بسم الله الرحمن الرحیم

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه

معاونت آموزش وتحقیقات

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

عنوان

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

شماره طرح

مجری

دکتر محمود کریمی

همکار

دکتر مرضیه عربان

۱۳۹۸

چکیده

مقدمه: 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. 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 بررسی ها نشان می دهند که میزان تجویز داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری ها همخوانی ندارد که این امر می تواند ناشی از خود درمانی یا مصرف خودسرانه داروها در جامعه باشد ، هدف پژوهش حاضر، تعیین الگوی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در زنان دارای کودک زیر۵سال شهرستان زرندیه در سال ۱۳۹۷ بود.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود که جامعه هدف ۲۲۰ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان زرندیه بودند. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی ساوه و مسئولان مرکز بهداشت شهرستان زرندیه و هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی برپایه نمونه گیری جمعیت مورد نظر از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته براساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده مشتمل بر سازه های این نظریه بود. پس از تکمیل پرسشنامه توسط گروه ، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ و با استفاده از آزمون های متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد که ۷۶٪ از زنان مورد مطالعه در طی ۳ ماه گذشته سابقه خود درمانی داشته و بیش از ۹۸٪ از آنها در منزل دارو داشتند. مهمترین دلایل خود درمانی به ترتیب عبارت بودند از بی ضرر دانستن داروها(۴۱٪)، سابقه بیماری قبلی(۳۵٪) و در دسترس بودن دارو در منزل(۳۴٪). مهمترین بیماریها برای خود درمانی به ترتیب اهمیت عبارت بودند از ضعف و بی حالی(۲۴٪) و تب(۲۰٪). متغیرهای سن، سطح سواد، محل زندگی، وضعیت بیمه و همه سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده پیشگویی کننده های معناداری برای خوددرمانی بودند.

نتیجه گیری: طراحی و اجرای برنامه های اموزشی از طریق پزشکان، و رسانه های جمعی بمنظور تغییر آگاهی، نگرش، و بهبود کنترل رفتاری درک شده و عملکرد زنان در زمینه مصرف خودسرانه داروها، همچنین کاهش اقلام داروی تجویزی در نسخ بیماران و برنامه های نظارتی بر داروخانه ها جهت جلوگیری از فروش بدون نسخه دارو توصیه می شود.

کلمات کلیدی: نظریه رفتار برنامه ریزی، خوددرمانی، زنان

Abstract

Background: Self-medication is a public health concern that may create several problems like increasing drug resistance, raising drug use per capita, and creating side effects. This study was conducted to determine predictors of self-medication based on the theory of planned behavior (TPB) in the Iranian women.

Methods: In this descriptive-analytic study, 220 married women completed the validated, anonymous, self-administered questionnaire. A questionnaire including demographic variables, knowledge, and TPB structures, and the checklist of women's self-medication practices were used to collect the needed data. The study was conducted in six urban health centers of Shush and Zarandieh city in Iran during April to July 2016. Data were analyzed using SPSS 21.0 applying t-test and logistic regression.

Results: The results show that 76% of the subjects had a history of self-medication and 98.9% stored drugs at home. The most important reasons of self-medication were identified as considering medications harmless (41%), having a history of the disease (35.5%), and medications availability at home or from others (34%), respectively. The most frequent diseases for self-medication were fatigue, weakness, and anxiety (24%), and fever (20%). In addition, variables including age, place of residence, education level, and status of health insurance, as well as all constructs of the TPB were significant predictors for self-medication.

Conclusion: The findings indicate the high prevalence of self-medication among Iranian women. Regarding the important role of women in the health of family and society, this subject must be considered as a serious problem in Iran. In this regard, it is recommended to consider factors affecting SM among women to reduce this health threatening factors.

Keywords: Theory of planned behavior; self-medication; women

فهرست مطالب

فصل اول ---------- ۱

۱.مقدمه ---------- ۲

۱-۴.مروری بر مطالعات داخلی و خارجی ---------- ۱۰

فصل دوم ---------- ۱۶

۲.مواد و روش کار ---------- ۱۷

۱-۲. اهداف پژوهش ---------- ۱۷

۱-۱-۲. هدف کلی ---------- ۱۷

۲-۱-۲. اهداف اختصاصی ---------- ۱۷

۳-۱-۲. فرضیه های پژوهش ---------- ۱۸

۲-۲. معیار ورود و خروج ---------- ۱۸

۲-۳. روش اجرا ---------- ۱۸

۲-۳-۱. نوع پژوهش و جامعه هدف ---------- ۱۸

۲-۳-۲. محیط پژوهش ---------- ۱۹
۲-۳-۳. حجم نمونه و روش نمونه گیری ---------- ۱۹
۲-۴. ابزار گرد آوری اطلاعات ---------- ۲۰
۲-۵. تعریف نظری و عملی واژه ها ---------- ۲۱
۲-۶. ملاحضات اخلاقی ---------- ۲۵
۲-۷. روش تجزیه و تحلیل داده ها ---------- ۲۸
فصل سوم: ---------- ۲۹
۳- یافته ها ---------- ۳۰
۳-۱.یافته ها---------- ۳۰
فصل چهارم: ---------- ۴۴
۴. بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات ---------- ۴۵
۴-۱.بحث ---------- ۴۵
۴-۲.نتیجه گیری ---------- ۴۵
۴-۳. پیشنهادات ---------- ۴۸
۴-۴. تقدیر و تشکر:---------- ۴۹
References ---------- ۵۱

فهرست جداول و اشکال:

شکل۱-۱. ..... ۸
جدول۳-۱ ..... **Error! Bookmark not defined.**
جدول۳-۲ ..... **Error! Bookmark not defined.**
جدول۳-۳ ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول۳-۴. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۵. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول۳-۶. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۷. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۸. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۹. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول۳-۱۰. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۱۱. ..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول ۳-۱۲. ..... ۳۹

جدول ۳-۱۳. ..... ۴۲

فصل اول:

مقدمه و مروری

برمطالعات گذشته

۱.مقدمه

خوددرمانی که با مفهوم خود مراقبتی تفاوت دارد، رفتاری است که طی آن شخص سعی می کند بدون کمک 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 (۶۳). نظریه رفتاربرنامه ریزی شده در سال ۱۹۸۸ توسط دکتر فیشبین و آجزن برای فهم بهتر رابطه میان نگرش ، قصد و رفتار بیان شد(۳۵). این مدل از نگرش ، هنجارهای انتزاعی ، 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. بر اساس این تئوری انسانها قبل از اینکه تصمیم به انجام رفتاری بگیرند، ابتدا کاربرد و بازده آن را بررسی کرده، چنانچه انجام آن رفتار منطقی بنظر برسد نسبت به انجام آن اقدام می نمایند. این تئوری را تئوری عمل منطقی می گویند زیرا فرد براساس یک تئوری منطقی قبل از انجام یک عمل به بررسی آن می پردازد. این تئوری ادعا می کند که رفتار تابعی از اطلاعات و باورها ی مهم و برجسته مرتبط به رفتار است. این تئوری بر مبنای فرضیه ای استوار است که تعیین کننده مهم رفتار، قصد رفتاری می باشد. تعیین کننده های مستقیم قصد رفتاری افراد ، نگرش نسبت به انجام یک رفتار و همچنین نرم انتزاعی مرتبط با رفتار می باشند(۳۵, ۳۶).

