

## آگاهی و عوامل مرتبط با انجام رفتار خوددرمانی مادران دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فیروزکوه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** خوددرمانی یکی از مشکلات اجتماعی بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران با میزان ۸۳/۳٪ می‌باشد. در این میان توجه به خود درمانی در مادرانی که مراقبت از کودکان را به عهده دارند از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی و عوامل مرتبط با انجام رفتار خوددرمانی مادران دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فیروزکوه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و جمعیت مورد مطالعه مادران دارای کودک زیر دو سال می‌باشند. نمونه گیری به روش تصادفی ساده و در بین مادرانی که به مراکز بهداشتی فیروزکوه مراجعه کردند، انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که مراحل روایی و پایایی خود را طی کرده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۴/۵ درصد مادران رفتار خوددرمانی را انجام داده بودند و بین آگاهی، حساسیت و خودکارآمدی با رفتار خوددرمانی رابطه منفی و معناداری و بین موانع درک شده با رفتار خوددرمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین آگاهی، حساسیت، شدت، موانع درک شده و خودکارآمدی مادران با و بدون رفتار خوددرمانی وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مدل اعتقاد بهداشتی کارایی قابل قبولی در تعیین عوامل مرتبط با رفتار خود درمانی دارد و می‌توان نتیجه گرفت هر زمان مادران دارای کودک زیر دو سال دانش کافی در خصوص مصرف صحیح دارو داشته و کودک خود را در معرض آسیب‌های خوددرمانی احساس کنند و این آسیب را جدی بگیرند و همچنین از موانع کمتری و خود کارآمدی کافی در استفاده صحیح از دارو برخوردار باشند، رفتار خود درمانی در آنها کاهش پیدا خواهد کرد.

**کلمات کلیدی:** مدل اعتقاد بهداشتی، مادران دارای کودک زیر دو سال، رفتار خوددرمانی

رستم حیدرتبار<sup>۱</sup>، عفت هاتف نیا<sup>۲\*</sup>،  
انوشیروان کاظم‌نژاد<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش  
بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم  
پزشکی البرز، کرج، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه بهداشت، دانشکده  
بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج،  
ایران  
<sup>۳</sup> استاد دانشگاه تربیت مدرس تهران، گروه  
آمار حیاتی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول:

استادیار گروه بهداشت، دانشکده  
بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز،  
کرج، ایران

۰۹۱۲-۵۲۶۹۷۸۱

E-mail: e\_hatefnia@yahoo.com

## مقدمه

هدف علم طب، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و اعاده آن در بیماران است. این هدف از طریق زنجیره ای از عوامل تحقق می‌یابد که دارو یکی از نقش‌های اصلی را در این زنجیره ایفا می‌کند.<sup>۱</sup> استفاده از دارو به عنوان یک حلقه از این زنجیره اجتناب ناپذیر است. متخصصان علوم پزشکی بر این باورند که مصرف درست و اصولی دارو در بسیاری از موارد به بهبود بیماری می‌انجامد.<sup>۲</sup> دارو به آن ماده شیمیایی گفته می‌شود که در پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری‌ها به کار برده می‌شود. امروزه شاهد دسترسی هرچه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم که به عنوان یک پدیده اجتماعی زیانبخش یعنی مصرف بی رویه دارو و به طور کلی خوددرمانی مطرح شده است.<sup>۳</sup> تحقیقات گذشته این نکته را بیان می‌کند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها همخوانی ندارد که این امر می‌تواند ناشی از خوددرمانی یا مصرف خودسرانه داروها در جامعه باشد.<sup>۴</sup> در حال حاضر خوددرمانی از جمله بزرگترین مشکلات اجتماعی بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران محسوب می‌شود.<sup>۵</sup>

خوددرمانی از طریق مصرف یک داروی صنعتی یا داروی دست ساز، دستیابی به داروها بدون تجویز متخصص، استفاده از داروهای تجویز شده قبلی در موارد مشابه، تقسیم داروهای تجویز شده برای یک نفر بین اعضای خانواده و آشنایان، استفاده از داروهای اضافی باقی مانده در منزل، خودداری از عمل به تجویز داروی اصلی چه از راه مصرف اضافی دارو بدون تجویز پزشک یا عدم مصرف دارو به طور کامل انجام شود.<sup>۶</sup>

