بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی ساوه

معاونت پژوهش

فرم پیش نویس طرح پژوهشی
(PROPOSAL)

عنوان طرح: الگوی خوددرمانی در زنان دارای کودک زیر۵سال و عوامل مرتبط با آن

نام و نام خانوادگی طرح دهندگان :محمود کریمی، مرضیه عربان

گروه:بهداشت عمومی

قسمت دوم - خلاصه مشخــصات طرح

عنــوان طرح : الگوی خوددرمانی در زنان دارای کودک زیر۵سال و عوامل مرتبط با آن

مدیر اجرایی طرح گـروه :ب. عمومی
محیط پژوهش : زرندیه مدت اجرا : یکسال

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح : امروزه مشخص شده است که ۶۷٪ بار بیماری ها در ایران به علت رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو هاست. نرخ مصرف خودسرانه دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. با توجه به گستردگی روز افزون دسترسی به انواع و اقسام داروها در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف داروها برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتا سالم و فعالی را داشته باشند لازم است دانش ،آگاهی و باورهای آنان برای رفتار شناخته شوند.
خوددرمانی یکی از مسایل مهم بهداشتی اجتماعی است که می تواند در بسیاری از موارد معضلات مهمی را برای فرد و جامعه ایجاد نماید از طرفی صاحب نظران عقیده دارند که زنان آگاهی لازم در زمینه عوارض مصرف خودسرانه داروها ندارند و شیوع خود درمانی در آنان بالا می باشد. درصد بسیاری از زنان از انواع و اقسام داروهای گیاهی و شیمیایی در هنگام بیماریهاتی مختلف یا حتی در دوران بارداری و شیردهی و یا مشکلات قاعدگی و انواع بیماریهای زنانه استفاده می کنند. خوددرمانی در 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، مراقبت و پرستاری از اعضای دیگر خانواده از اهمیت مضاعفی برخوردار می باشد. این مساله به ویژه در زنانی که دارای کودک زیر ۵ سال می باشد میتواند خطراتی را علاوه برمادر برای کودک هم ایجاد کند. با در نظر داشتن این نکته که مصرف خودسرانه داروها یک معضل بهداشتی- رفتاری می باشد لذا مطالعه حاضر را با هدف ارزیابی عوامل خطر مرتبط با خوددرمانی زنان انجام می دهیم به آن امید که نتایج حاصل از انجام این پژوهش دستاورد و انگیزه ای برای دست اندر کاران پرسنل بهداشتی جهت استفاده در امر آموزش هر چه مطلوب تر در این زمینه باشد.

خلاصه روش اجـرای طرح : پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد کهجامعه پژوهشـی آن زنـان متاهـل دارای فرزند زیر ۵ سال تحت پوشش شبکه بهداشت زرندیه می باشند که در سال ۱۳۹۷ در مراکز جامع سلامت شهرسـتان زرندیـه دارای پرونـده باشند.
در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بود، بدین ترتیب که در مرحلـه اول همـه مراکـز بهداشـتی درمانی شهری شهرستان به روش سرشماری انتخاب و در مرحله بعد با روش نمونه‌گیری طبقه ای و مشخص نمودن تعداد جمعیـت در هـر مرکز، حجم نمونه در هر مرکز به تناسب مشخص و در مرحله آخر نمونه‌گیری در هر مرکز به شیوه تصادفی ساده و بر اساس شماره پرونـده خانوار موجود در مرکز بهداشتی درمانی صورت خواهد گرفت تا تعداد نمونه مشخص شده در آن مرکز تکمیل خواهد شد.
اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های کتبی و به روش خود گزارش دهی تکمیل خواهد گردید. ابـزار گـردآوری اطلاعـات در ایـن مطالعـه پرسشنامه محقق ساخته بر اساس موضوع پژوهش و نظریه رفتار برنامه ریزی شده خواهد بود. بخـش اول شـامل مشخصـات دموگرافیـک، بخش دوم گویه های نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری و نیز چک لیسـت عملکـرد طراحـی خواهد شد.

خلاصه هزینه ها

هزینه پرسنلی	..... ریال	هزینه مسافرت	..... ریال
هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی	..... ریال	هزینه های دیگر	..... ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	..... ریال	جمع کل	..... ریال
هزینه وسایل غیر مصرفی	..... ریال		۵۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال

قسمت سوم- اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی طرح

توجه : چنانچه طرح دهنده بیش از یکنفر باشد لازم است هرکدام از ایشان بطورجداگانه این قسمت را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی طرح دهنده : محمود کریمی

رتبه علمی: استادیار

محل خدمت: ساوه

نشانی محل خدمت:

تلفن محل خدمت:

نشانی پست الکترونیک:

نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری:

درصورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشند جدول زیر را تکمیل نمایند

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار

درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی وتخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت

آیا تا کنون دوره های روش تحقیق را گذرانده اید؟ بلی -- خیر-- در صورت پاسخ مثبت، جدول زیر را تکمیل فرمایید.

سطح دوره ونوع آموزشهای ارائه شده	تاریخ	محل برگزاری دوره

سابقه طرحهای تحقیقاتی که طرح دهنده قبلا در آن همکاری داشته ویا هم اکنون درحال اجرادارد ، ذکر شود.

عنوان طرح	محل اجرا	مدت اجرا	وضعیت طرح	نوع همکاری	تعـــداد مقالـــه اســتخراج شــده در مجلات معتبر

مشخصات همکاران اصلی طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری (باید قید شود)

قسمت چهارم – اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

عنوان طرح به فارسی :

الگوی خوددرمانی در زنان دارای کودک زیر۵سال و عوامل مرتبط با آن

عنوان طرح به انگلیسی :

Prevalence and Risk factors associated with self-medication among women in Iran

بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح :

بیماری و سلامتی دو واژه ای هستند که قدمت آنها به تاریخ خلقت بشر بر می گردد و استفاده از دارو به اشکال مختلف نیز به عنوان یکی از راههای مبارزه با بیماری از گذشته مطرح بوده است به طوری که می توان گفت تاریخ پیدایش مواد دارویی همان اندازه قدیمی است که تاریخ به وجود آمدن انسان یعنی باید اظهار داشت از تاریخ پیدایش بشر این امر آغاز شده چون بیماریها از ابتدای خلقت با انسان همراه بوده اند(۱) . هر ماده شیمیایی که بر اعمال حیاتی موثر باشد دارو نامیده می شود و از نظر درمانی در واقع دارو به آن ماده شیمیایی گفته می شود که در پیشگیری ،تشخیص یا درمان بیماریها و اختلالات مختلف اعضای بدن به کار برده می شود و منظور از کاربرد آن کمک به بهبود یا تخفیف بیماری یا کاهش درد و ناراحتی بیمار است(۲). بررسیهای مختلف نشان داده که اکثر افراد جامعه آگاهی و باور لازم را در زمینه عوارض مصرف خودسرانه داروها ندارند(۳) محققان و متخصصان علوم بهداشتی و رفتاری از تئوریها و مدلهای مختلف برای شناسایی و تغییر باورها، اعتقادات و رفتار استفاده می کنند. امروزه با پیشرفتهای قابل توجهی که در زمینه های مختلف علمی به عمل آمده است شاهد دسترسی هر چه بیشتر افراد به داروهای مختلف می باشیم به طوری که این دسترسی راحت خود به عنوان یک پدیده اجتماعی زیانبخش یعنی استفاده نابه جا و بی رویه از دارو دامنگیر بشر گردیده است امروزه مصرف بی رویه دارو و به طور کلی خود درمانی از جمله بزرگترین مشکلات اجتماعی- بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران محسوب می شود به گونه ای که بررسیها نیز نشان می دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها همخوانی ندارد که این امر می تواند ناشی از خوددرمانی یا مصرف خودسرانه داروها در جامعه باشد(۳). خوددرمانی که به عنوان معمولی ترین فرم خود مراقبتی تلقی می شود عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر یا تشخیص توسط پزشک و نیز بدون نسخه یا نظارت درمانی است که شامل مصرف داروهای گیاهی یا صناعی می باشد(۴). *Paulo &, Zanini* نیز خوددرمانی را استفاده از یک ماده تولیدی برای درمان بیماری ، علایم بیماری ، پیشگیری از بیماری یا ارتقای سلامتی بدون تجویز یک متخصص تعریف کرده اند(۵). خود درمانی نه تنها در جامعه ما بلکه در جوامع دیگر نیز شایع است و عامل بروز عواقب زیادی می باشد یکی از علل مهم خود درمانی فرهنگ و تصور مردم از دارو است یعنی مردم میل دارند در موقع مراجعه به پزشک حتماً نسخه دارویی آنها هم به مقدار زیادی برای آنها نوشته شود البته مردم هم دلایلی از قبیل پرداخت وجه ویزیت و کرایه رفت و آمد، اتلاف وقت، بیکار شدن از شغل، وقفه در کار و..... را ابراز می دارند لذا اگر زمانی پزشکی اقدام به تجویز دارو برای بیمار ننماید به پزشک دیگر مراجعه نموده یا خود اقدام به مصرف دارو می نمایند که در این صورت زمینه مصرف خودسرانه و بی رویه دارو در کشور فراهم می آید(۶). از طرفی میزان متوسط اقلام تجویزی در نسخ پزشکان ایرانی ۳/۵ قلم دارو است که این مقدار بیش از کشورهای توسعه یافته است و اشاره به وضعیت نامطلوب تجویز دارو در کشور ما دارد (۳) گذشته ازاین وضعیت بسیاری از مردم علاوه بر داروهای تجویز شده به طور مستقیم به داروخانه ها مراجعه می نمایند و بر حسب تشخیص خود که اغلب غلط نیز می باشد برای پیشگیری و درمان بیماریها یا تقویت خود دارو تهیه و مصرف می کنند این امر موجب شده است که نزدیک به نیمی از داروهای مصرف شده بی مورد باشد متاسفانه در کشورهای در حال توسعه این سوء استعمال دارو ها ریشه ایی دیرینه دارد به طوری که داروی تهیه شده طبیعی (داروهای گیاهی یا سنتی) ریشه در مجموعه فرهنگ اجتماعی اکثر کشورهای در