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).

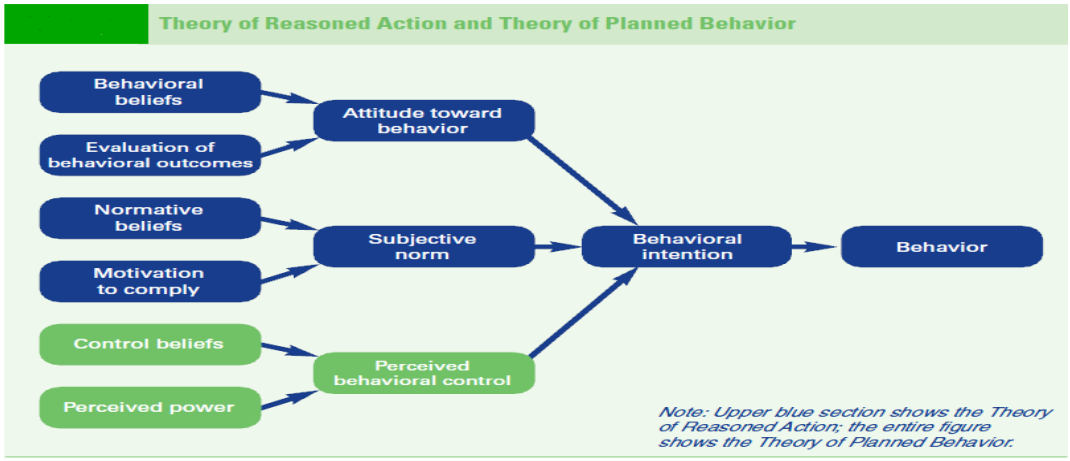
فرد احساس کند برای انجام دادن رفتار تحت فشار اجتماعی می باشد(هنجار های انتزاعی).

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 الگو و عوامل خطر مرتبط با خوددرمانی در زنان دارای کودک زیر ۵ سال انجام شد 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.

۱-۳. نظریه رفتاربرنامه ریزی شده



شکل ۱-۱. **نظریه رفتار برنامه ریزی شده**

این نظریه در سال ۱۹۸۸ توسط فیش بین و با هدف تعیین رابطه بین باورها، نگرش ها، قصد رفتاری و رفتار معرفی شد و در آن عوامل شناختی تعیین کننده انگیزه برای انجام رفتار مورد بررسی قرار گرفت .

قصد رفتاری :(Behavior Intention) از دیدگاه طراحان این نظریه، مهمترین عامل تعیین کننده رفتار در یک فرد، قصد رفتاری اوست و قصد رفتاری چنین تعریف می شود: . احتمال آن که شخصی تصمیم بگیرد که رفتار مشخصی را انجام دهد. برای تعیین این که آیا فرد تصمیم دارد که رفتاری را انجام دهد، می توان به آسانی از او سئوال کرد. از دیدگاه فیش بین و همکارانش میزان این احتمال، به دو عامل اصلی نگرش فرد به رفتار و هنجارهای ذهنی او بستگی دارد. به عبارت دیگر، این نظریه فرض را وجود رابطه علیتی بین نگرش و هنجارهای ذهنی فرد با قصد رفتاری می دانند .

قصد رفتاری فرد به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی مرتبط با آن رفتار بستگی دارد.

نگرش نسبت به رفتار : (Attitude toward Behavior) نگرش را واکنش ها یا مواضع ارزیابی کننده موافق یا مخالف نسبت به یک موقعیت، یک فرد یا یک گروه می دانند که به شکل احساسات، باورها، و حتی رفتار فرد نشان داده می شود. بین نگرش نسبت به یک مشکل سلامتی و نگرش نسبت به رفتار مرتبط با آن تفاوت وجود دارد. چه بسا فردی که نسبت به بیماری فشار خون بالا نگرش مطلوبی دارد ولی نگرش او نسبت به مصرف به موقع داروهای کنترل فشار خون چندان مطلوب نباشد.

نگرش با باورهای فرد در مورد پیامدهای آن رفتار مرتبط است. به عبارت دیگر وقتی فردی باور دارد که رفتاری پیامدهای ارزشمندی برای او خواهد داشت، نگرش مثبتی نسبت به آن رفتار خواهد داشت و برعکس .
هنجارهای ذهنی :(Subjective Norms) حاصل باورهای هنجاری است که در آن تایید یا رد رفتار مورد نظر توسط افراد مرجع جامعه مطرح است .

در این الگو اندازه گیری سازه ها، با دو روش امکان پذیر است :

اندازه گیری مستقیم سازه ها: پرسشنامه حاوی سئوالاتی است که با هدف ارزیابی کلی مخاطب از وضعیت دو سازه نگرش و هنجارهای ذهنی طرح شده اند. در اندازه گیری مستقیم سازه نگرش نسبت به رفتار، ارزیابی کلی رفتار از دیدگاه فرد با مقیاس های معنایی مانند "خوب و بد" و استفاده از طیف امتیازدهی انجام می شود و اندازه گیری سازه هنجارهای ذهنی، با تعیین باور افراد درباره این موضوع که بیشتر مردم رفتار مورد نظر را تائید یا رد می کنند با استفاده از طیف دو قطبی "موافقم و مخالفم"، قابل انجام خواهد بود.

اندازه گیری غیر مستقیم سازه ها: در این نوع اندازه گیری به ارزیابی اجزای تشکیل دهنده هر سازه پرداخته می شود. در زیر جزییات مربوط به این نوع اندازه گیری بیان شده است.

