارایه اطلاعات در این زمینه وجود نداشته است. در ضمن، فعالیت رسانه‌های آموزش جمعی و چاپی از جمله پوستر و جزوه‌های بهداشتی بسیار اندک بوده و نقش چندانی در افزایش آگاهی مادران در این خصوص نداشته‌اند. در پژوهش سید جوادی و همکارانش، ۷۴٪ از زنان باردار از عوارض مصرف داروها اطلاعی نداشتند (۱۱). در پژوهش رخشانی و همکارانش نیز ۱۷٪ از افراد مورد بررسی در این زمینه اظهار بی‌اطلاعی نمودند (۲۱). همچنین یافته‌ها نشان داد وضعیت میانگین نمره حساسیت درک‌شده مادران حدود ۴۰ بوده است و به عبارتی نزدیک به ۶۰٪ مادران خود را در شرایط مختلف نسبت به مصرف خودسرانه داروها حساس می‌دانستند که این عامل می‌تواند منجر به مصرف خودسرانه داروها توسط مادران شود. در پژوهش سرشتی نیز ۹۱٪ از واحدهای مورد بررسی، نسبت به داروهای گیاهی نگرش مثبت داشتند (۱۳). آموزش به مادران در خصوص خطرات مصرف تمام داروها بدون تجویز پزشک حتی داروهای گیاهی در دوران بارداری نیز می‌تواند در افزایش حساسیت درک‌شده آنان و کاهش تمایل به مصرف داروها مؤثر باشد. همچنین از لحاظ شدت درک‌شده، مادران نمره‌ای بیش از حد متوسط کسب نمودند، به عبارتی بیش از نیمی از مادران به خطرناک بودن مصرف دارو به‌صورت

( $r=-0/57, p<0/001$ )، بین موانع درک‌شده و بیان عملکرد؛ همبستگی قوی و معکوس ( $r=+0/83, p<0/001$ )، و بین خودکارآمدی و اقدام به خوددرمانی نیز همبستگی متوسط و معکوس ( $r=-0/67, p<0/001$ ) به‌صورت معنی‌دار وجود داشت. بیشترین موانع درک‌شده از سوی مادران باردار جهت مصرف صحیح داروها شامل: عدم مراجعه به پزشک به دلیل وضعیت نامناسب مادر در طی دوره بارداری مانند احساس ضعف و سستی، افزایش وزن، افزایش تحرک، تغییرات شدید هورمونی (تهوع، استفراغ مکرر)، افسردگی، همچنین عدم آگاهی کافی از عوارض مصرف خودسرانه داروها و به‌خصوص داروهای گیاهی که اکثر مادران آنها را بی‌ضرر می‌دانستند، بود. در زمینه راهنمای عمل خارجی براساس نظرات مادران مورد بررسی، پزشک، پرسنل مراکز بهداشتی - درمانی، سایر مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی، خانواده، آشنایان، رادیو و تلویزیون به‌عنوان مهم‌ترین راهنماها در زمینه مصرف داروها معرفی شدند (جدول شماره ۳). مهم‌ترین راهنماهای عمل داخلی نیز شامل: احساس سلامتی و داشتن حال عمومی مساعد، ترس از ابتلا به عوارض مصرف خودسرانه داروها و عدم اعتقاد به خوددرمانی بود که برحسب نظر مادران این عوامل از درون، آنها را در جهت مصرف صحیح داروها ترغیب و تشویق می‌نمود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص مصرف خودسرانه داروها براساس نظرات مادران باردار مورد مطالعه

راهنماهای عمل	تعداد	درصد
راهنماهای عمل خارجی		
رادیو و تلویزیون	۸۶	۴۳
کتاب و کتابچه	۴۴	۲۲
پزشک و پرسنل بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی	۱۳۲	۶۶
خانواده و آشنایان	۹۸	۴۹
سایر مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی	۱۱۴	۵۷
ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی	۸۶	۴۳
عدم اعتقاد به خوددرمانی	۷۴	۳۷
حال عمومی مساعد	۱۱۱	۵۵
احساس سلامتی بیشتر در صورت عدم خوددرمانی	۱۲۵	۶۲
راهنماهای عمل داخلی		