حال توسعه دارد(۷). هر ساله درصد مهمی از بودجه های درمانی صرف تهیه و مصرف داروها می گردد به طوری که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی (*WHO*) تا ۴۰٪ هزینه های درمانی صرف داروها می شود (۸). مصرف دارو در کشور ما نیز طی سالهای اخیر مرتب سیر صعودی داشته و همچنان ادامه دارد به عنوان مثال کل مصرف دارویی کشور در سال ۱۳۵۶ معادل ۲۷ میلیارد ریال بوده که این رقم با رشد متوسط ۱۴٪ در پایان سال ۱۳۶۶ به رقم ۱۰۲ میلیارد ریال و در سال ۱۳۸۰ به ۳۵۰ میلیارد ریال بالغ گردیده است(۹). نشریه *Scrip* هم طی گزارشی در سال ۱۹۹۷ اعلام داشت که بیشترین فروش دو شرکت عمده دارویی ایران مربوط به عوامل ضد میکروب (با ارزش ۹۱ میلیون دلار) و سپس داروهای موثر بر *CNS* (با ارزش ۶۱ میلین دلار) و داروهای گوارشی (با ارزش ۳۵ میلیون دلار) بوده است همچنین این نشریه بیان می دارد 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 (۱۰) به گونه ای که می توان گفت ایران یکی از بزرگترین کشورهای مصرف کننده آنتی بیوتیک در جهان می باشد(۱۱) این در حالی است که امروزه گرایش بسیار قوی در محدود کردن استفاده از دارو در سطح بین المللی مشاهده می شود به طوری که تعداد اقلام دارویی تجویز شده به طور سرانه در اروپا در سال ۱۹۹۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ میلادی ۱۱٪ کاهش داشته است (۱۲) در حال حاضر این پدیده یعنی مصرف خودسرانه داروها باعث شده است عواملی مثل مقاومت باکتریایی ، عدم درمان بهینه ، مسمومیتهای ناخواسته و حتی عمدی ، آثار جانبی و عوارض ناخواسته و.... افزایش پیدا کند (۱۳) خطر عمده دیگر آن که دسترسی آسان به دارو موجب گردیده تا در خودکشی هم داروها نقش اول را داشته باشند (۱۴) علاوه بر اینها مصرف خودسرانه داروها منجر به اختلال در بازار دارویی ، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه می گردد (۱۵).

البته امروزه شاهد تلاشها و فعالیتهای زیادی به منظور ارتقای کیفیت سیستم دارویی و عرضه دارو در جوامع مختلف و از جمله در ایران هستیم لیکن علیرغم این تلاشها کشور همچنان از مساله مصرف بی رویه دارو رنج برده و به علت استفاده نابه 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 محسوس تر است که معلوم شود بسیاری از مصارف دارویی خودسرانه بوده است به عنوان مثال آسپرین که یک داروی مسکن و برطرف کننده تب و درد در برخی از بیماریها و در مجموع بیشتر برای از بین بردن دردهای ضعیف تا متوسط به کار می رود متعاقب مصرف خودسرانه عوارض احتمالی زیادی را به دنبال دارد که از میان آنها می توان به تهوع، سوء هاضمه ، ناراحتی معده، بی اشتهایی ، سردرد، حالت منگی، کوتاه شدن میدان دید ، ازدیاد ضربان قلب ، اسهال، التهاب پوستی و خونریزیهای نهفته اشاره نمود(۱۶). داروهای آرامبخش نیز که به وفور به صورت خودسرانه مصرف می شوند دارای عوارضی همچون نقصان فشار خون ، نازایی ، ضعف عمومی ، یبوست، یرقان و کاهش گلبولهای سفید می باشد از دیگر داروهایی که به صورت خودسرانه استفاده می شوند آنتی بیوتیکها هستند که کم ضررترین آنها پنی سیلین دارای عوارضی چون تظاهرات آلرژی پایدار و حتی مرگ می باشد(۱۷) از طرف دیگر گرچه بسیاری از داروهای گیاهی مورد استفاده به طور سنتی مفید هستند اما این فراورده ها نیز ممکن است حاوی ترکیبات سرطانزا یا مواد سمی دیگر باشد به طوری که کاربرد خودسرانه این داروها ممکن است سبب به تاخیر افتادن و طولانی تر شدن بیماری گردد(۱۸) در همین خصوص در اوایل دهه ۱۹۹۰ چندین بیمار مبتلا به نارسایی کلیوی در بیمارستانهای بروکسل بستری شدند که علت بستری شدن آنان نیز نارسایی کلیوی در نتیجه استفاده خودسرانه از یک فراورده لاغر کننده گیاهی بود به طوری که حداقل ۳۰ نفر مبتلا به نارسایی دایمی کلیه شدند (۳).

با در نظر گرفتن موارد فوق 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 می باشد به طوری که می توان گفت حتی رخداد بارداری در زنان واقعه ای است که به راحتی می تواند مصرف دارو و مواد شیمیایی را در آنان افزایش دهد و این در حالی است که مصرف خودسرانه داروها در این دوران مسئول بیش از ۳٪ موارد ناهنجاریهای مادرزادی می باشد از این رو تولد یک نوزاد ناهنجار می تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی شدیدی را برای فرد و جامعه ایجاد کند (۱۹).

مطالعات مختلف نشان داده اند زنان تمایل ویژه ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می دهند و معمولاً به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون دیسمنوره، رفع علایم منوپوز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی از داروها استفاده می کنند به عنوان مثال بیش از ۷۰٪ از زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونتهای قارچی واژینال می شوند که در ۵۰٪-۴۰٪ از این زنان این عفونتها در طول عمر گرایش به عود مجدد نشان می دهند که تمام این عوامل می تواند زمینه ساز خوددرمانی در زنان باشد (۲۰) به طوری که در مطالعه ای که توسط سازمان بهداشت ملی آمریکا صورت گرفت بیان شد که زنان باردار در طی دوران بارداری بیش از ۹۰۰ نوع دارو مصرف می کنند و فقط ۲۰٪ از زنان در این دوران از دارو استفاده نمی کنند و این در حالی است که حتی تراتوژن بودن تعداد کمی از داروها که به طور شایع در دوران بارداری مصرف می شود ثابت شده است (۲۱) از طرفی بسیاری از مطالعات نشان داد ه اند که زنان تمایل ویژه ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می دهند و معمولا به طور مکرر بر ای درمان مشکلاتی
همچون قاعدگی دردناک، رفع علایم یائسگی، اختلالات قاعد گی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران باردا ری و شیردهی از داروها استفاده می کنند؛ به عنوان مثال بیش از ۷۰ درصد از زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونتهای قارچی وا ژینال می شوند که در ۴۰ تا ۵۰ درصد از این زنان این عفونت ها در طول عمر گر ایش به عود مجدد نشان می دهند که تمام این عوامل می توانند زمینه ساز خود درمانی در زنان باشند(۲۲). مطالعه *Combest*در آمریکا نشان دادکه۴۲درصد مردم از خود درمانی استفاده می کنند (۲۳) به خصوص اگر بارداری به صورت ناخواسته اتفاق افتاده باشد و مادر از آن اطلاعی نداشته باشد ممکن است به مصرف خودسرانه دارو ادامه دهد(۲۴) علاوه بر این بسیاری از زنان باردار نیز با این تصور که درمانهای طبیعی اختلال آفرین نیستند و عوارضی برای مادر و جنین در بر ندارند اقدام به خود درمانی با ترکیبات گیاهی می کنند در حالی که نتایج برسی *leunge* مشخص نموده که تفاوتی بین میزان ایجاد ناهنجاری جنینی توسط داروهای گیاهی و شیمیایی وجود ندارد(۲۵) به طوری که بر اساس نتایج برخی از مطالعات مصرف خودسرانه برخی از گیاهان دارویی در طی بارداری می تواند موجب انقباض رحم شود به طوری که نتایج مطالعه *strandberg* نشان داد که این امر می تواند شانس زایمان زودرس را ۲ تا ۳ برابر افزایش دهد و یا موجب سقط و ناهنجاری جنین شود(۲۶) همچنین مصرف برخی از داروها در دوران شیردهی میتواند از طریق تغییر در ترکیب شیر مادر باعث ایجاد مشکلاتی در نوزاد شود به طوری که حتی مصرف خودسرانه کدئین در دوران شیردهی می تواند باعث بروز مشکلاتی همچون سستی و ضعف عمومی ، خواب آلودگی ، سختی در تنفس نوزاد و... شود(۳).