در اندازه گیری غیرمستقیم سازه نگرش نسبت به رفتار، دو جزء مجزا سنجیده می شود:

۱. رفتار به نتایج مورد نظر فرد منجر می شود: استفاده از طیف "احتمال دارد، احتمال ندارد" یا "موافقم، مخالفم" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳ +.

۲. ارزش نتایج فوق برای فرد: استفاده از طیف "خوب و.بد" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+

در اندازه گیری غیرمستقیم سازه هنجارهای ذهنی نیز دو جزء مجزا سنجیده می شود:

۱. تایید رفتار توسط فرد مرجع: استفاده از طیف "موافقم و مخالفم" و امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+

۲. انگیزه برای اطاعت از فرد مرجع و انجام رفتار براساس نظر مرجع: استفاده از طیف "احتمال دارد، احتمال ندارد و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۱ تا ۷.(36, 37).

۱-۴.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 طو.ری 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 زنان از داروهای 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 بیش از نیمی از شرکت کنندگان حداقل یک عارضه و ۲۴٪ هم حداقل دو عارضه را در زمینه خوددرمانی گزارش کرده بودند شرکت کنندگان معمولاً داروهای خود را از منابع زیر تهیه می کردند داروخانه ها ۸۸٪ و سوپرماکتها ۶٪ . نزدیک به نیمی از شرکت کنندگان (۴۶٪) اطلاعات دارویی خود را از پزشکان کسب می کردند و ۴۱٪ برچسبهای دارویی را می خواندند تعداد کمی ۴٪ تلویزیون را بیان کرده بودند و ۳٪ دوستان و کمتر از ۳٪ مجلات مقالات و آگاهیها را بیان کرده بودند (۶۰).

.

فصل دوم:
مواد و روشها

۲.مواد و روش کار

۱-۲. اهداف پژوهش

۱-۱-۲. هدف کلی

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-

۳-متغیر رضایت زناشویی بر قصد باروری موثر است.

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

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

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

۷-۲. معیار ورود و خروج

- زنان متاهل و دارای کودک زیر ۶ سال

-طبق نظر پزشک بیماری مزمن(موردشناخته شده،بیماری قلبی،تالاسمی ،کلیوی،تنفسی،تیروئید)نداشته باشند .

-تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند.

۲-۳. روش اجرا

۲-۳-۱. نوع پژوهش و جامعه هدف

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد و جامعه پژوهشی آن زنان متاهل دارای فرزند زیر ۶ سال تحت پوشش شبکه بهداشت زرندیه می باشند که در سال ۱۳۹۷ در مراکز جامع سلامت شهرستان زرندیه دارای پرونده هستند.

۲-۳-۲. محیط پژوهش

در این مطالعه محیط پژوهش مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان زرندیه می باشند.

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()،برابر ۱۸۹ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت مطالعه ۲۳۰ نفر وارد مطالعه شدند. با بررسی پرسشنامه های دریافتی، و کنار گذاشتن پرسشنامه های مخدوش و ناقص در مجموع تجزیه و تحلیل نهایی با ۲۲۰ پرسشنامه انجام شد..

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

در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بود، بدین ترتیب که در مرحله اول همه مراکز بهداشتی درمانی شهری هر دو 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 گرفت تا تعداد نمونه مشخص شده در آن مرکز تکمیل گردد..

۲-۴. ابزار گرد آوری اطلاعات

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های کتبی و به روش خود گزارش دهی تکمیل گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته بر اساس موضوع پژوهش و نظریه رفتار برنامه ریزی شده بود که در ۸ بخش تنظیم شده بود. بخش اول شامل ۱۰ گویه مربوط به مشخصات دموگرافیک، ۹ گویه مربوط به سنجش آگاهی، ۷ گویه مربوط به سنجش نگرش نسبت به رفتار،۴ گویه درباره کنترل رفتاری درک شده، ۴ گویه مربوط به هنجارهای انتزاعی و ۳ گویه مربوط به سنجش قصد رفتاری و بخش ششم چک لیستی مشتمل بر ۱۰ سئوال بود که عملکرد فرد را در زمینه خود درمانی در طی ۳ ماه گذشته در قالب برخی از بیماری‌ها که ممکن است فرد در آنها اقدام به مصرف خود سرانه دارو نموده باشد می سنجد، و بخش هفتم که با ۱۲ آیتم به بررسی علل خود درمانی در فرد می پرداخت. در این ابزار گویه های نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۷ گزینه ای از کاملا موافق (امتیاز یک) تا کاملا مخالف(امتیاز۷) طراحی شده بود. نحوه امتیاز دهی به پرسشنامه بدین شکل بود که در قسمت آگاهی به پاسخ صحیح نمره۱، و پاسخ غلط نمره صفر تعلق می گرفت، و در بخش سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده دامنه نمرات هر سؤال در قسمت های نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری بین ۱ تا ۷ نمره تنظیم شده بود. در بخش چک لیست عملکردوعلل خود درمانی نیز پاسخ ها بصورت بلی و خیر تنظیم شده بود.روایی محتوی پرسشنامه با محاسبه شاخص های نسبت روایی محتوی(CVR) و شاخص روایی محتوی(CVI) تایید گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه مذکور در اختیار ده نفر از اساتید که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه مورد نظر بودند قرار گرفت، و از آنها خواسته شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرار گیری آیتم ها در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند سپس اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه طبق نظرات ایشان

اصلاح گردید. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی(CVR) و شاخص روایی محتوی(CVI) با کمک پانل خبرگان استفاده شد که با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند با توجه به جدول لاوشه معیار بالاتر از۰/۶۲ برای تأیید نسبت روایی محتوی و معیار بالاتر از ۰/۷۹ برای تأیید شاخص روایی محتوی استفاده شد.

۲-۵. تعریف واژه ها

۲-۵-۱. تئوری[۱]

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(۳۵).

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

۲-۵-۲. تئوری رفتار برنامه ریزی شده[۲]

تعریف نظری: این نظریه توسط فیش بین و آجزن مطرح گردید. بر اساس آن رفتار بطور مشخص بازتابی از قصد رفتاری است و قصد رفتاری نیز به نوبه خود تحت تأثیر دو متغیر نگرش نسبت به رفتار،و نرم های انتزاعی است(۳۵).

---

[۱] *Theory*

[۲] *Theory of planned behavior*

تعریف عملی: در این پژوهش سازه های نگرش نسبت به رفتار، نرم های انتزاعی و رضایت زناشویی، مورد استفاده قرار گرفتند.