در کشورهای در حال توسعه، استفاده نادرست از داروها، سابقه ای دیرینه دارد، به طوری که اعتقاد به مضر نبودن و مصرف بی رویه داروهای گیاهی یا سنتی ریشه در عوامل فرهنگی و اجتماعی اکثر کشورهای در حال توسعه دارد.<sup>۷</sup> خوددرمانی در سراسر جهان شایع و رو به افزایش است.<sup>۸</sup> شیوع خوددرمانی با دارو در کشورهای اروپایی ۶۸٪، آمریکا ۷۷٪،<sup>۹</sup> نیجریه ۷۲٪،<sup>۸</sup> هند ۸۸٪،<sup>۱۰</sup> مالزی ۸۰٪،<sup>۱۱</sup> عربستان سعودی ۷۵٪،<sup>۱۲</sup> غنا ۷۰٪،<sup>۱۳</sup> چین ۴۰٪،<sup>۱۴</sup> برزیل ۸۶٪،<sup>۱۵</sup> صربستان ۷۹٪،<sup>۱۶</sup> گزارش شده است. شیوع خوددرمانی در سالمندان گابان ۷۲٪،<sup>۱۷</sup> زنان باردار سقز ۲۷٪،<sup>۱۸</sup> گزارش شده است. در ایران با توجه به فرهنگ دارویی جامعه، اوضاع

و احوال مصرف غیر منطقی دارو بحرانی تر است.<sup>۱۹</sup> نرخ مصرف خودسرانه دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. از این رو ایران به لحاظ مصرف دارو جزء ۲۰ کشور نخست دنیا و در آسیا بعد از چین رتبه دوم را دارد و این در حالی است که جمعیت کشور ایران از تعدادی از کشورهای آسیایی مانند هند و بنگلادش و پاکستان کمتر است.<sup>۲۰</sup>

براساس اعلام وزارت بهداشت ایران، فروش کل دارو در سال ۱۳۸۸ بیشتر از ۲۶/۴۷۸ میلیارد عدد بوده است که با احتساب جمعیت ایران، هر ایرانی به طور متوسط ۶۸۳ عدد دارو مصرف کرده است. در ایران، ۳/۳۰٪ بیماران در بیماری‌های پوستی به خوددرمانی رو آورده اند تخمین زده می‌شود که ۸۳٪ مردم ایران، به صورت خودسرانه دارو مصرف می‌کنند.<sup>۲۱</sup>

مصرف خودسرانه داروها باعث مقاومت باکتریایی، عدم درمان بهینه به دلیل عدم مصرف صحیح و طبق برنامه دارو و در نتیجه احتمال ثمربخشی پایین، عدم نظارت بر وضع سلامتی بیمار و نحوه بهبود او به دلیل حذف پزشک از روند درمان، هزینه‌های مضاعف برای درمان عوارض ناشی از داروهای مصرفی (مثل مشکلات کبد و کلیه و دستگاه گوارش یا خونریزی‌های درونی) مسمومیت‌های ناخواسته و حتی عمدی، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه می‌شود.<sup>۲۲</sup>

در این خصوص از عوامل مهم در حفظ سلامت کودکان، ارتقای سطح آگاهی مادران و خانواده‌ها از اهمیت مراقبت‌های دوران کودکی بخصوص زمان بیمار شدن کودکان می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که مصرف خودسرانه داروها و بویژه آنتی بیوتیک‌ها توسط مادران به کودکان رو به افزایش است.<sup>۲۳</sup> و در این راستا آگاهی از عوامل مؤثر در خوددرمانی مادران از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که می‌توان با توجه به آنها مداخلات آموزشی را برنامه‌ریزی کرد.