خوددرمانی که با مفهوم خود مراقبتی تفاوت دارد، رفتاری است که طی آن شخص سعی می کند بدون کمک و نظر افراد حرفه ای، بیماری یا مشکل سلامت خود را برطرف نماید(۳۰). خود درمانی می تواند به اشکال مختلف نظیر به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر یا تشخیص پزشک و نیز مصرف داروها بدون نسخه یا تجویز متخصص انجام شود(۲۱)استفاده از داروهای تجویز شده قبلی در موارد مشابه(۴)تقسیم داروهای تجویز شده برای یک نفر بین اعضای خانواده و آشنایان، استفاده از داروهای اضافی باقیمانده در منزل(۳)

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(۵).مصرف خود سرانه دارو یکی از مشکلات حاد بهداشتی است (۶)این پدیده باعث عواملی همچون افزایش سرانه مصرف دارو، مقاومت دارویی ،عدم درمان بهینه ، مسمومیتها ، عوارض ناخواسته و ... می شود (*Askarian*)مطالعات نشان داده که مصرف خودسرانه داروها مسئو ل بیش از ۳ درصد از ناهنجاریهای مادرزا دی است(۸) علاوه بر این ها مصرف خودسرانه داروها منجر به اختلال در بازار دارویی ، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه می گردد (۳۵).

). امروزه مشخص شده است که ۶۷ ٪ بار بیماری ها در ایران به رعایت نکردن الگوی صحیح تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو بر می گردد. نرخ مصرف خودسرانه دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. بر اساس تحقیقات انجام شده، هر ایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می کند که ۲ تا ۴ برابر بیش از استاندارد جهانی است (۳۶، ۳۹). با توجه به گستردگی روز

افزون دسترسی به انواع و اقسام داروها در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف داروها برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتا سالم و فعالی را داشته باشند لازم است دانش ،آگاهی و باورهای آنان برای تغییر رفتار شناخته شوند(۱۵). همانطور که ذکر شد خوددرمانی یکی از مسایل مهم بهداشتی اجتماعی است که می تواند در بسیاری از موارد معضلات مهمی را برای فرد و جامعه ایجاد نماید از طرفی صاحب نظران عقیده دارند که زنان آگاهی لازم در زمینه عوارض مصرف خودسرانه داروها ندارند و همچنین با توجه به گستردگی روز افزون دسترسی به انواع و اقسام داروها در جامعه و نقش مستقیم فرد در انتخاب و مصرف داروها برای این که افراد بتوانند عمر طولانی و زندگی نسبتا سالم و فعالی را داشته باشند لازم است دانش و آگاهی کافی را برای تغییر رفتار به دست آورند در راستای حصول به چنین هدفی تحقیقات نشان می دهند که شناخت عوامل موثر در تغییر رفتار دستیابی به تغییر را آسان خواهد کرد بنابر این آموزش بهره گیری استفاده صحیح از داروها و عدم خود درمانی نیز با استفاده از الگوهایی که عوامل موثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می کنند ضروری می باشد بدین منظور محققان از مدلها برای تغییر رفتار کمک گرفته اند که یکی از این مدلهای موثر در آموزش بهداشت نظریه رفتار برنامه ریزی شده می باشد مدل رفتار برنامه ریزی شده

در سال ۱۹۸۸ آجزن با اضافه کردن عامل کنترل رفتاری درک شده ۱ به مدل عمل منطقی و بسط آن مدل رفتار برنامه ریزی شده را معرفی کرد(۶۳). این مدل از نگرش۲، هنجارهای انتزاعی۳، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار تشکیل شده است. این مدل وقوع یک رفتار ویژه را پیش بینی می کند؛ مشروط بر اینکه فرد قصد انجام آن را داشته باشد.

طبق این مدل، قصد انجام یک رفتار توسط سه عامل پیش بینی می شود(۶۳):

فرد دیدگاه مثبتی نسبت به انجام رفتار داشته باشد(نگرش).

فرد احساس کند برای انجام دادن رفتار تحت فشار اجتماعی می باشد(هنجار های انتزاعی).

فرد احساس کند قادر است رفتار را انجام دهد (کنترل رفتاری درک شده)

از طرفی مطالعات در کشور ما نشان دهنده شیوع بالای خود درمانی در زنان می باشد به طوری که نتایج حاصل از این مطالعات حاکی از این هستند که درصد بسیاری از زنان از انواع و اقسام داروهای گیاهی و شیمیایی در هنگام بیماریهاتی مختلف یا حتی در دوران بارداری و شیردهی به دلایل مختلف از جمله بیماریهای شایع (سرما خوردگی و سردرد و...) و یا مشکلات قاعدگی و انواع بیماریهای زنانه استفاده می کنند و با در نظر داشتن این نکته که مصرف خودسرانه داروها یک معضل بهداشتی- رفتاری می باشد لذا مطالعه حاضر را با هدف ارزیابی عوامل خطر مرتبط با خوددرمانی زنان انجام می دهیم به آن امید که نتایج حاصل از انجام این پژوهش دستاورد و انگیزه ای برای دست اندر کاران پرسنل بهداشتی جهت استفاده در امر آموزش هر چه مطلوب تر در این زمینه باشد.

---

[1] *Perceived Behavior Control*

[2] *Attitude*

[3] *Subjective norms*

سابقه طرح و بررسی متون :