شمار آید (۲۴). با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر افزایش منافع درک شده که منجر به کاهش مصرف خودسرانه داروها می‌شود، بایستی با آموزش صحیح در این قسمت و بالا بردن منافع از دید مادران، باعث کم اهمیت جلوه دادن موانع درک شده در نزد مادران شد؛ به گونه‌ای که مادران منافع مصرف صحیح داروها و مراجعه به پزشک را غالب بر عواملی همچون وضعیت نامناسب در طی بارداری، تهوع، استفراغ، سستی و تنبلی، کم تحرکی و... بدانند. در مطالعه حاضر، میانگین نمره بیان عملکرد در زمینه خوددرمانی ۲۰/۲۵ برآورد شد. در تحقیق رخشانی و همکارانش در شهر زاهدان؛ ۸۰٪ افراد، در پژوهش مقدم‌نیا در بابل؛ ۵۹٪ افراد، در مطالعه صومی و همکارانش در تبریز؛ ۳۱٪ افراد و در پژوهش باقیانی مقدم بر روی دانشجویان شهر یزد، بیش از ۸۳٪ از افراد اقدام به خوددرمانی کرده بودند (۲۱) (۲۷-۲۵). در مطالعه Junko در ویتنام نیز این مقدار ۲۹/۸٪ و در مطالعه Shankar در غرب نیپال ۵۹٪ گزارش گردید. Sinikka نیز در بررسی خود در فنلاند نشان داد ۴۴٪ از زنان مصرف خودسرانه دارو داشته‌اند (۳۰-۲۸). این تحقیقات همگی نشانگر مقادیر بالای خوددرمانی در گروه‌های مختلف جمعیتی و لزوم توجهی ویژه به این امر می‌باشد.

در مطالعه حاضر، داشتن راهنمای عمل داخلی جهت ترغیب مادران از سمت درون به مصرف صحیح داروها و توصیه‌های پزشک به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی در کاهش میزان خوددرمانی حایز اهمیت بود. در پژوهش معتمدی و همکارانش نیز منبع اطلاعاتی نمونه‌ها شامل دوره‌های آموزشی ۸۷٪، کتب علمی ۳۷٪، نشریات ۷٪ و رادیو، تلویزیون ۵٪ بود (۳۱). در پژوهش Patricia نیز نزدیک به نیمی از شرکت‌کنندگان (۴۶٪) اطلاعات دارویی خود را از پزشکان کسب نمودند، ۴۱٪ برچسب دارویی را می‌خواندند و تعداد کمی (۴٪) از طریق تلویزیون، ۳٪ نیز از مجلات و دوستان اطلاعات خود را کسب کردند (۳۲).

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، باید اطلاعات زنان باردار نسبت به عوارض داروها، با استفاده از بروشورهایی که رایگان در اختیار زنان باردار قرار می‌گیرد، همچنین وسایل ارتباط جمعی یا وجود

خودسرانه در طی دوره بارداری معتقد بودند که این امر عامل مثبتی در جهت پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها می‌باشد. در پژوهش‌های مشابه نیز افراد مورد بررسی در زمینه‌های سیگار کشیدن، مراقبت از بیماری دیابت و ابتلا به پوکی استخوان و حساسیت درک شده در حد متوسطی قرار داشتند (۲۰-۱۸). وضعیت درک مادران باردار از منافع مصرف صحیح داروها بیش از حد متوسط بود. بنابراین به نظر می‌رسد توجه مادران به اینکه مصرف صحیح داروها باعث کاهش عوارض و بهبودی سریع‌تر بیماری می‌شود، می‌تواند در ارتقای سطح منافع درک شده مؤثر باشد. مطالعه شریفی‌راد نیز نشان داد بین منافع درک شده و دوری از مصرف سیگار در بین نوجوانان رابطه مثبتی وجود دارد که در هر دو مطالعه بیشترین منافع درک شده مربوط به احساس سالم زیستن بوده است (۲۰). همچنین مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد بین منافع درک شده افراد و انجام فعالیت‌های جسمانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۲). در پژوهش حاضر، وضعیت درک مادران از موانع موجود جهت مصرف صحیح داروها بیش از حد متوسط و به مقدار ۷۴٪ بود که عمده‌ترین عامل جهت اقدام مادران به خوددرمانی به شمار می‌آید.