مدل مورد استفاده در این مطالعه، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد که با توجه به ساختار خود توانسته در موضوعات مختلف کاربرد موفقیت آمیزی داشته باشد. مدل مذکور که از مدل‌های تغییر رفتار می‌باشد تابعی از دانش و نگرش افراد است و با توجه به سازه‌هایش (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع

Sectional) به صورت مقطعی بود که جمعیت مورد مطالعه آن را مادران دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان فیروزکوه تشکیل می دادند. نحوه انتخاب مراکز نمونه گیری با توجه به پراکندگی جغرافیایی و جمعیت مورد مطالعه بوده است. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده از بین مادرانی که برای دریافت خدمات بهداشتی به مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه می کردند و با توجه به فرمول حجم نمونه

$$n = \frac{(z_{\frac{\alpha}{2}})^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

۲۴۶ نفر به دست آمد.  $z=1/96$  ضریب اطمینان و  $d=0/05$  و  $0/20 = (1-p)$  و  $p=0/80$  (۲۱). نمونه گیری به مدت دو ماه انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات در مطالعه حاضر پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود مشتمل بر سه بخش که عبارت بودند از: ۱۰ سؤال دموگرافیک، ۱۰ سؤال آگاهی در زمینه مصرف صحیح دارو (دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰) و بخش سوم سؤالات مربوط به سازه های مدل اعتقاد بهداشتی {حساسیت درک شده (۳ سؤال با دامنه امتیاز بین ۳ تا ۱۵)، شدت درک شده (۳ سؤال با دامنه امتیاز بین ۳ تا ۱۵)، منافع درک شده (۳ سؤال با دامنه امتیاز بین ۳ تا ۱۵) و خودکارآمدی ۳ سؤال (۳ سؤال با دامنه امتیاز بین ۳ تا ۱۵) و موانع درک شده (۴ سؤال با دامنه امتیاز بین ۴ تا ۲۰) و یک سوال برای سنجش رفتار خوددرمانی.

امتیازدهی پرسشنامه سؤالات مربوط به دانش به صورت مقیاس دو گزینه ای (امتیاز صفر برای پاسخ نمی دانم و غلط و امتیاز یک برای پاسخ درست) در نظر گرفته شد و در خصوص سؤالات مربوط به سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی از مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (از ۵ برای پاسخ کاملاً موافقم تا یک کاملاً مخالفم) استفاده شد. پس از طراحی پرسشنامه مذکور مراحل روایی و پایایی آن صورت گرفت. برای تعیین روایی از روایی محتوی استفاده شد. در بررسی روایی محتوا از نوع کیفی پرسشنامه در اختیار یک پانل از متخصصین مربوطه قرار می گیرد تا از نظر رعایت گرامر و دستور زبان و استفاده از کلمات موزون و مناسب مورد بررسی قرار گیرد که مطابق نظر آنها تغییرات اصلاحی داده شد.

بررسی محتوا به صورت کمی: برای اطمینان از اینکه مهمترین و صحیح ترین محتوا انتخاب شده است، از شاخص نسبت روایی

درک شده و خودکارآمدی)، براساس این تفکر علمی پایه گذاری شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می دهد. طبق این مدل افراد زمانی یک رفتار سالم را قبول می کنند و یا یک رفتار ناسالم را کنار می گذارند که خودشان را در معرض آسیب احساس کنند و این آسیب را هم جدی تلقی کنند و از طرفی ادراک درستی از منافع و موانع انجام و یا عدم انجام رفتار داشته باشند و نهایتاً از خودکارآمدی جهت انجام رفتار برخوردار باشند. با فرض فوق مدل اعتقاد بهداشتی می تواند حساسیت و شدت درک شده افراد را در خصوص مصرف خودسرانه دارو به همراه ادراک منافع و موانع مصرف خود سرانه و خودکارآمدی مادران دارای کودک زیر دو سال مورد سنجش قرار دهد و بر اساس نتایج این فاکتورها برنامه ریزی آموزشی صورت گیرد.<sup>۲۰</sup> در این راستا مطالعاتی صورت گرفته که به برخی از آنها اشاره می شود. پیرزاده در مطالعه خود بالا بودن میانگین موانع درک شده در زمینه مصرف صحیح دارو را از عوامل مؤثر در انجام رفتار خوددرمانی بیان کرد.<sup>۳</sup> همچنین شمسی در مطالعه خود بیشترین عوامل مرتبط با خوددرمانی را مربوط به موانع درک شده زیاد مادران جهت مصرف صحیح داروها و همچنین حساسیت درک شده کم آنان نسبت به مصرف خودسرانه داروها بیان کرد.<sup>۲۲</sup> تحقیقات خارقانی مقدم و همکاران نشان داد که آگاهی و نگرش زنان در زمینه خوددرمانی در حد متوسط و عملکرد آنان در زمینه مصرف خودسرانه داروها ضعیف بود.<sup>۲۰</sup>