۲-۵-۳. نگرش[۳]

تعریف نظری: احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هر گونه رفتار معین(۲۰)

تعریف عملی: در این مطالعه نگرش عبارتست از باور فرد و تمایلات مثبت و منفی او نسبت به خوددرمانی که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

نگرش شامل:

الف) باور های رفتاری

یک عامل تعیین کننده نگرش نسبت به رفتار است . باورهای رفتاری باورهایی هستند که موجب انجام یک رفتار مشخص گردیده و منجر به پیامدهای معینی می شوند .

ب) ارزشیابی پیامدهای رفتاری

شامل ارزشی است که فرد بر هر یک از پیامدهای حاصل از انجام آن رفتار خاص می گذارد. ارزشیابی پیامدهای رفتاری حاصل جمع باورهای رفتاری و ارزشیابی های پیامد , جهت بررسی نگرش ها نسبت به رفتار بکار می رود . برای تعدیل باورهای رفتاری , می توان از ایجاد طوفان فکری در مورد همه پدیده های ممکن در قالب یک جلسه آموزشی استفاده کرد

[۳] *Attitude*

۲-۵-۴. هنجارهای انتزاعی[۴]

تعریف نظری: عبارتست از برداشت شخصی فرد از فشارهای اجتماعی و یا به عبارتی درک فرد از انتظارات دیگران(۲۸).

تعریف عملی: در این مطالعه هنجارهای انتزاعی عبارتست از برداشت زنان از نظرات والدین، همسران، دوستان، اطرافیان و سایرین مهم در مورد خوددرمانی که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

این ساختار شامل :

الف) باورهای هنجاری: اشاره به نحوه تفکر شخص در مورد این موضوع دارد که افراد دیگری که در زندگی اش مهم هستند تمایل دارند وی چگونه رفتار کند . مثلا ممکن است فردی اینگونه فکر کند که همسر، والدین و دوستانش ورزش را خوب می دانند و افرادی را که ورزش می کنند، مورد تایید قرار می دهند. باورهای هنجاری را در موقعیت های آموزشی می توان به وسیله استفاده از ایفای نقش یا نمایش روانی که موجب شناخت شخص از نحوه تفکر دیگران درباره او می گردند. تحت تاثیر قرار داد همچنین می توان این باورها را توسط مباحثه یا ترتیب دادن یک پانل که موجب تفکر منتقدانه فرد در مورد ادارک افراد مهم دیگر در زندگی اش می گردد ، تغییر داد .

ب) انگیزش برای پیروی: اشاره به درجه ای دارد که در قالب آن شخص خواستار عمل مطابق با تمایلات درک شده افراد مهم در زندگی اش است. برای مثال شخص فکر می کند آن چه همسر، والدین و دوستانش در مورد برنامه های ورزش کردن می اندیشند موضوع بسیار مهمی است. برای تاثیر گذاری بر انگیزش از فنون آموزشی

---

[۴] *Subjective norms*

نظیر ایفای نقش , نمایش روانی یا بحث می توان استفاده کرد که به موجب آن افراد از انگیزه های خود برای پیروی آگاه می گردند .

۲-۵-۵.کنترل رفتار درک شده: طبق نظریه رفتار برنامه ریزی شده، تمام رفتارها تحت کنترل ارادی فرد نیستند. اگر مردم انتظار نداشته باشند که قادر به انجام موفق بعضی رفتارهای باشند احتمالا برای تلاش به انجام آن کار برانگیخته نخواهند شد. رفتارها در طول یک پیوستار از کنترل کامل یا عدم کنترل قرار گرفته اند. زمانی که هیچ نوع محدودیتی برای پذیرش یک رفتار خاص وجود ندارد، فرد ممکن است کنترل کاملی برای رفتار داشته باشد بر عکس در انتهای این پیوستار ممکن است هیچ کنترلی بر رفتار وجود نداشته باشد چرا که احتمالا آن رفتار نیاز به چیزهایی دارد که فرد فاقد آنها می باشد (۱۲.(

عوامل کنترل شامل همه عوامل داخلی و هم عوامل خارجی هستند . فاکتورهای داخلی مربوط به شخص هستند مثل مهارت ها، توانایی ها، اطلاعات، احساساتی مانند استرس و غیره . عوامل خارجی شامل چیزهایی مثل عوامل محیطی یا شغلی می باشند. درک کنترل رفتاری یعنی درجه ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی است.

این ساختار شامل:

الف) باورهای کنترل: باورهایی در مورد عوامل داخلی و خارجی است که می تواند باعث تسهیل یا ممانعت از رفتار شود.

ب) قدرت درک شده: اشاره به ادراک فرد در مورد اینکه چقدر اجرای رفتار در هر شرایطی که باورهای کنترل فرد در آن تعریف شده است، ساده یا دشوار است (۱۲).

۲-۵-۶.قصد رفتاری: این ساختار شامل تفکر برای انجام رفتار است که عامل تعیین کننده بلافصل یک رفتار مشخص می باشد این ساختار نقطه برجسته این نظریه به شمار رفته و اولین جزء بر مبانی این فرض بود که

قصد رفتار یک شاخص ابتدایی از رفتار را تشکیل می دهد . قصد رفتار نیز دارای اجزایی از هدف , عمل , زمینه و زمان است. مزیت اندازه گیری قصد رفتاری این است که چنانچه رفتار واقعی را نتوان به سادگی در قالب یک مداخله سنجید قصد رفتاری می تواند به عنوان یک شاخص مفید بکار رود . همواره رابطه صد در صدی بین قصد و رفتار موجود نیست به عبارت دیگر همیشه قصد منجر به رفتار نمی شود و قصد لازمه رفتار است ولی برای انجام رفتار کافی نیست . قصد بیش از نگرش قادر به پیش بینی رفتار است (۱۲)

۲-۵-۷. رفتار

رفتار شامل عملی است که توسط فرد انجام شده و قابل مشاهده است . رفتار باید بر حسب هدف , عمل , زمینه و زمان تعریف گردد . برای مثال رفتار پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودک شامل مراجعه مادران دارای کودک زیر ۶ سال به پزشک در هنگام بیماری کودک خود و عدم مصرف خودسرانه دارو در نظر بگیرید . در اینجا هدف رفتار پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در مادران دارای کودک زیر ۶ سال عمل مراجعه به پزشک و عدم مصرف خودسرانه دارو زمینه بروز بیماری در کودک و مصرف خودسرانه دارو است وزمان بیماری کودک است. در نظریه عمل منطقی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده، تعریف و اندازه گیری صحیح رفتار بسیار مهم است.