در این مطالعه، بیشترین موانع درک شده از سوی مادران جهت مصرف صحیح داروها عبارت بودند از: عدم مراجعه به پزشک به دلیل وضعیت نامناسب مادر در طی دوره بارداری مانند احساس ضعف و سستی، افزایش وزن، افزایش تحرک، تغییرات شدید هورمونی (تهوع، استفراغ مکرر)، افسردگی و عدم آگاهی کافی از عوارض مصرف خودسرانه داروها به خصوص داروهای گیاهی که اکثر مادران آنها را بی‌ضرر می‌دانستند.

در پژوهش آصف‌زاده نیز مهم‌ترین مانع جهت عدم مصرف صحیح داروها، مهم تلقی نکردن بیماری از سوی افراد ذکر گردید (۲۳). در مطالعه شریفی‌راد نیز با کاهش موانع درک شده، مصرف سیگار در نوجوانان کمتر گزارش شد (۲۰)، همچنین در تحقیق Koch با رفع موانع درک شده، بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پیاده‌روی کرده بودند (۲۲). در مطالعه کامرانی نیز افراد مورد بررسی، از موانع درک شده کمتری در خصوص رعایت رژیم غذایی برخوردار بودند که این امر می‌تواند برای گروه شاهد امتیازی جهت رعایت رژیم غذایی و کمک به کنترل دیابت به

خوددرمانی و افزایش خودکارآمدی و منافع درک شده به همراه از بین بردن موانع، در نظر گرفته شود.

فردی مسئول در درمانگاه و ترجیحاً مامای درمانگاه، به عنوان مهم ترین راهنمای عمل خارجی مشخص شده قبل از زایمان جهت آگاهی دادن به مادران مراجعه کننده، افزایش یابد. در نهایت پیشنهاد می گردد با توجه به پایین بودن سطح سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مادران بارداری که اقدام به خوددرمانی می کنند، یک برنامه آموزشی دقیق براساس مدل اعتقاد بهداشتی جهت بالا بردن حساسیت و شدت درک شده در مادران باردار نسبت به

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مادران شرکت کننده در این طرح سپاسگزاری می شود.