با توجه به اهمیت موضوع خوددرمانی در بحث خودمراقبتی و اینکه مطالعات بسیار اندکی در خصوص خوددرمانی مادران دارای کودک زیر دو سال صورت گرفته و با در نظر گرفتن اینکه نتایج حاصل از این مطالعه می تواند، محورهای لازم برای مداخلات آموزشی برای افزایش سطح سلامت کودکان را در پی داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی و عوامل مرتبط با انجام رفتار خوددرمانی مادران دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فیروزکوه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی (Cross-

پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی و درصد) و تحلیلی (میانگین، انحراف معیار، کای اسکویر، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل شد. معیار معنی‌دار بودن  $P < ۰/۰۵$  خواهد بود.

### یافته‌ها

همانطور که نتایج جدول شماره یک نشان می‌دهد بیشترین گروه سنی مشارکت کننده در مطالعه گروه سنی ۲۶-۳۵ سال با (۵۴٪) می‌باشد. همچنین از نظر رتبه تحصیلی مادران با تحصیلات دیپلم بیشترین رتبه تحصیلی (۳۵/۴٪) را به خود اختصاص دادند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که (۵۳/۷٪) مادران مشارکت کننده تک فرزند و (۸۷/۴٪) آنان خانه دار هستند.

محتوی (CVR) استفاده می‌شود. برای رسیدن به این منظور ابزار مورد استفاده به همراه یک چک لیست در اختیار ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر قرار گرفت تا برای هر آیتم ضروری بودن و یا مفید بودن یا ضروری نبودن و مفید نبودن را مشخص کنند.

برای تعیین همسانی درونی (آزمون آلفای کرونباخ) ۳۰ نفر از زنان مشابه با نمونه‌های مطالعه در یک نوبت را تکمیل می‌کنند. میزان آلفای کرونباخ ۰/۷ و بالاتر نشانه پایایی پرسشنامه قرار گرفت. معیار ورود برای مطالعه عبارت بود از مادران دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان فیروزکوه که دارای پرونده بهداشتی در مرکز بودند، عدم ابتلا به بیماری و تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج عدم تمایل مادر برای شرکت در مطالعه بود. جهت رعایت مسائل اخلاقی مشارکت کنندگان رضایت خود را از شرکت در مطالعه اعلام کردند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه‌ای مادران داری کودک زیر دو سال

نام متغیر	تعداد	درصد
سن	بین ۱۸ تا ۲۵ سال	۳۰/۱
	بین ۲۶ تا ۳۵ سال	۵۴
	بین ۳۶ تا ۴۹ سال	۱۵/۹
سطح تحصیلات	بی سواد	۴/۸
	ابتدایی	۱۰/۶
	راهنمایی	۱۵/۹
تحت پوشش بیمه	دیپلم	۳۵/۴
	دانشگاهی	۳۳/۳
	بیمه دارند	۸۲
سطح درآمد (میلیون تومان)	بیمه ندارند	۲۰۲
	۱	۴۴
	۱ - ۱/۵	۱۵۱
شغل	۱/۵ <	۳۵/۸
	خانه داری	۲/۸
	کارمند	۲۱۵
تعداد فرزندان	آزاد	۲۶
	تک فرزند	۵
	دو فرزند	۱۳۲
وضعیت خوددرمانی	چند فرزند	۸۷
	انجام خوددرمانی	۲۷
	عدم خوددرمانی	۱۳۴
		۴۵/۵

آگاهی و عوامل مرتبط با انجام رفتار خوددرمانی مادران داری کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فیروزکوه ... ۹۹

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مادران با و بدون خوددرمانی

P	گروهها		متغیر
	گروه اول (عدم خوددرمانی) میانگین (انحراف معیار)	گروه دوم (انجام خوددرمانی) میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۱*	۶/۷۳±۱/۹۲	۵/۹۶±۱/۸	آگاهی
۰/۰۰۱*	۱۱/۳۴±۲/۲۵۵	۱۰/۰۹±۲/۲۸۴	حساسیت درک شده
۰/۰۵*	۱۲/۹۶±۲/۱۶۶	۱۲/۴۱±۲/۳	شدت درک شده
۰/۴۴	۱۲/۷۵±۲/۱۹۳	۱۲/۵۴±۲/۰۷۹	منافع درک شده
۰/۰۳*	۱۲/۰۹±۲/۲۷۶	۱۲/۳۴±۲/۲۸۲	موانع درک شده
۰/۰۳*	۱۲/۳۴±۲/۲۹۴	۱۱/۳۸±۲/۷۴۲	خودکارآمدی