۱. جدول متغیرها:

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.

۲-۶. ملاحضات اخلاقی

پژوهش حاضر دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی ساوه با کد *IR.SAVEHUMS.REC1396.15* می باشد. در مطالعه حاضر سعی شده است که قسمتهای مختلف پژوهش به گونه ای طراحی شوند 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 زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت تشکیل می دهند در این مطالعه نیز از پرسشگران زن جهت جمع آوری اطلاعات استفاده خواهد شد همچنین در تدوین پرسشنامه سعی شده است تا حد امکان از طرح سوالات خصوصی و محرمانه اجتناب شود و ضمن آموزشهای لازم به پرسشگران تمامی آنها موظف هستند قبل از تکمیل پرسشنامه برای هر نمونه وی را از اهداف مطالعه آگاه و رضایت وی را در جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه به صورت شفاهی جلب و پرسشنامه رضایت آگاهانه را تکمیل نمایند در این خصوص موارد زیر از طرف پرسشگر به مادر گوشزد می شود:

- پرسشنامه مذکور فاقد نام و نام خانوادگی و نشانی شما می باشد.
- اطلاعات شما به صورت کلی 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 صرفا جهت انجام یک طرح تحقیقاتی بوده و ارزش دیگری ندارد.

همانطور که قبلاً نیز ذکر شد در این مطالعه معیار پذیرش نمونه ها تمایل آنها به شرکت در مطالعه می باشد از این رو در صورت عدم تمایل مادر به همکاری در جهت تکمیل پرسشنامه هیچ گونه اصرار یا پافشاری از طرف پرسشگر صورت نخواهد گرفت بلکه نمونه از مطالعه خارج شده و نمونه دیگری جایگرین وی می شود.

۲-۷. روش تجزیه و تحلیل داده ها

روش تجزیه و تحلیل داده ها: داده ها با استفاده از ویرایش ۱۸ نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون های توصیفی نظیر میانگین، نما و.... و نیز آزمون های آماری تحلیلی همچون کای دو، تی مستقل، آنوا و رگرسیون در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

فصل سوم:

یافته‌ها

۳- یافته ها

۳-۱.یافته ها

جدول ۳-۱ : توزیع فراوانی و درصد ســـن جمعیت مورد مطالعه ها

			گروه
سـن	18-29	فـراوانی	۵۹
		درصـد	۲۶,۸
	30-39	فـراوانی	۸۵
		درصـد	۳۸,۶
	40-49	فـراوانی	۷۶
		درصـد	۳۴,۵
جمع کل		فـراوانی	۲۲۰
		درصـد	100.0%

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود، **سن۳۹-۳۰ سال** بیشترین فراوانی (۸۵ نفر) حدود ۳۸/۶ درصد، **سن ۲۹-۲۰ سال** کمترین فراوانی (۲۶ نفر) حـدود ۲۶/۸ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است .

جدول ۳-۲ : توزیع فراوانی و درصد وضعیت اشتغال جمعیت مورد مطالعه

			گروه
وضعیت اشتغال	شاغل	فـراوانی	۸۷
		درصـد	۳۹
	خانه دار	فـراوانی	۱۳۳
		درصـد	۶۱
جمع کل		فـراوانی	۲۲۰
		درصـد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، در زنان مورد بررسی ، **خانه دار** بیشترین فراوانی (۱۳۳ نفر) حدود ۶۱ درصد، دارد.

جدول ۳-۳ : توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات جمعیت مورد مطالعه

			گروه
میزان تحصیلات	بیسواد	فراوانی	۴
		درصد	۲
	ابتدایی / راهنمایی	فــراوانی	۴۶
		درصــد	۲۱
	دبیرستان	فــراوانی	۹۱
		درصــد	۴۱
	دانشگاهی	فــراوانی	۷۹
		درصــد	۳۶
جمع کل		فــراوانی	۲۲۰

	درصد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، بیشترین فراوانی مربوط به سطح سواد دیپلم با *41*٪، و سطح سواد دانشگاهی با ۳۶ راهنمایی و ابتدایی با۲۱٪ و بیسواد با ۲*2*٪ در رتبه های بعدی بودند.

جدول ۳-۴ : توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات همسرجمعیت مورد مطالعه

			گروه
میزان تحصیلات همسر	بیسواد	فراوانی	۷
		درصد	۳
	ابتدایی/راهنمایی	فراوانی	۶۷
		درصد	۳۱
	دبیرستان	فراوانی	۹۶
		درصد	۴۳
	دانشگاهی	فراوانی	۶۰
		درصد	۲۷
جمع کل		فراوانی	۲۲۰

	درصد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، در گروه همسرجمعیت مورد مطالعه ، **دبیرستان** بیشترین فراوانی (۶۷ نفر) حدود ۴۳ درصد، را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳-۵ : توزیع فراوانی و درصد سطح درآمد خانوار جمعیت مورد مطالعه

		گروه
سطح درآمد خانوار	خوب	فراوانی	۶۳
		درصد	۲۹%
	متوسط	فراوانی	۱۱۳
		درصد	۵۱
	ضعیف	فراوانی	۴۴
		درصد	۲۰
جمع کل		فراوانی	۲۲۰

	درصد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، در آمد **متوسط** بیشترین فراوانی (۱۱۳ نفر) حدود ۵۱ درصد، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳-۶ : توزیع فراوانی و درصد وضعیت مسکن جمعیت مورد مطالعه

			گروه
وضعیت مسکن	شخصی	فراوانی	۱۳۲
		درصد	۶۰
	استیجاری	فراوانی	۸۸
		درصد	۴۰
جمع کل		فراوانی	۲۲۰
		درصد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، وضعیت مسکن **شخصی** بیشترین فراوانی (۱۳۲ نفر) حدود ۶۰/۰ درصد، را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳-۷ : توزیع فراوانی و درصد تحت پوشش بیمه جمعیت مورد مطالعه

			گروه
تحت پوشش خدمات بیمه درمانی	بلـــه	فــراوانی	۱۹۵
		درصــد	۸۹
	خیـــر	فــراوانی	۲۵
		درصــد	۱۱
جمع کل		فــراوانی	۲۲۰

	درصد	100.0%

همان طوری که در جدول فوق ملاحظه می شود، بیشترین فراوانی (۱۹۵ نفر) حدود ۸۹ درصد، نمونه ها دارای بیمه بودند.