بیاتی و همکاران پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان بررسی عوامل موثر بر فرهنگ مصرف بی رویه و خودسرانه دارو در بین مراجعین بدون نسخه به داروخانه های سطح شهر اراک در پاییز ۱۳۷۵ انجام داده اند در این مطالعه بیشترین درخواست برای خرید دارو بدون نسخه آنتی بیوتیکها(۲۵٪) بودند علت عدم مراجعه به پزشک را ۳۰٪ مراجعین دسترسی سریعتر و آسان تر به دارو را عنوان کرده بودند همچنین ۷۰٪ افراد نگهداری دارو در منزل را یک ضرورت می دانستند(۳۳).
عباسی و همکاران در پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان بررسی وضعیت خود درمانی در شهر ایلام در سال ۸۲ وضعیت خود درمانی افراد این شهر را مورد پژوهش قرار داده اند در این تحقیق زنان داروها را درست تر و کامل تر از مردان و بروشورهای دارویی را بیشتر از مردان مطالعه کرده بودند با این وجود میزان خود درمانی در زنان ۱۷/۴٪ و در مردان ۱۴/۶٪ بود و در کل جمعیت این مقدار ۱۶٪ ذکر شده بود (۳۴).
رخشانی و همکاران نیز پژوهشی مقطعی با عنوان بررسی رفتار خود مصرفی دارو در شهر زاهدان انجام داده اند در این پژوهش ۱۹۷ نفر (۸۳٪) از میزان مصرف دارو آگاهی داشتند و ۴۰ نفر یعنی ۱۷٪ در این زمینه اظهار بی اطلاعی نموده بودند. ۸۰٪ افراد نیز در صورت بروز علایم ساده ایی نظیر سرما خوردگی شروع به مصرف داروها بدون تجویز پزشک کرده بودند پس از سرما خوردگی سردرد و سرفه به ترتیب با ۵۶٪ و ۴۳٪ بیشترین میزان خود مصرفی دارو را دارا بودند(۳۵) .
مقدم نیا و همکاران نیز پژوهشی مقطعی را با عنوان خود درمانی هنگام بروز سرماخوردگی در افراد ۱۵ تا ۴۵ سال شهرستان بابل انجام داده اند میزان خود درمانی در جامعه شهری ۶۴٪ و روستایی ۵۲٪ و در مجموع ۵۹٪ بوده است.۳۰٪ از افراد به هنگام سرما خوردگی به پزشک مراجعه کرده بودند. در این پژوهش مردان و زنان شهری به ترتیب ۶۵٪ و ۶۳٪ و مردان و زنان روستایی به ترتیب ۵۳٪ و ۵۲٪ اقدام به خود درمانی کرده بودند (۳۶).
آصف زاده و همکاران نیز پژوهشی توصیفی با عنوان شیوع خود درمانی در بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی قزوین انجام داده اند بر اساس این پژوهش ۸۳٪ کل افراد مورد بررسی خود درمانی کرده بودند شایع ترین شکل داروی مصرفی در آنها قرص ۴۱٪ بوده است. شایع ترین علل خود درمانی به ترتیب مهم تلقی نکردن بیماری ۳۰٪ و گرانی حق ویزیت ۱۴٪ بود ۲۱٪ از افرادی که خود درمانی کرده بودند از داروهای سنتی و ۳۹٪ هم از داروهای سنتی و شیمیایی استفاده کرده بودند (۳۷).
باقیانی مقدم و همکاران نیز پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یزد نسبت به خود درمانی انجام داده است در این پژوهش بیش از ۸۳٪ از دانشجویان مورد بررسی مصرف خود سرانه دارو داشتند که مصرف ۱۸٪ از آنان زیاد برآورد شد میانگین امتیاز نگرش و عملکرد مصرف خود سرانه دارو در پسران بیشتر از دختران بود همچنین خود مصرفی دارو در کسانی که مبتلا به بعضی از بیماریهای خاص بودند بیشتر بود (۳۸).
سید جوادی در مطالعه ایی توصیفی با عنوان آگاهی خانمهای باردار نسبت به مصرف دارو در دوره حاملگی که بر روی تمام خانمهای باردار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان کوثر قزوین (۴۰۰ نفر) به شیوه سرشماری انجام داده است بیان می دارد که در بین این خانمها ۵/۴٪ قبل از بارداری بدون تجویز پزشک دارو مصرف می کردند ۶۱/۵٪ از خانمها طی بارداری با تجویز پزشک دارومصرف می کردند و ۹/۶٪ نیز بدون تجویز پزشک دارو مصرف می کردند ۷۴/۳٪ از خانمهایی که دارو مصرف می کردند از عوارض دارو آگاهی نداشتند از بین کسانی که آگاهی داشتند بیشترین طریق کسب اطلاعات ۶۳/۳٪ پزشک بود (۳۹).
سرشتی و همکاران نیز مطالعه ایی توصیفی مقطعی با عنوان میزان مصرف داروهای گیاهی در زنان باردار شهر کرد انجام داده اند در این پژوهش محققین بیان می دارند که تنها ۱۵٪ از افراد مورد مطالعه معتقد بودند مصرف خود سرانه گیاهان دارویی در طی بارداری مضر است. ۵۶٪ ا ز افراد داروهای گیاهی را به صورت خودسرانه استفاده کرده بودند (۴۰).
صومی و همکاران نیز پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان خوددرمانی در ساکنین منطقه شمال غرب تبریز انجام داده اند در این پژوهش ۳۱٪ افراد در بیش از نیمی از موارد با استفاده از داروهای موجود در منزل هنگام احساس کسالت و بیماری به خود

درمانی مبادرت نموده بودند. مهمترین دلیل خود درمانی در ۷۹٪ موارد عدم احساس ضرورت برای مراجعه به پزشک بوده است. (۴۱).

سپهری و همکاران نیز پژوهشی با عنوان بررسی میزان آگاهی بیماران مراجعه کننده به داروخانه های شهر کرمان پس از دریافت دارو در مورد نحوه مصرف داروهای تجویز شده انجام داده اند. اکثر بیماران مراجعه کننده به داروخانه های شهر کرمان آگاهی کاملی از نحوه مصرف صحیح دارو نداشتند بدین ترتیب که آگاهی کامل از دوز دارو ۳۲٪، زمان مصرف دارو ۲۲٪، فواصل مصرف دارو ۲۶٪، راه مصرف ۹۳٪ و طول مدت مصرف دارو ۵۸٪ بوده است (۴۲).

رمضان زاده و همکاران نیز پژوهشی توصیفی با عنوان فراوانی مصرف داروهای غیر مجاز و مواد مخدر در سه ماهه اول بارداری در شهر تهران در سال ۱۳۸۰ انجام داده اند. اطلاعات حاصل از انجام این پژوهش نشان داده بود که ۵/۲۹٪ از مادران مورد مطالعه در سه ماهه اول بارداری به طور خودسرانه دارو مصرف کرده بودند که ۰/۹٪ آنها یکی از داروهای مجاز و ۵/۲٪ آنها یکی از داروهای غیر مجاز را مصرف نموده بودند و بیشترین درصد مصرف داروهای خودسرانه ۳۲٪ مربوط به استامینوفن بوده است همچنین ۰/۹٪ از مادران مورد مطالعه در سه ماهه اول بارداری از ماده مخدر و ۰/۲٪ از آنان الکل مصرف کرده بودند . (۴۳).

دیناروند و همکاران نیز پژوهشی مقطعی با عنوان بررسی وضعیت تجویز و مصرف دارو در شهر تهران در سال ۱۳۷۷ انجام داده اند یافته های حاصل از این مطالعه نشان داده بود که متوسط اقلام دارویی در هر نسخه ۳/۶ بوده است که با انجام آزمون *ANOVA* متوسط اقلام هر نسخه در مناطق مختلف شهر تهران اختلاف معنی داری را نشان داده بودند. در این پژوهش تنها ۵۹٪ از مراجعین به داروخانه های روزانه از مقدار مصرف دارو آگاهی داشتند این میزان برای داروخانه های شبانه روزی فقط ۲۰٪ بود(۴۴).

هاشمی و همکاران پژوهشی توصیفی مقطعی را با عنوان بررسی داروهای مانده مصرف نشده خانوارهای شهر یاسوج در سال ۱۳۷۹ انجام داده اند. یافته های این مطالعه نشان داده بود که ۸۳٪ ازخانوارها در منزل دارو نگهداری می کنند و میانگین تعداد دارو در هر خانوار ۱۱/۰۲ قلم دارو به ارزش ریالی ۱۳۵۸۰ بوده است در میان داروهای تاریخ دار مانده مصرف نشده بیشترین اشکال درویی به ترتیب قرص ، کپسول، شربت و آمپول بودند. (۴۵).

دوستدار صنایع و همکاران نیز پژوهشی توصیفی تحلیلی با عنوان بررسی الگوی مصرف دارو و تغییرات آن در سه ماهه اول بارداری انجام داده اند در این مطالعه ۳۱٪ از موارد مصرف دارو در قبل از بارداری به صورت خود سرانه بود که اکثر داروها (۸۰٪) را ضد دردها و تب برها تشکیل می دادند (۴۶).

معتمدی و همکاران نیز پژوهشی مقطعی را با عنوان بررسی میزان آگاهی ماماهای شهر کرمان از مصرف دارو در دوران بارداری و شیردهی انجام داده اند . منبع اطلاعات افراد در این پژوهش به شرح زیر بود: ۸۷٪ دوره های آموزشی، ۳۷٪ کتب علمی، ۷٪ نشریات،۵٪ دوره های باز آموزی، ۵٪پرسیدن از همکاران، ۵/۸٪ رادیو و تلویزیون اشاره نموده بودند. (۴۷) .

در زمینه کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در بررسی وضعیت خوددرمانی در هیچ یک از گروههای سنی و جنسی در داخل و خارج از ایران پژوهشی یافت نشد با این وجود کاربرد این مدل در سایر پژوهشهای مشابه به قرار زیر می باشد:

در زمینه کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی خسروی و همکاران پژوهشی مقطعی- تحلیلی را با عنوان تعیین آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در مورد اکستازی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۸۵ انجام داده اند میانگین نمرات کسب شده در سطوح مختلف عملکرد اختلاف معنی داری نداشت در مورد راهنمای عمل در این مطالعه بر اساس نظر افراد شرکت کننده در مطالعه تلویزیون مهم ترین وسیله مورد استفاده برای آموزش در مورد اکستازی بوده است. پژوهشگر بیان می دارد که بر اساس این مطالعه و با توجه به رابطه معنی دار حساسیت درک شده با عملکرد بایستی برنامه های آموزشی در جهت بارور نمودن ذهن جوانان نسبت به حساسیت درک شده ایجاد شود(۴۸).