\* P < ۰/۰۵

دارای کودک زیر دو سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فیروزکوه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گردید. در این مطالعه ۵۴/۵ درصد از مادران دارای کودک زیر دو سال خوددرمانی برای کودک خود انجام داده اند. این میزان با مطالعه محسن شمسی و همکاران<sup>۵</sup> که این میزان را ۵۶/۵ درصد گزارش کرده بود همخوانی دارد اما با مطالعه پیرزاده و همکاران<sup>۳</sup> و لوکویک و همکاران که میزان خوددرمانی را به ترتیب ۸۶ درصد و ۹/۷۹ درصد گزارش کرده بودند، همخوانی ندارد.

شایع ترین موارد خوددرمانی در مادران، بیماری سرماخوردگی و تب می باشد که در مطالعه خارقانی مقدم و همکاران<sup>۲۰</sup> و دلشاد نوقایی و همکاران<sup>۱۷</sup> همین نتایج مشاهده شده است ولی با مطالعه پیرزاده و شریفی راد<sup>۳۱</sup> و مطالعه شمسی و همکاران<sup>۳۴</sup> همخوانی ندارد که این مغایرت به دلیل شرایط آب و هوای منطقه و اجرای تحقیق در فصول مربوطه می باشد.

نتایج حاصل از آزمون تی مستقل در خصوص مقایسه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نشان داد که بین آگاهی مادرانی که خود درمانی را انجام داده و آنهایی که نداده بودند اختلاف آماری معناداری (P < ۰/۰۰۱) وجود دارد که این نتیجه در راستای مطالعات کریمی و همکاران در زرنده<sup>۲۶</sup> و شمسی و شریفی راد بود.<sup>۲۵</sup> نتایج مطالعه در خصوص حساسیت و شدت درک شده مادران از آسیب‌های خوددرمانی نشان داد که بین مادرانی که رفتار خود درمانی را انجام داده و آنهایی که نداده بودند اختلاف آماری معناداری (P < ۰/۰۰۱)

نتایج جدول ۱ نشان داد که از کل مادران مشارکت کننده در مطالعه ۵۴/۵٪ از آنان تاکنون در مواقع بیماری فرزندان خوددرمانی انجام داده بودند و این خوددرمانی بیشتر در خصوص استفاده از داروهای تب بر و ضد استفراغ بوده است.

نتایج حاصل از آزمون تی مستقل نشان می دهد که بین میانگین آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و موانع درک شده و خودکارآمدی دو گروه (مادران با و بدون خوددرمانی) اختلاف آماری معناداری وجود دارد (جدول ۲).

نتایج حاصل از ضریب همبستگی جهت تعیین چگونگی رابطه بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار خوددرمانی جدول ۲ نشان داد که یک همبستگی مثبت و معنی داری بین موانع درک شده مادران و رفتار خوددرمانی (r = +۰/۱۳۴) وجود دارد. همچنین یک همبستگی منفی معنادار بین حساسیت درک شده مادران و رفتار خوددرمانی (r = -۰/۲۶)، بین خودکارآمدی مادران و رفتار خوددرمانی (r = -۰/۱۸۸) و آگاهی و رفتار خود درمانی (r = -۰/۲۰) وجود دارد.

## بحث

با توجه به اینکه خوددرمانی یکی از مسایل مهم بهداشتی- اجتماعی می باشد و با توجه به اینکه در ایران هم میزان مصرف خودسرانه دارو در حال افزایش است، پژوهش حاضر با هدف بررسی آگاهی و عوامل مرتبط با انجام رفتار خوددرمانی مادران

کرده بود که این نتیجه با نتیجه بدست آمده از مطالعه شریفی راد و همکاران همخوانی نداشت.<sup>۱</sup> یکی از علت‌های عدم تجانس این نتیجه می‌تواند سطح تحصیلات و آگاهی گروه مورد مطالعه باشد.