جدول ۳-۸ : توزیع فراوانی و درصد تعداد کل فرزندان جمعیت مورد مطالعه

			گروه
تعداد کل فرزندان	یک فرزند	فراوانی	۹۹
		درصد	۴۵
	دو فرزند	فراوانی	۶۷
		درصد	۳۱
	سه فرزند	فراوانی	۲۷
		درصد	۱۲

	چهار فرزند	**فــراوانی**	**۲۹**
		درصــد	**۱۳**
جمع کل		فــراوانی	۲۲۰
		درصــد	100.0%

همان طوری که در جدول **فوق** ملاحظه می شود، ، **یک فرزند** بیشترین فراوانی (۹۹ نفر) حدود ۴۵ درصد، **چهار فرزند** کمترین فراوانی (۲۹ نفر) حـدود ۱۳ درصد نمونه را به خود اختصاص داده داده است.

جدول ۳-۹. توزیع فراوانی انواع علل خود درمانی در بین شرکت کنندگان مورد مطالعه

ردیف	علل خود درمانی	درصد	تعداد
۱	**بی خطر دانستن داروها**	**۴۱**	**۱۴۶**
۲	**تجربه قبلی از بیماری**	**۳۵,۵**	**۱۲۸**
۳	**در دسترس بودن داروها در منزل و یا گرفتن از آشنایان...**	**۳۴**	**۱۲۲**
۴	**تهیه آسان دارو از داروخانه ها بدون نسخه**	**۳۰**	**۱۰۷**
۵	**مهم تلقی نکردن بیماری**	**۲۹**	**۱۰۶**

۶	**اصرار اطرافیان**	**۲۵**	**۹۱**
۷	**گرانی حق ویزیت پزشکان**	**۱۴**	**۵۰**
۸	**عدم دسترسی به پزشک**	**۱۱,۶**	**۴۲**
۹	**عدم اطمینان به طبابت پزشکان**	**۹**	**۳۳**
۱۰	**نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان**	**۸**	**۳۰**

همانطور که جدول شماره ۳-۹ نشان می دهد مهمترین علل خوددرمانی به ترتیب شامل بی خطر دانستن داروها (۴۱٪)، تجربه قبلی از بیماری(۳۵,۵٪) و در دسترس بودن داروها در منزل و یا گرفتن از آشنایان(۳۴٪) بود.

جدول ۳-۱۰. توزیع فراوانی مصرف خود سرانه دارو بر حسب نوع بیماری در بین شرکت کنندگان

ردیف	نوع بیماری	درصد	تعداد
۱	**خستگی، ضعف و بی حالی**	۲۴	۶۷
۲	**تب**	۲۰	۵۵
۳	**سرفه و سرماخوردگی**	۱۸,۸	۵۲

۴	**مشکلات گوارشی(نفخ-یبوست)**	۱۷	۴۸
۵	**بی خوابی**	۱۵,۵	۴۳
۶	**سر درد**	۱۳	۳۶
۷	**قاعدگی**	۱۲,۶	۳۵
۸	**تهوع و استفراغ**	۸,۶	۲۴

همانطور که جدول فوق نشان میدهد در رابطه با فراوانی خوددرمانی بر حسب نوع بیماری بیشترین فراوانی مربوط به خستگی، ضعف و بی حالی (۲۴٪) و کمترین فراوانی مربوط به بیماری اسهال (۶,۸٪) بود.

جدول ۳-۱۱. توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار نمره خود درمانی شرکت کنندگان مورد مطالعه

ردیف	**خود درمانی**	بلی(۱۶۷نفر) *mean± SD*	خیر(۵۳) *mean± SD*	سطح معناداری
۱	**آگاهی**	*4.15±1.80*	*7.63±1.57*	*0.001*
۲	**نگرش**	*21.78±4.25*	*27.41±4.18*	*0.001*
۳	**کنترل رفتاری درک شده**	*9.68±2.37*	*12.04±2.11*	*0.001*
۴	**نرم های انتزاعی**	*11.97±2.01*	*16.21±2.15*	*0.001*

همانطور که جدول شماره ۳-۱۱ نشان می دهد بین میانگین نمره تمامی سازه های مدل در افراد داری خود درمانی و افراد بدون خود درمانی تفاوت معنا داری وجود دارد($p<0.01$).

جدول ۳-۱۲. نتایج تحلیل عوامل دموگرافیک بر خود درمانی با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان	سطح معنا داری

سن			
۱۸-۲۹	۱		
۳۰-۳۹	۱,۵۶	۱,۱۸-۲,۰۸	۰,۰۰۴
40≥	۱,۹۴	۱,۰۴-۳,۷۹	۰,۰۴
دفترچه بیمه			
بلی	۱		
خیر	۱,۴۱	۱,۲۰-۱,۸۷	۰,۰۰۱
محل زندگی			
شهر	۱		
روستا	۱,۵۵	۱,۱۵-۲,۱	۰,۰۰۱
سطح سواد			
دانشگاهی	۱		
دیپلم و دبیرستان	۱,۲۵	۱,۰۶-۱,۲۷	۰,۰۰۳
بیسواد و ابتدایی	۱,۴۶	۱,۱۸-۱,۹۱	۰,۰۰۱

جدول ۳-۱۳. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک عوامل روانشناختی موثر بر خوددرمانی

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان	سطح معنا داری
نگرش	۰,۶۸	۰,۵۱-۰,۹۲	۰,۰۲
نرم های انتزاعی	۰,۷۲	۰,۵۸-۰,۹۱	۰,۰۰۸
آگاهی	۰,۵۷	۰,۳۵-۰,۹۴	۰,۰۳
کنترل رفتاری درک شده	۰,۷۴	۰,۶۰-۰,۸۹	۰,۰۰۱

جدول ۳-۱۲ و ۳-۱۳ نشان دهنده عوامل دموگرافیک و روانشناختی موثر بر خوددرمانی می باشد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد تعدادی از متغیرهای دموگرافیک همچون سن، محل سکونت، سطح سواد و نداشتن بیمه درمانی و همه سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده پیشگویی کننده معنی داری برای خود درمانی بودند و در بین سازه های مدل، خودکارآمدی، نرم های انتزاعی، نگرش و آگاهی به ترتیب مهمترین پیشگو بودند.