شریفی راد نیز پژوهشی مداخله ای با عنوان بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیشگیری کننده از کشیدن سیگار در دانش آموزان اول دبیرستان انجام داده است. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره

اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت، منافع درک شده و راهنماهای عمل و عملکرد در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل افزایش معنی داری پیدا کرده بود. یافته های این تحقیق نشان داده بود که با افزایش میانگین نمره اجزای مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت، منافع درک شده میانگین نمره اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده از کشیدن سیگار هم افزایش پیدا می کند لذا نتایج این تحقیق تاثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده از کشیدن سیگار تایید می کند(۴۹).

محبی در یک پژوهش نیمه تجربی تاثیر آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی را بر مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی نموده است که نتایج حاصل از پژوهش وی نشان می دهد که هر چه آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده بالاتر رفته بود مراقبت از پا نیز بیشتر انجام شده بود (۵۰). همچنین تاثیر آموزش بر اساس این مدل بر روی رفتارهای تغذیه ای افراد دیابتی توسط کامرانی مورد بررسی قرار گرفته است که پژوهش وی نیز حاکی از اثربخشی این مدل در اتخاذ رفتارهای تغذیه ایی مناسب توسط بیماران دیابتی نوع ۲ بوده است (۵۱).

مطالعه سعیدی نیز با عنوان بررسی تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده دختران دانش آموز در خصوص بیماری پوکی استخوان در شهرستان گرمسار نشان داد که میانگین نمره آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای بهداشتی در دانش آموزان گروه مدل اعتقاد بهداشتی در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی داری افزایش یافته است که این یافته ها کارایی این مدل را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده تایید می کند(۵۲). کاربرد دیگری از مدل اعتقاد بهداشتی توسط غفرانی پور در زمینه پیشگیری از تب مالت بوده است که در این مطالعه نیز آزمونهای آماری تفاوت معنی داری را در قبل و بعد از آموزش نشان می دهند که این امر حاکی از کارایی این مدل در این زمینه بوده است(۵۳) به طریقی مشابه در زمینه بررسی نیازهای بهداشت باروری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین سمیر نشان داده است که افزایش آگاهی و تغییر نگرش دانشجویان و معنی دار شدن تفاوت آنها قبل یا بعد از آزمون نشانگر اثر گذاری این مدل در این مورد است(۵۴).

Junko Okumura و همکاران نیز پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان مصرف دارو و خود درمانی در جوامع روستایی ویتنام انجام داده اند . به طور کلی میزان خود درمانی در افراد مورد مطالعه ۲۹/۸٪ گزارش شده بود از کل ۹۶ نوع آنتی بیوتیک مختلف (در اصطلاح انواع ژنریک) ۷۶ نوع از آنها در خانه نگهداری شده بودند این آنتی بیوتیکها عمدتاً برای پیشگیری از بیماریهایی همچون سرما خوردگی و اسهال در منزل ذخیره شده بودند در مجموع میزان خود درمانی با نگهداری داروها در منزل افزایش پیدا کرده بود. (۵۵).

Shankar و همکاران نیز پژوهشی با عنوان خود درمانی و استفاده از داروها بدون تجویز پزشک در شهر پوکارا در غرب نپال انجام داده اند در این تحقیق در کل میزان خود درمانی در جمعیت مورد مطالعه ۵۹٪ بود به طوری که افراد شهر نشین ۶۵٪ ، روستاییان۵٪ ، مردان ۶۴٪ و زنان ۴٪ اقدام به خود درمانی کرده بودند.خود درمانی در سنین کمتر از ۴۰ سال بیشتر از سایر سنین بوده است. (۵۶). *Jose.Pagan* و همکاران نیز مطالعه ایی با عنوان خوددرمانی و پوشش خدمات بیمه بهداشتی درمانی در مکزیکو انجام داده اند. در این پژوهش ۱۱٪ از افراد به هنگام بیماری به پزشک مراجعه کرده بودند ۵٪ افراد نیز اقدام به مصرف خودسرانه داروها کرده بودند (۵۷).

Ausra و همکاران نیز پژوهشی در زمینه خوددرمانی با آنتی بیوتیک در لیتوانی انجام داده اند نتایج این پژوهش نشان داده بود۵۳٪ از پاسخ دهندگان از آنتی بیوتیکها به صورت خودسرانه در طی ۱۲ ماه گذشته استفاده کرده بودند در این مطالعه زنان تمایل بیشتری برای استفاده خودسرانه از آنتی بیوتیکها داشتند به طوری که زنان ۳۰٪ و مردان ۱۷٪ با استفاده از آنتی بیوتیکها خوددرمانی کرده بودند. (۵۸) .

Sinikka و همکاران نیز پژوهشی با عنوان خود درمانی با داروهای ضد قارچ واژینال بر اساس تجارب پزشکان و زنان در فنلاند انجام داده اند نتایج این مطالعه نشان داده بود که میانگین سن زنان استفاده کننده از داروهای ضد قارچ ۳۵ سال با طیف ۱۵ تا

۷۷ سال بوده است زنان از تمام طبقات اجتماعی بر مبنای سطح تحصیلات آنها انتخاب شده بودند. تقریباً تمام زنـان از داروهـای ضد قارچ واژینال استفاده کرده بودند که از بین آنها ۴۴٪ به صورت خودسرانه بوده است (۵۹).

Patricia و همکاران پژوهشی در زمینه بررسی وضعیت خوددرمانی در اسپانیا انجام داده اند بـیش از نیمـی از شـرکت کننـدگان حداقل یک عارضه و ۲۴٪ هم حداقل دو عارضه را در زمینه خوددرمانی گزارش کرده بودنـد شـرکت کننـدگان معمـولاً داروهـای خود را از منابع زیر تهیه می کردند داروخانه ها ۸۸٪ و سوپرماکتها ۶٪ . نزدیک بـه نیمـی از شـرکت کننـدگان (۴۶٪) اطلاعـات دارویی خود را از پزشکان کسب می کردند و ۴۱٪ برچسبهای دارویی را می خواندند تعداد کمی ۴٪ تلویزیون را بیان کرده بودنـد و ۳٪ دوستان و کمتر از ۳٪ مجلات مقالات و آگاهیها را بیان کرده بودند (۶۰).

تعاریف واژه ها یا مخفف هایی که باید توضیح داده شوند:

خود درمانی(Self medication) :

تعریف نظری: خود درمانی یا مصرف خودسرانه داروها عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو بدون استفاده از نظر یا تشخیص پزشک و نیز بدون نسخه یا نظارت درمانی است که شامل مصرف داروهای گیاهی و شیمیایی می باشد (۳و۴)

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از خوددرمانی استفاده از هر گونه دارویی (چه شیمیایی یا گیاهی) به هر تعداد و مدتی که توسط مادران بدون تشخیص یا تجویز پزشک مصرف شود.

تئوری(*Theory*)

تعریف نظری: مجموعه ای از اصول و مفاهیم که برای پیش بینی و بیان یک پدیده، مانند رفتار انسان، به کار می رود،مجموعه ای ادغام یافته از فرضیات که قصد دارد درک عمیق تری از یک فلسفه ارایه دهد و اساسی برای بیان رویدادهای خاص زندگی فراهم نماید(۴۵-۴۷) (۶۲).

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از تئوری ،تئوری رفتار برنامه ریزی می باشد.این نظریه شکل گسترش یافته ای از نظریه عمل منطقی است،که نگرشهای یک شخص نسبت به یک رفتار را ترکیب می کند.

نگرش(*Attitude*):

تعریف نظری: احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هر گونه رفتار معین(۴۵-۴۷)

تعریف عملی: در این مطالعه نگرش عبارتست از باور فرد نسبت به دخانیات که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

هنجارهای انتزاعی(*Subjective norms*):

تعریف نظری: عبارتست از برداشت شخصی فرد از فشارهای اجتماعی و یا به عبارتی درک فرد از انتظارات دیگران(۶۱).

تعریف عملی: در این مطالعه هنجارهای انتزاعی عبارتست از برداشت نوجوان از نظرات والدین، همسالان ، معلمین و سایرین مهم در مورد مصرف دخانیات که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

کنترل رفتاری درک شده(*Precived behaviour control*):

تعریف نظری:یعنی درجه ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می باشد(۶۱) (۶۲)**تعریف عملی**: در این مطالعه، میزان باور فرد در مورد توان او برای عدم مصرف (مقاومت در برابر تعارف مصرف) سیگار است که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

آگاهی (Knowledge):

تعریف نظری : تحصیل و جمع آوری اطلاعات در مغز به منظور استفاده از آنها و یا ضبط این اطلاعات آگاهی نامیده می شود(۳۲).