### References:

1. Sahebi L, Seidy A, Amini S, Mousa Khani M. Self-Medication Status Among Referring Patients to Tabriz Pharmacies Pharmaceutical Sciences. *Journal of Faculty of Pharmacy* 2009;4(2):174-181.
2. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. The Effect of Educational Program Based on Health Belief Model (HBM) on Preventive Behavior of Self-Medication in Woman with Pregnancy in Arak. Iran. *Pejouhandeh Quarterly Research Journal* 2010;6(14):324-331. [Full Text in Persian]
3. Ramezanzadeh F, Tavafian S, Vahdaninia M, Shariat M, Montazeri A. Maternal and Fetal Outcomes of Narcotic Substance Abuse, Cigarette Smoking, and Unsafe Drugs During Pregnancy. *Hakim Research Journal* 2007;3(10):9-16. [Full Text in Persian]
4. Masoudi Alavi NF, Izadi A, Ebadi A. Hajbagheri Self Treatment Experience in Diabetes Mellitus Type 2. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2009;6(10):581-588. [Full Text in Persian]
5. Ramezan Zadeh F, Tavafian SS. Frequency of Illicit Drug Consumption in the First Trimester of Pregnancy, Tehran, 2001. *The Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2003;6(61):504-499. [Full Text in Persian]
6. Villanveva-La, Martince-Ayala-H, Garcia Lara-E. Drug Con Sumption during Pregnancy. *Ginecol Obstet Mex* 1998 Oct; 66:423-7.
7. 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. [Full Text in Persian]
8. Khosravi Sh. The Investigation of Gross Congenital Anomalies Incidence in Newborns in Taleghani and Ghods Hospitals. *Arak Medical University Journal Rahavard Danesh* 2001;14(4):9-5. [Full Text in Persian]
9. Parichehr Tootoonchi. Low Birth Weight Among Newborn Infants at Tehran Hospitals. *Iranian Journal of Pediatrics* 2007;Suppl.2(17):186-192.
10. Doostar Sanaye M, Sobhani AR. Pattern of Drug Consumption and Its Changes during the First Trimester of Pregnancy. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2002;20:61-55. [Full Text in Persian]
11. Haji Seyed, Javadi ES. Knowledge of Pregnant Women on Drug Use during Pregnancy. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2005;36(9):83-80. [Full Text in Persian]
12. Ramezan Zadeh F, Tavafian SS. Frequency of Illicit Drug Consumption in the First Trimester of Pregnancy, Tehran, 2001. *The Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2003;6(61):504-499. [Full Text in Persian]
13. Sereshti M, Azari P. Prevalence Use of Herbal Drug and Attitude of Women about Use of Herbal Product Among Women Refer to Health Care Center in Shahrekord. *Knowledge & Health* 2008;4(2):20-26. [Full Text in Persian]
14. Khaksari M, Ahmadi J, Sepehri Gh, Shafiei K, Sadeghi S. Analysis of the Prescription of Physicians in Rafsanjan, 1993 and 1998. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2002;3(1):163-169. [Full Text in Persian]
15. Turner L, Hunt SB, Dibrezzo RO, Jones C. Design and Implementation of an Osteoporosis Prevention Program Using the Health Belief Model. *Ame J Heals Stu* 2004. Available From: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0CTG/is\\_2\\_19/ai\\_n6361768](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_2_19/ai_n6361768). Accessed; 2005
16. Howard WJ. A Critical Review of the Role of Targeted Education for Osteoporosis Prevention. *Orthop Nurs* 2001;5:131-135.

17. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing (Essentials for Practice). 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 9-10.
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. p. 87-90. [Text in Persian]
19. Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyee D. The Effect of Educational Walking Program Based on Health Belief Model on Control Sugar in Woman by Type 2 Diabetics. *Journal of Endocrinology and Metabolism* 2010;11(5):41-52. [Full Text in Persian]
20. Sharifi-Rad GhR, Hazavei MM, Hasan-zadeh 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. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. Self-Medication in Zahedan City in 1999. *Feyz J of Kashan University of Medical Science* 2003;22(6):45-52. [Full Text in Persian]
22. Koch, Julie. The Role of Exercise in the African-American Woman with Type 2 Diabet Mellitus: Application of the Health Belief Model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2002;12(4):126-130.
23. Asefzadeh S, Anbarloyee M, Habibi S. Prevalence of Self Medication of Patients Care in Hospital in Quazvin City. *J of Medical Science University of Quazvin* 2003;20(1):48-52. [Full Text in Persian]
24. Kamrani A. The Effect of Educational Diet on Mannare Nutrition Patient by Type2 Diabetes Based on Health Belief Model (Thesis). *Isfahan Uni Med Sci*; 2006. p. 18-26. [Text in Persian]
25. 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. [Full Text in Persian]
26. Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of Attitude and Practice of Students of Yazd University of Medical Sciences to Selfmedication. *Tabib Shargh J of Medical Science University of Zahedan* 2007;2(8):111-19. [Full Text in Persian]
27. 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. [Full Text in Persian]
28. Junko Okumura, Susumu Wakai, Takusei Umenai. Drug Utilization and Self Medication in Rural Community in Vietnam. *Social Science & Medicin* 2002;54:1875-1886.
29. Shankar PR, Parsa P, Shenoy N. Self Medication and Non Doctor Prscription Practice in Pokhara. *Western Nepal Bio Med* 2002;3(17):172-9.
30. Sinikka S, Ritta A, Heli M, Elina H. Self Medication Whit Vaginal Drugs: Physican Experience and Womens Utilization Patterns. *Family Practice* 2000;17(2):145-149.
31. 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* 1998;4(2):164-5. [Full Text in Persian]
32. Patricia J, Neafsey R, Olga J, Surheil L. Self Medication Practice in Spanish Speaking Older Adults. *Hispanic Health Care International* 2007;5(4):169-178.