فصل چهارم:

بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها

۴. بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

۴-۱.بحث

استفاده از داروها در جهت درمان بیماری ها همانند شمشیر دو لبه عمل می کنند؛ چرا که به غیر از درمان بیماری همگی دارای طیفی از عوارض ها به همراه خود برای بدن انسان می باشند. تحقیقات انجام شده اشاره به وجود تفاوت در مصرف خودسرانه داروها در بین جنسیت زن و مرد داشته اند که این تفاوت نشان دهنده استفاده ی خودسرانه داروها و خوددرمانی بیشتر در بین زنان بوده است(۴۱،۶۴) و با توجه به نقش پر رنگ زنان در خانواده این تحقیق نیز با هدف انجام یک بررسی در جهت تغیین الگوی خوددرمانی و آگاهی، نگرش ، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده، قصد و رفتار زنان در خوددرمانی داروها صورت گرفت. در این مطالعه ۷۶ درصد از نمونه ها در سه ماه گذشته سابقه خود درمانی داشتند که این نتیجه با یافته مطالعات *Ocan*وهمکاران در شمال اوگاندا با میزان شیوع خود درمانی ۷۵,۷٪.(۶۱) همسو بود. اما در مقایسه با شیوع ۲۳٪ خوددرمانی در ۱۲ کشور اروپایی(۵۹) بالاتر بود. با در نظر گرفتن مطالب ذکر شده توجه به عوارض ناشی از مصرف خودسرانه داروها در افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است که در این میان توجه به جمعیت زنان به دلیل واقع شدن در دوران های حساسی همچون بارداری و شیردهی و همچنین تماس بیشتر با افراد خانواده و الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده از اهمیت مضاعفی برخوردار است؛ به طوری که 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 مسؤول بیش از ۳ ٪ از ناهنجاری های مادرزادی است. از این رو تولد یک نوزاد ناهنجار می تواند مشکلات خانوادگی و اجتماعی شدیدی را برای فرد و جامعه ایجاد کند . از طرفی بسیاری از مطالعات نشان داده اند که زنان تمایل ویژه ای به مصرف خودسرانه داروها از خود نشان می دهند و معمولا به طور مکرر برای درمان مشکلاتی همچون قاعدگی دردناک، رفع علایم یائسگی، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری و

شیردهی از داروها استفاده می کنند(۴۶،۴۷)؛ به عنوان مثال بیش از ٪۵۳ از زنان در تمام طول عمر خود دچار عفونت های قارچی واژینال می شوند که در ۴۳ تا ۷۳ ٪ از این زنان این عفونت ها در طول عمر گرایش به عود مجدد نشان می دهند که تمام این عوامل می توانند زمینه ساز خود درمانی در زنان باشند(۴۶،۴۷). با توجه به اینکه خودرمانی باعث عواملی همچون افزایش سرانه مصرف دارو، مقاومت دارویی، عدم درمان بهینه، مسمومیت‌ها، عوارض ناخواسته و غیره می‌شودو از طرفی خود درمانی در زنان به دلیل واقع شدن در دوران های حساسی همچون بارداری و شیردهی و همچنین الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده از اهمیت مضاعفی برخوردار است، لذا انجام مداخلات موثر برای پیشگیری وکاهش خود درمانی بعنوان یک مشکل حاد بهداشتی در زنان ضروری بنظر میرسد.

شیوع بالای خوددرمانی در مطالعه ما چند عاملی بود. برای مثال تهیه آسان و بدون نسخه دارو از داروخانه که این نتیجه با بسیاری از بررسیهای انجام شده در دنیا از جمله *Motola* در ایتالیا(۶۲)همسو بود. تهدید درک شده پایین را میتوان یکی دیگر از عوامل خود درمانی در مطالعه ما دانست، چرا که بی خطر دانستن داروها، و مهم تلقی نکردن بیماری از علل شایع خود درمانی در این مطالعه بود. تهدید درک شده یعنی افراد خود را در معرض خطر ناشی از خوددرمانی دانسته و به این موضوع که سلامتی آنان میتواند با مصرف خودسرانه دارو تحت تأثیر قرار گیرد حساس باشند.همسو با مطالعه ما، درمطالعه *Ahmad* و همکاران تهدید درک شده پایین از مهمترین دلایل خوددرمانی در افراد بود(۶۳). یکی دیگر از علل بالا بودن خود درمانی در این گروه را می‌توان به نسبت بالای در دسترس بودن دارو در منزل نسبت داد. این یافته همسو با مطالعات خسروی بود(۴۸). شیوع بالا در این مطالعه را می توان همچنین با بررسی نرم های انتزاعی و توان پیشگویی کنندگی خوب ان در این مطالعه و این نکته که یک چهارم از نمونه ها خوددرمانی را به اصرار اطرافیان انجام داده بودند و نیز۶۹٪ از همسران و یا دوستان زنان مورد مطالعه آنها را به خوددرمانی تشویق کرده بودند توضیح داد.

در خصوص فاکتورهای پیش بینی کننده خوددرمانی، نتایج نشان داد که از بین سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده نقش خودکارآمدی پررنگ تر از سازه های دیگر بود. قابل ذکر است که این نتایج با یافته های سایر محققین در زمینه رفتارهای پرخطر همخوانی دارد وکارآیی این سازه در کاهش رفتارهای خطر اثبات شده است (۳۱)، بنابراین کارکنان بهداشتی برای کاهش رفتارهای خطر همچون خوددرمانی، بایدخودکارآمدی شخص را از طریق کسب مهارتها و دانش مورد نیاز افزایش دهند.بر اساس یافته های ما افرادیکه خوددرمانی داشتند نمره نگرش کمتری داشتند. دراین بخش ۴۱٪ از زنان مورد مطالعه اعتقاد داشتند دارو های مصرفی آنها بی خطر و ببش از دوسوم آن را نوعی خودمراقبتی میدانستند، که نشان دهنده شیوع نگرشهای نادرست در مورد خوددرمانی میباشد. همسو با نتایج ما، در مطالعه کریمی افراد دارای خوددرمانی نمره نگرش کمتری داشتند (۶۴) . فراتحلیل *Armitage* هم نشان که ارتباطی قوی بین نگرش و رفتار (۰/۷۹ *r)*=برقرار است، لذا انجام کمپین های تغییر باورهای غلط از طریق رسانه های جمعی میتواند مفید باشد.(۶۵)

مطالعاتیکه به بررسی ارتباط آگاهی و عملکرد خود درمانی پرداخته اند(۶۴،۲۸)، نشان داده اند که آگاهی پایین و نادرست یکی از عوامل کلیدی و موثر در خوددرمانی می باشد. در مطالعه ما نیز میزان شیوع خوددرمانی در افرادی که آگاهی پایینتری داشتند بیشتر بود. بطور مشابه در مطالعه*Boner* هم، والدین با آگاهی پایینتر، به میزان بیشتری تجویز خودسرانه انتی بیوتیک در کودکان خود داشتند(۶۶). درمطالعه دیگر YU هم نشان داد که آگاهی و نگرش از فاکتورهای مهم در رفتار خوددرمانی افراد می باشد (۶۷) .