در این مطالعه ارتباطی بین رفتار خوددرمانی و سطح تحصیلات، سن، وضعیت بیمه درمانی و سطح درآمد مشاهده نشد که در مطالعه شریفی راد و همکاران<sup>۱</sup> نیز همین نتایج بدست آمد. همچنین ارتباط بین رفتار خوددرمانی و تعداد فرزندان در این مطالعه معنادار نشد که این رابطه با مطالعه قانعی و همکاران<sup>۱۸</sup> و شمسی و همکاران<sup>۲۵</sup> که گزارش کرده بودند، بیشترین فراوانی خوددرمانی در مادرانی مشاهده شد که تعداد فرزندانشان بیش از ۴ فرزند و کمترین فراوانی خوددرمانی در میان مادرانی با تعداد ۲ فرزند و یا کمتر مشاهده شده بود همخوانی ندارد که علت عدم همخوانی می‌تواند به خاطر تعداد کم فرزندان مورد مطالعه در مطالعه حاضر باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که از عوامل مرتبط با رفتار خوددرمانی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی، آگاهی در زمینه آسیب‌های ناشی از مصرف خودسرانه دارو و خوددرمانی می‌باشد و اینکه اگر مادران دارای کودک زیر دو سال فرزند خود را در معرض خطر و مستعد به آسیب ناشی از خوددرمانی ببینند و اینکه شدت آسیب را درک کنند و از طرفی میانگین موانع درک شده و خودکارآمدی مادرانی که از رفتار خوددرمانی استفاده کرده بودند نسبت به آنهایی که استفاده نکرده بودند پایین بوده است بنابراین اگر مادران دارای کودک زیر دو سال از آگاهی و تهدید درک شده همراه با موانع درک شده و خودکارآمدی بالایی برخوردار باشند رفتار خوددرمانی در آنها کاهش پیدا خواهد کرد. در این میان پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی، رادیو و تلویزیون از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی برای مادران می‌باشد. لذا برای ارتقای سطح سلامت کودکان زیر دو سال می‌توان با توجه به نتایج این مطالعه برنامه‌های آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتار خوددرمانی برای مادران دارای کودک زیر دو سال اجرا کرد و بهترین زمان و مکان برای آموزش مادران، هنگام ارائه خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت می‌باشد. همچنین مسئولین در سطح

وجود دارد که این نتیجه در راستای نتایج مطالعات کریمی و همکاران می‌باشد.<sup>۲۶</sup>

نتایج مطالعه حاضر در خصوص وضعیت ادراک مادران از موانع مصرف صحیح داروها نشان داد که اختلاف معنی داری در میانگین نمره موانع درک شده افراد با سابقه انجام یا عدم انجام خوددرمانی وجود دارد به طوری که افراد با سابقه خوددرمانی دارای میانگین نمره موانع بالاتر و افراد با سابقه عدم خوددرمانی دارای میانگین نمره موانع پایین‌تر بودند. که این نتایج با مطالعه کریمی و همکاران<sup>۲۶</sup> و با مطالعه شریفی راد<sup>۱</sup> همخوانی دارد. از دیگر نتایج این مطالعه وجود اختلاف آماری معناداری در میانگین سازه خودکارآمدی بین دو گروه با و بدون سابقه خوددرمانی بود که این نتیجه با مطالعه شریفی راد و کریمی و همکاران همخوانی دارد.<sup>۲۶</sup>