تعریف عملی : میزان اطلاع و دانش افراد در خصوص مصرف خودسرانه داروها که با توجه به پاسخ سوالات مورد سنجش قرار می گیرد.

۱۹-فهرست منابع مورد استفاده به ترتیب ورود در متن (بیان مسأله، بررسی متون، ...) بر اساس الگوی ونکور :

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.8 edition، Pergamon press، 1991:pp:1640-1649

۳- فصلنامه پژوهشی دارویی ندای محیا. سال اول، پاییز ۱۳۸۶،شماره اول،ص ۳۵-۱۴.

۴- امید بیگی رضا. کشت گیاهان دارویی و نکات مهم پیرامون آن. ماهنامه دارویی رازی ، مرداد ۱۳۷۳،سال پنجم، شماره ۷، ص ۴۰-۲۴

5. Paulo LG, Zanini AC.Automedicin on Brasil,Rev Assoc Med Bras .1988;34:69- 75

۶) پرور غلامرضا، محلاتی وحید، منتصری علیرضا. نگاهی به وضعیت دارویی سال ۱۳۷۶. ماهنامه دارویی رازی ، مهر ۱۳۷۷، سال نهم، شماره ۹،ص ۷۳-۷۰

۷) فرخ سیر مرتضی، ثمر گیتی، برزی مجید. داروها و خطرات ناشی از آن . انتشارات دارو پخش ، چاپ اول، تهران ،سال ۱۳۶۹،ص ۲۰-۱۵

8) World Health Organization. The world drug situation، Genevar: World Health Organization: 1988:110-120

۹)شعبانی احمد. نگاهی دوباره به نظام دارویی ایران. ماهنامه دارویی رازی، شهریور ۱۳۷۳، سال پنجم، شماره ۸، ص:۶۲-۶۰

10)IRID: Iranian Pharma market S400 Million ، Scrip، 1997:2272(3):17.

۱۱) معتمدی هدایت. شناخت و کاربرد آنتی بیوتیکها . چاپ اول ، تهران ، مرکز آموزشی پژوهشی نزاجا، ۱۳۷۵،ص ۱۴-,۱۲

۱۲) سلیمانی اصل حسین، خاتمی مقدم مهدی، پوررضا اکبر. نگاهی به نسخه نویسی در جنوب تهران . ماهنامه دارویی رازی، زمستان ۷۶، سال۸، شماره ۲۸،ص ۶۸-,۶۰

۱۳) پورغلامی علیرضا. آشنایی بیشتر با دارو . مجله رازی ، شهریور ۷۲، سال چهارم ، شماره ۸،ص ۳۴-,۲۷

۱۴) بیلی لیلا. تجویز مطمئن تر داروها. چاپ اول انتشارات آدینه ، ۱۳۶۸،ص ,۱۱

۱۵) صدیقی ژیلا، ضیایی سید عباس. طب گیاهی ، بینش و عملکرد در جمعیت شهر تهران. فصلنامه گیاهان دارویی ، زمستان ۸۳، سال ۴، شماره ۱۲،ص: ۶۷-,۶۰

۱۶) رضوی زند غلامرضا. مسمومیت حاد با استامینوفن. ماهنامه دارویی رازی ، اردیبهشت ۷۳، سال ۵، شماره ۴، ص ۲۷-۲۵.

۱۷- مصطفوی سید جواد. دارو مساله پزشکی قرن،چاپ اول ،انتشارات کیهان تابستان ۶۷،ص ۲۰-۱۰

۱۸- آئینه چی یعقوب . مفردات گیاهان پزشکی و گیاها ن دارویی ایران چاپ اول ، انتشارات دانشگاه تهران ، سال ۱۳۶۵، ص,۱۰۸

19) Heffner CR، Reiff E، Ephross SA. Monitoring peregnancy outcome after prenatal drug exposure through prospective pregnancy. Am J Obsetet Gynecol 2000. 182(5): 159-163.

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

21) Vega WA. Prevalence and magnitude of prenatal substance exposures in California .N Engl J Med 1993:329:850.

۲۲) شفیعی معصومه. عوارض دارو در دوران بارداری . مجله نبض، تابستان ۷۴، سال ۴، شماره اول،ص۵۱-۴۴.

23) Geradg BR، Rogerk FR. Droges in pregnancy and lactation . Pennsylvania، Media 1998:23(14):190-204.

24) Jimenez E، Bosch F، Lopez A. Patterns of regular drug use in Spanish child bearning women. Eur J Clin pharmacol 1998:54:645-651.

25) Leung K.Y., Lee Y.P., Chan H.Y., Lee C.P., Tang M. H. Are herbal medicinal products less teratogenic than Western pharmaceutical products. Acta Pharmacol Sin. 2002;23(12):1169-72.

26) Strandberg T.E., Jarvenpaa A.L., Vanhanen H., McKeigue P.M. Birth outcome in relation to licorice consumption during pregnancy. Am J Epidemiol. 2001; 153(11):1085-8.

27) .Mycek M.J.,Harvey RA.Illustrated reviews pharmacology ;Philadelphia , willams & wilkins2000,279 ,288 .

۲۸- .احمدیه محمد حسین طرح بررسی داروهای زاید بر مصرف موجود در منازل شهر یزد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد، زمستان ۷۴ ص ۲۱-۱۵.

۲۹- مقبل عبدالحسین. بررسی علل عمده مصرف بی رویه دارو درشهرستان رامهرمز،مجله دارو ودرمان ، آذرماه ۷۲،سال دهم، شماره۱۱۹، ص ۲۱-,۱۳

۳۰--حیدر نیا علیرضا. مباحثی در فرایند آموزش بهداشت. چاپ اول، تهران، انتشارات زمانی ،۱۳۸۲ ،ص ۱۱۲-۸۸

۳۱-شجاعی زاده داوود. مدلهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول، تهران، انتشارات اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت،۱۳۷۹، ص۲۹-۲۰

۳۲-شفیعی فروغ. در ترجمه رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت. کارن گلانز، فرانسیس مارکوز، لوئیس باربارا(مولفان). چاپ اول، تهران، انتشارات لادن،۱۳۷۶،ص۴۱.

۳۳- بیاتی اکرم، ترابی محترم. بررسی عوامل موثر بر فرهنگ مصرف بی رویه و خودسرانه دارو در بین مراجعین بدون نسخه به داروخانه های سطح شهر اراک در پاییز ۷۵. همایش سراسری فرهنگ مصرف غذا و دارو –ساری، مهرماه ۱۳۷۹، ص۴۱

۳۴-عباسی ناصر، عبده زاده محمد. بررسی وضعیت خود درمانی در شهر ایلام در سال ۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران ، تابستان ۱۳۸۳، سال دوازدهم، شماره ۴۲ و ۴۳ ، ص ۴۸-,۴۱

۳۵-رخشانی مالک، رخشانی فاطمه، میرشاهی افسانه. بررسی رفتار خود مصرفی دارو در شهر زاهدان در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پژوهشی فیض، تابستان ۱۳۸۱، شماره ۲۲ ،ص ۵۱-,۴۵

۳۶-مقدم نیا علی اکبر، قدیمی رضا. خود درمانی هنگام بروز سرماخوردگی در افراد ۱۵ تا ۴۵ سال شهرستان بابل. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ، زمستان ۱۳۷۸، سال دوم،شماره۱، ص ۳۲-۲۶

۳۷-آصف زاده سعید، انبارلویی معصومه، حبیبی شیرین، رضایی مهدخت. شیوع خود درمانی در بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی قزوین . مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین ، زمستان ۱۳۸۰، شماره ۲۰،ص ۵۲-۴۸

۳۸-باقیانی مقدم محمد حسین، احرام پوش محمد حسین. نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یزد نسبت به خود درمانی. مجله علمی پژوهشی طبیب شرق، تابستان ۱۳۸۵،سال هشتم، شماره ۲، ص ۱۱۶-۱۱۰.