یافته‌های پژوهش نشان داد که یک همبستگی منفی معناداری بین رفتار خوددرمانی و آگاهی وجود دارد به طوری که با افزایش آگاهی، رفتار خوددرمانی کاهش می‌یابد. این رابطه در مطالعه کریمی و همکاران<sup>۲۶</sup>، ضیایی و همکاران<sup>۲۹</sup> مطالعه شمسی و همکاران<sup>۵</sup> و صاحبی و همکاران<sup>۳۰</sup> نیز مشاهده شده است. همچنین بین رفتار خوددرمانی با حساسیت درک شده مادران همبستگی منفی معناداری مشاهده شد که با مطالعه کریمی و همکاران<sup>۲۶</sup> و مطالعه شریفی راد و همکاران<sup>۱</sup> که گزارش کرده بودند با افزایش حساسیت میزان خوددرمانی کاهش پیدا کرده است همخوانی دارد. نتایج این مطالعه مشخص کرد که بین رفتار خوددرمانی با موانع درک شده مادران، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد که با توجه به علل خوددرمانی منطقی به نظر می‌رسد که موانع درک شده همچون عدم اعتماد به پزشک، نداشتن وقت کافی و نداشتن هزینه درمان از عوامل موثر در انجام خوددرمانی می‌باشد که هر چه موانع کمتر باشد مادران رفتار خوددرمانی را کاهش می‌دهند. این رابطه در مطالعه کریمی و همکاران<sup>۲۶</sup> و مطالعه شریفی راد و همکاران<sup>۱</sup> نیز مشاهده گردید. در مطالعه حاضر بین رفتار خوددرمانی با منافع درک شده همبستگی معناداری مشاهده نشد که این نتیجه با مطالعه کریمی و همکاران<sup>۲۶</sup> و شریفی راد و همکاران<sup>۱</sup> و شمسی و همکاران<sup>۲۵</sup> همخوانی دارد. از دیگر نتایج این مطالعه وجود ارتباط منفی معناداری بین رفتار خوددرمانی و خودکارآمدی می‌باشد که صورتی که با بالا رفتن خودکارآمدی رفتار خوددرمانی کاهش پیدا

آموزشی انجام و نتایج آن با این مطالعه مقایسه شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز تشکر و قدردانی بعمل می‌آید. همچنین از کلیه مسئولان مراکز بهداشتی و مادران محترم شهرستان فیروزکوه که در این طرح مشارکت داشتند، تشکر می‌نماید.

خرد و کلان با دستورالعمل و بخشنامه‌های اداری باید مداخلاتی مانند آموزش نیروی‌های ارائه دهنده خدمات در خصوص عدم مصرف خودسرانه دارو به مادران و حساس بودن دو سال اول زندگی کودکان، برگزاری کلاس‌های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، طراحی و تکثیر و توزیع تراکت، پمفلت و پوستره‌های خوددرمانی در بین گروه هدف را مصوب و اجرا نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری اندازه‌گیری عملکرد به دلیل استفاده از روش خوداظهاری (پرسشنامه) و بیشتر به علت عدم صبر و حوصله مادران در زمان بی‌قراری کودک زیر دوسال اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد این مطالعه با سایر مدل‌های

### منابع

- Sharifirad G, Mohebi S, Matlabi M, et al. The Prevalence of Self-medication and Its Effective and Alterable Factors Based on the Health Belief Model Among the Elderly Adults in Gonabad in 2009. *Tabriz university of medical science* 2011;7(4):1-10 [in Persian].
- Palizvan MR, Rafiei M, MR. K. Assesment and comparison of drug use among medical and non-medical staff members in Markazi Province, Iran. *Arak Medical University Journal (AMUJ) Original Article* 2012;15(61):27-34[in Persian].
- Pirzadeh A, Sharifirad Gh. Knowledge and practice among women about self-medication based on health belief model. *Journal of Gorgan University of Medical Science*. 2012;13(4):76-83[in Persian].
- Ghafouri M, Yaghubi M, Lashkardoost H, Sharifi SS. The prevalence of self medication among students of Bojnurd universities and its related factors in 2013. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014;5(5):1129-35[in Persian].
- Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. Knowledge, attitude and practice of self medication in Arak. *Journal of monitoring*. 2009;10(2):197-204[in Persian].
- Bagheri A, Abbaszadeh F, Eskandari N. Self-medication and Supplement Use by Pregnant Women in Kashan Rural and Urban Areas. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2014;24(114):151-7[in Persian].
- Purreza A, Khalafi A, Ghiasi A, et al. To Identify Self-medication Practice among Medical Students of Tehran University of Medical Science. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2013;8(4):40-6[in Persian].
- Abasiubong F, Bassey EA, Udobang JA, et al. Self-Medication: potential risks and hazards among pregnant women in Uyo, Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2013;13(1):1-13.
- Tabiei S, Farajzadeh Z, Eizadpanah A. Self-medication with drug amongst university students of Birjand. *Modern Care Journal*. 2012;9(4):371-8[in Persian].
- Patil SB, Vardhamane S, Patil B, et al. Self-Medication Practice and Perceptions Among Undergraduate Medical Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014;8(12): 20.
- Ali SE, Ibrahim MI, Palaian S. Medication storage and self-medication behaviour amongst female students in Malaysia. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2010;8(4):226-32.
- Ibrahim NK, Alamoudi BM, Baamer WO, Al-Raddadi RM. Self-medication with analgesics among medical students and interns in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. *Pakistan journal of medical sciences*. 2015;31(1):14.
- Donkor ES, Tetteh-Quarcoo PB, Nartey P, Agyeman IO. Self-medication practices with antibiotics among tertiary level students in Accra, Ghana: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(10):3519-29.
- Lv B, Zhou Z, Xu G, et al. Knowledge, attitudes and practices concerning self medication with antibiotics among university students in western China. *Tropical Medicine & International Health*. 2014;19(7):769-79.
- da Silva MGC, Soares MCF, Muccillo-Baisch AL. Self-medication in university students from the city of Rio Grande, Brazil. *BMC public health*. 2012;12(1):339.
- Lukovic JA, Miletic V, Pekmezovic T, et al. Self-Medication Practices and Risk Factors for Self-Medication among Medical Students in Belgrade, Serbia. *PloS one*: 2014;9(12):34-46.

17. Delshad Noghabi A, Darabi F, Baloochi Beydokhti T, et al. Irrational use of Medicine Status in Elderly Population of Gonabad. Quarterly of the Horizon of Medical Sciences. 2014;19(5):297-304[in Persian].
18. Ghaneie R , Hemmati Maslakkpak M, Baghi V. Self-medication in pregnt women. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2013;10(1):92-8[in Persian].
19. Amani F, Mohammadi S, Shaker A, Shahbazzadegan S. Study of Arbitrary Drug Use among Students in Universities of Ardabil City in 2010. Ardabil university of medical sciences. 2011;11(3):201-7[in Persian].
20. Kharghani Moghadam SM, Shojaeizadeh D, Mahmoudi M, et al. Effect of education based on health belief model to prevent the arbitrary use of the drug in women referring to Health Centers sabzevar city. Health Education supplement. 2013;9(14):1876-88[in Persian].
21. Soleimani Z, Momen-Heravi M, Esalatmanesh K. Self treatment of fever by antibiotic in febrile patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012;13(8):40-3[in Persian].
22. Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. Arak Medical University Journal. 2009;12(3):57-66[in Persian].
23. Sharifi M, Karimzadeh T, Mahyar A, et al. The use of non-prescribed antibiotic in diarrheal children by mothers in Qods children hospital (Qazvin). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2005;9(3):74-9[in Persian].
24. Shamsi M, A B. The Effect of Education on Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Woman Referring to Health Centers About Self-Medication in Arak City. Ofogh-e-DaneshGMUHS Journal. 2009;15(4):27-36[in Persian].
25. Shamsi M, A B. A survey of the Prevalence of Self-medication and the Factors Affecting it in Pregnant Mothers Referring to Health Centers in Arak city, 2009. Journal of Jahrom University of Medical Sciences 2010; 7(3):34-42[in Persian].
26. Karimy M, Heidarnia AR, F G. Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model. Arak Medical University Journal. 2011;14(5):70-8[in Persian].
27. Movahed E, Shojaeizadeh D, Zareipour M, Arefi Z. The Effect of Health Belief Model-Based Training on Self-Medication among the Male High School Students. Quarterly Research Health Education and community health. 2014 2(1):65-72[in Persian].
28. Niksadat N, Solhi M, Shojaezadeh D, Gohari M.R. Investigating the effect of education based on health belief model on improving the preventive behaviors of self-medication in the women under the supervision of health institutions of zone 3 of Tehran.Razi Journal of Medical Sciences 2013; 113(20):49-59[in Persian]
29. Ziai T, Ozgol G, Yaghmaei F, A. AB. The survey of knowledge, attitude and practice of pregnant women in self-medication during pregnancy in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of School of Nursing and Midwifery. 2008;62(18):39-5[in Persian].
30. Sahebi L, Seydi A, Amini S, Mousi K. Self-medication Status among referring patients to Tabriz pharmacies. Pharmaceutical Sciences Winter 2009;14(4):174-81[in Persian].