۳۹-حاجی سید جوادی عزت السادات. آگاهی خانم های باردار نسبت به مصرف دارو در دوره حاملگی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، پاییز ۱۳۸۴، سال نهم، شماره۳، ص ۸۳-,۷۵

۴۰-سرشتی منیژه، آذری پوران، رفیعیان محمود. میزان مصرف داروهای گیاهی در زنان باردار شهر کرد.مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، تابستان ۱۳۸۳، سال سوم، شماره ۲، ص ۸۶-۸۲
۴۱- صومی محمد حسین، پیری زهرا، ، شمسی عباس. خود درمانی ساکنین منطقه شمال غرب تبریز در سال ۱۳۷۹. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز ، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۵۹، ص ۸۶-,۸۲
۴۲- سپهری غلامرضا، کهن سیمین، غضنفری زهرا. بررسی میزان آگاهی بیماران مراجعه کننده به داروخانه های شهر کرمان پس از دریافت دارو در مورد نحوه مصرف داروهای تجویز شده در سال ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، زمستان ۱۳۷۹، سال سوم، شماره ۱،ص ۵۸-,۵۲
۴۳- رمضان زاده فاطمه، طوافیان صدیقه. فراوانی مصرف داروهای غیر مجاز و مواد مخدر در سه ماهه اول بارداری در شهر تهران در سال ۱۳۸۰. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. سال ۶۱، شماره۶،ص ۵۰۴-۴۹۹
۴۴- دیناروند رسول، نیکزاد علی. بررسی وضعیت تجویز و مصرف دارو در شهر تهران در سال ۱۳۷۷. مجله پژوهشی حکیم، پاییز ۱۳۷۹، دوره سوم، شماره سوم،ص ۲۳۰-۲۲۳
۴۵- هاشمی سید نظیر، افشون اسفندیار، بابازاده غلامحسین.بررسی داروهای مانده مصرف نشده خانوارهای شهر یاسوج در سال ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ، بهار و تابستان ۱۳۸۲،سال پنجم، شماره ۱۱،ص ۵۲-۴۷
۴۶- دوستدار صنایع مهرناز، سبحانی عبدالرسول، برسی الگوی مصرف دارو و تغییرات آن در سه ماهه اول بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. زمستان ۱۳۸۰، شماره ۲۰،ص ۶۲-۵۵
۴۷- معتمدی بتول، یاسمی محمد تقی، موذن زاده محدثه، تاتا ماه بانو. بررسی میزان آگاهی ماماهای شهر کرمان از مصرف دارو در دوران بارداری و شیردهی .مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سال ۷۴، دوره دوم، شماره ۴،ص ۱۶۴-۱۵۸
۴۸- خسروی شراره، جهانی فاطمه،گازرانی نفیسه ، عشرتی بابک، مقیمی مرتضی، تعیین آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در مورد اکستازی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۸۵.، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، تابستان ۸۶، سال دهم، شماره دوم ص ۲۲-,۱۵
۴۹- شریفی راد غلامرضا، هزاوه ایی محمد مهدی، حسن زاده اکبر، دانش آموز عبدالباسط. بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیشگیری کننده از کشیدن سیگار در دانش آموزان اول دبیرستان. مجله علمی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک، بهار ۸۶، سال دهم، شماره۱، ص۸۹-,۷۹
۵۰- محبی سیامک. بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،,۱۳۸۴
۵۱- کامرانی عزیز. بررسی تاثیر آموزش رژیم غذایی دیابتی بر رفتارهای تغذیه ایی بیماران دیابتی نوع ۲ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی . پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،,۱۳۸۵
۵۲- سعیدی مریم. بررسی تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده دانش آموزان شهرستان گرمسار نسبت به بیماری پوکی استخوان. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،,۱۳۸۳
۵۳-غفرانی پور ابوالفضل. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماری تب مالت در شهرستان شهر کرد. پایان نامه جهت اخذ دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس ، ,۱۳۷۶
۵۴- سمیر معصومه، رمضانی تهرانی فهیمه. نیازهای بهداشت باروری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین ، پاییز ۸۲، سال دوم، شماره ۲۸،ص ۱۰-۲.

55) Junko Okumura ، Susumu Wakai، Takusei Umenai. Drug utilization and self medication in rural community in vietnam. Social Science & Medicin 2002:54: 1875-1886

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

57) Jose A.Pagan ، Sara Ross، Jeffrey You، Daniel Polsky. Self medication and health insurance coverage in mexico. Health policy 2006(75): 170-177.

58)Ausra BE، Rolanda VA، Flora MH. Self medication whit antibiotics in lithuania.International Health. 2006:19(4):246-253

59)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.

60) 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.

:

هدف اصلی

تعیین الگوی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در زنان دارای کودک زیر۵سال

۲-۱-۲. اهداف اختصاصی

۱-تعیین متغیرهای دموگرافیک موثر بر خوددرمانی

۲-تعیین نگرش فردی و مثبت زنان نسبت به خوددرمانی

۳-تعیین هنجار های اجتماعی زنان نسبت به خوددرمانی

۴-تعیین کنترل رفتاری درک شده زنان نسبت به خوددرمانی

۵- تعیین قصد زنان نسبت به خوددرمانی

۷- تعیین عملکرد زنان در زمینه خوددرمانی

۸-تعیین قدرت پیش بینی کنندگی سازه های مختلف تئوری رفتار برنامه ریزی شده برای رفتار خوددرمانی زنان

۳-۱-۲.سئوالهاو فرضیه های پژوهش

۱- سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده دارای توان پیش بینی کنندگی متفاوتی در رفتار خوددرمانی هستند؟

۲- بین کنترل رفتاری درک شده زنان نسبت به خوددرمانی و خودرمانی رابطه وجود دارد.

۳-بین نگرش فردی زنان نسبت به خوددرمانی و خودرمانی رابطه وجود دارد .

۴-بین هنجار های اجتماعی نسبت به خوددرمانی و خودرمانی رابطه وجود دارد.

۵-بین قصد رفتاری زنان نسبت به خوددرمانی و خودرمانی رابطه وجود دارد.

۶. بین برخی از متغیرهای دموگرافیک و خوددرمانی رابطه وجود دارد.

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد و جامعه پژوهشی آن زنان متاهل دارای فرزند زیر ۵ سال تحت پوشش شبکه بهداشت زرندیه می باشند که در سال ۱۳۹۷ در مراکز جامع سلامت شهرستان زرندیه دارای پرونده باشند.

۲-۳-۲. محیط پژوهش

در این مطالعه محیط پژوهش مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان زرندیه خواهد بود.

۲-۳-۳. حجم نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه مورد نیاز برای شرکت در مطالعه با استفاده از فرمول کوکران، و پذیرش خطای نمونه گیری ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و با در نظر گرفتن میزان شیوع ۸۶ درصدی خود درمانی در مطالعه مشابه قبلی(۴۶)،برابر

$$n=\frac{\frac{z^2pq}{d^2}}{1+\frac{1}{N}\left(\frac{z^2pq}{d^2}-1\right)}$$

۱۸۹ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت مطالعه ۲۳۰ نفر وارد مطالعه خواهند شد.

در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده خواهد بود، بدین ترتیب که در مرحله اول همه مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان به روش سرشماری انتخاب و در مرحله بعد با روش نمونه‌گیری طبقه ای و مشخص نمودن تعداد جمعیت در هر مرکز، حجم نمونه در هر مرکز به تناسب مشخص و در مرحله آخر نمونه‌گیری در هر مرکز به شیوه تصادفی ساده و بر اساس شماره پرونده خانوار موجود در مرکز بهداشتی درمانی صورت خواهدگرفت تا تعداد نمونه مشخص شده در آن مرکز تکمیل گردد.

مشخصات متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف عملی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
جنسیت	*				*		زنان متاهل داری کودک زیر ۶ سال	اسمی
تحصیلات والدین	*					*	ابتدایی،راهنمایی،دیپلم و بالاتر	رتبه ای
شغل والدین	*				*		شاغل و خانه دار	اسمی
میزان درآمد خانواده در ماه	*					*	خوب ، متوسط، ضعیف	رتبه ای
نگرش نسبت به رفتار		*	*				نگرش:باور فرد درموردمزایای پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو بر اساس سوالات پرسشنامه	نسبتی، محدوده نمره قابل اکتساب۷ -۱
هنجارهای انتزاعی		*	*				هنجارهای انتزاعی: برداشت فرد از نظرات افراد مهم در مورد پیشگیری از مصرف خود سرانه دارو بر اساس سوالات پرسشنامه	نسبتی، محدوده نمره قابل اکتساب۴ -۱

کنترل رفتار درک شده		*	*				میزان توانایی درک شده او در مورد پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو بر اساس سوالات پرسشنامه	نسبتی، محدوده نمره قابل اکتساب۳ -۱
قصد رفتاری		*	*				تفکر در مورد ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خود سرانه دارو بر اساس سوالات پرسشنامه	نسبتی، محدوده نمره قابل اکتساب۳-۱
رفتار		*	*				عملکرد در زمینه خوددرمانی	نسبتی.

روش اجرا

در این مطالعه توصیفی تحلیلی جامعه مورد مطالعه زنان متاهل تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان زرندیه خواهند بود، معیار ورود به مطالعه شامل تاهل، داشتن کودک زیر ۶ سال، عدم ابتلا به بیماری مزمن و یا خاص نظیر دیابت، پرفشاری خون، کانسر و.. خواهد بود. معیار خروج از مطالعه عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه خواهد بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده خواهد بود، بدین ترتیب که در مرحله اول همه مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان به روش سرشماری انتخاب و در مرحله بعد با روش نمونه‌گیری طبقه ای و مشخص نمودن تعداد جمعیت در هر مرکز، حجم نمونه در هر مرکز به تناسب مشخص و در مرحله آخر نمونه‌گیری در هر مرکز به شیوه تصادفی ساده و بر اساس شماره پرونده خانوار موجود در مرکز بهداشتی درمانی صورت خواهد گرفت تا تعداد نمونه مشخص شده در آن مرکز تکمیل گردد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته بر اساس موضوع پژوهش و نظریه رفتار برنامه ریزی شده خواهد بود . بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک، بخش دوم سازه های مدل رفتار برنامه ریزی شده و بخش سوم چک لیست عملکرد وعلل خود درمانی که پاسخ ها بصورت بلی و خیر تنظیم شده خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی : در مطالعه حاضر سعی خواهد شد که قسمتهای مختلف پژوهش به گونه ای طراحی شود که از بروز هر گونه مشکلات اخلاقی تا حد ممکن جلوگیری به عمل آید، به عنوان مثال در مطالعه حاضر با توجه به این که جمعیت مورد مطالعه را مادران دارای کودکان زیر ۶ ساله مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان تشکیل می دهند سعی می گردد از پرسشگران زن جهت جمع آوری اطلاعات استفاده گردد، همچنین در تدوین پرسشنامه تلاش می شود تا حد امکان از طرح سؤالات خصوصی و محرمانه اجتناب شود و ضمن آموزشهای لازم به پرسشگران تمامی آنها موظف باشند قبل از تکمیل پرسشنامه برای هر نمونه، وی را از اهداف مطالعه آگاه و رضایت وی را در جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه جلب نمایند در این خصوص موارد زیر از طرف پرسشگر به مادر گوشزد گردید:

- پرسشنامه مذکور فاقد نام و نام خانوادگی و نشانی شما باشد.
- اطلاعات شما به صورت کلی همراه با سایر افراد دیگر تجزیه و تحلیل می شود و هیچ نام و نشانی از شما به میان نخواهد آمد.
- سایر اطلاعات شما نیز به صورت محرمانه نزد محقق نگهداری می شود.
- پرسشنامه حاضر صرفاً جهت انجام یک طرح تحقیقاتی بوده و ارزش دیگری ندارد.

محدودیتهای اجرایی طرح وروش کاهش آنها :

دارا بودن فرزند زیر ۵ سال و بی قراری کودک و یا مشکل زمانی مادر برای تکمیل پرسشنامه: برای رفع این مشکل سعی خواهد شد تا حد امکان تعداد سئوالات کاهش یابد و یا برای مادرانی که ذیق وقت دارند پرسشنامه تحویل و برای جمع آوری آن به درب منزل مراجعه شود.

پیش بینی کل زمان لازم برای اجرای کامل طرح به ماه :

جدول زمان بندی مراحل اجرای طرح زمان اجرا به ماه

ردیف	فعالیتهای اجرائی	زمان کل	۱.	۲.	۳.	۴.	۵.	۶.	۷.	۸.	۹.	۱۰.	۱۱.	۱۲.	۱۳.	۱۴.	۱۵.	۱۶.	۱۷.	۱۸.	۱۹.	۲۰.	۲۱.	۲۲.	۲۳.	۲۴.	۲۵.	۲۶.	۲۷.	۲۸.	۲۹.	۳۰.
	مطالعات کتابخانه ای	۱				*																										
	طراحی ابزار و استاندارد سازی آن	۱					*																									
	جمع آوری اطلاعات	۳						*	*	*	*																					
	ورود به رایانه و آنالیز	۲										*	*																			
	نوشتن گزارش و مقاله	۲												*	*																	

توجه :

۱- زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمیشود.

۲- دریافت گزارشها با توجه به جدول گانت مصوب صورت میپذیرد. بنابر این لازم است مجری طرح زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.

۳- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت امور پژوهشی و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته میشود.

قسمت سوم – اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

هزینه کارمندی (پرسنلی) باذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هرفرد و حق الزحمه آنها :

ردیف	نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد افراد	کل رقم حق الزحمه برای یک نفر	جمع کل
۱.	تهیه مقالات پژوهشی مرتبط، تهیه و تدوین پروپوزال و پرسشنامه	**محمود کریمی.عربان**	**استادیار**	**۲**	**۶۰,۰۰۰,۰۰۰**	**۱۲,۰۰۰,۰۰۰**
۲.	جمع آوری اطلاعات		**کارشناس**	**۱**	**۴,۰۰۰,۰۰۰**	**۴,۰۰۰,۰۰۰**
۳.	ورود اطلاعات به نرم افزار	**محدثه عباسی**	**کارشناس**		**۳,۰۰۰,۰۰۰**	**۳,۰۰۰,۰۰۰**
۴.	**همکاری در اجرا و تدوین طرح**	**محمود کریمی- عربان**	**استادیار**	**۱**	**۷,۰۰۰,۰۰۰**	**۷۰۰۰,۰۰۰**
۵.	**آنالیز اطلاعات**	**محمود کریمی**			**۵,۰۰۰,۰۰۰**	**۵,۰۰۰,۰۰۰**
۶.	**تدوین طرح نهایی**	**محمود کریمی**	**استادیار**	**۱**	**۷,۰۰۰,۰۰۰**	**۷,۰۰۰,۰۰۰**
۷.						
۸.						
۹.						
۱۰.						۳۸۰۰۰,۰۰۰

هزینه آزمایشها وخدمات تخصصی که توسط دانشگاه ویا دیگر موسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکزسرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)

جمع هزینه های آزمایشها				

فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

وسایل غیرمصرفی:

نام دستگاه	کشورسازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	**قیمت کل**

۳ـ ۵ ـ فهرست مواد و وسایل مصرفی لازم برای اجرای این طرح که باید خریداری شود :

موادمصرفی:

نام ماده	کشورسازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعدادیامقدار لازم	قیمت واحد	**قیمت کل**
شیر	**ایران**			**۴۰۰**	**۱۰۰۰۰**	**۴۰۰۰۰۰۰**
کیک	**ایران**			**۴۰۰**	**۱۰۰۰۰**	**۴۰۰۰۰۰۰**
فلش	**ایران**			**۱**	**۲۰۰۰۰۰**	**۲۰۰۰۰۰**
کاغذ A4	**ایران**			**۱بسته**	**۴۵۰۰۰۰**	**۴۵۰۰۰۰**
خودکار	**ایران**			**۱۰۰ عدد**	**۱۰۰۰۰**	**۱۰۰۰۰۰۰**
جمع هزینه مواد مصرفی						**۹۶۵۰۰۰۰** ریال

۳ هزینه مسافرت :

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
زرندیه- ساوه	۱۰	سواری تاکسی	۲	۴۰۰۰,۰۰۰
			جمع هزینه های مسافرت	۴۰۰۰,۰۰۰ریال

هزینه های دیگر

هزینه های تکثیر اوراق	۸۰۰۰,۰۰۰ ریال
سایر موارد	ریال

جمع هزینه های طرح :

هزینه پرسنلی	۳۸۰۰۰۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	۴۰۰,۰۰۰۰ ریال
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	..... ریال	هزینه های دیگر	۸۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۹۶۵۰,۰۰۰ ریال		..... ریال
هزینه وسایل غیر مصرفی	..... ریال	جمع کل	۵۹۶۵۰,۰۰۰ ریال

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن : .....ریال

باقیمانده هزینه های طرح که تامین آن درخواست می شود : .....ریال

با مطالعه قسمت اول این فرم و رعایت مفاد آن بدینوسیله صحت مطالب مندرج در پیش نویس را تائید مینماید واعلام میداردکه این تحقیق صرفا به صورت

- یک طرح تحقیقاتی در دانشکده علوم پزشکی ساوه
- بصورت مشترک با .....
- در قالب پایان نامه در .....

ارائه شده است.

نام ونام خانوادگی

امضای مجری یا مجریان طرح