در رابطه با متغیرهای دموگرافیک موثر در خود درمانی، نتایج ما نشان داد که سن یک متغیر پیشگویی کننده موثر در خود درمانی بوده با افزایش سن شانس خوددرمانی افزایش می یابد. این مسئله با توجه به ویژگی‌های فیزیولوژیک بدن به ویژه در اندام‌هایی همچون کبد و کلیه که عمل متابولیسم داروها را بر عهده دارند بسیار مهم است، چرا که همراه با افزایش سن ، کاهش تدریجی در عملکرد کبد و کلیه ایجاد شده و میزان بروز عوارض جانبی داروها (که احتمالاً به دلیل طولانی شدن زمان درمعرض بودن است) افزایش می یابد.تفاوت بین

شیوع خوددرمانی در گروههای مختلف سنی در اکثر مطالعات قبلی گزارش شده است(۶۴،۱۵،۶۷). یافته های ما نشان داد که روستایی بودن در مقایسه با شهری بودن شانس خود درمانی را افزایش میدهد که این مساله را میتوان به عواملی همچون عدم دسترسی روستاییان به پزشک و خدمات درمانی که موجب ذخیره کردن دارو در منزل می شود، همچنین بی سوادی و سواد کمتر روستاییان در نتیجه آگاهی کمتر از عوارض جانبی خوددرمانی توضیح داد.خود درمانی بیشتر روستانشین ها در مطالعات دیگر هم اثبات شده است(۶۴،۳۴،۳۵). در مطالعه ما نداشتن بیمه درمانی شانس خوددرمانی را افزایش میدهد چرا که افراد فاقد بیمه بدلیل گرانی ویزیت پزشکان ترجیح میدهند مستقیما به داروخانه ها مراجعه ودارو دریافت کنند. یکی دیگر از عوامل موثر در خوددرمانی در مطالعه ما سطح سواد بود. بطوری که با کاهش سطح سواد شانس خوددرمانی افزایش می یافت. همانطور که در مطالعات قبلی هم اثبات شده(۴۱،۵۲،۶۴) این مساله را میتوان با سواد سلامتی کمتر افراد کم سوادتر و در نتیجه دانش کمتر انها در زمینه خطرات خوددرمانی توضیح داد. محققان اعتقاد دارند نقش سواد در سلامتی و رفتارهای بهداشتی بیش از درآمد و ثروت است(۶۴). از محدودیتهای مطالعه حاضر میتوان به خودگزارشی بودن مصرف دارو و نیز عدم شرکت مردان در مطالعه اشاره کرد.

۴-۲.نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشاندهنده شیوع بالای خوددرمانی در میان زنان ایرانی می باشد و با توجه به نقش مهم زنان در سلامت خانواده و جامعه این مساله باید بعنوان یک هشدار تهدید کننده سلامتی در ایران در نظر گرفته شود. طراحی و اجرای برنامه های اموزشی از طریق پزشکان، و رسانه های جمعی بمنظور تغییر آگاهی، نگرش، و بهبود خودکارآمدی و عملکرد زنان در زمینه مصرف خودسرانه داروها، همچنین کاهش اقلام داروی تجویزی در نسخ بیماران و برنامه های نظارتی بر داروخانه ها جهت جلوگیری از فروش بدون نسخه دارو توصیه می شود.

۴-۳. پیشنهادات

۱. بالا بردن میزان آگاهی و تغییر باورهای افراد در زمینه ی مصرف خودسرانه ی دارو از طریق رسانه های گروهی.

۲. تولید داروهایی با کیفیت بالاتر، موجب کاهش مصرف چند دارویی در سطح کشور و کاهش عوارض مصرف دارو در افراد، میشود

۳. توزیع بروشور های رایگان در مورد عوارض مصرف خودسرانه ی داروها در جامعه.

۴. راه اندازی سیستم ارجاع پزشک خانواده در سطح کشور به منظور سازماندهی خدمات درمانی.

۵. نظارت دقیق بر عملکرد داروخانه ها.

۶. خودداری داروخانه ها از ارائه ی داروی بدون نسخه به افراد .

۷. انجام مطالعات مشابه در گروهها و قومیت های مناطق دیگر کشور برای ارزیابی توان پیشگویی سازه ها

۸. انجام یک مطالعه مداخله ای با استفاده از سازه هایی که توان پیشگویی کنندگی موثری در این پژوهش داشتند.

۴-۴. تقدیر و تشکر:

ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی ساوه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب قدردانی خود را از کلیه کارشناسان مامایی و بهداشت خانواده مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی ساوه اعلام نمایند. همچنین لازم است نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزان شرکت کننده در این طرح اعلام نمایند.

فهرست منابع و مآخذ

References

1.Jayasuriya DC. Let pharmacists do more for health in developing countries .World Health Forum: 1994 :15 (4): 403-5

، Pergamon press،2)Bent L.Z. The pharmacological basis of therapeutic.8 edition 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

Genevar: World Health ،8) World Health Organization. The world drug situation 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

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

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

Ephross SA. Monitoring peregnancy outcome after prenatal drug ، Reiff E،19) Heffner CR 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.

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

Lopez A. Patterns of regular drug use in Spanish child bearning ، Bosch F،24) Jimenez E 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 شـهر کرمـان از مصرف دارو در دوران بارداری و شیردهی .مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمـان، سـال ۷۴، دوره دوم، شـماره ۴،ص ۱۵۸-۱۶۴

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.

61) Ocan M, Bwanga F, Bbosa GS, Bagenda D, Waako P, Ogwal-Okeng J, Obua C: Patterns and predictors of self-medication in northern Uganda. PloS one 2014, 9(3):e92323.

62) Motola G, Russo F, Mazzeo F, Rinaldi B, Capuano A, Rossi F, Filippelli A: Over-the-counter oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a pharmacoepidemiologic study in southern Italy. Advances in therapy 2001, 18(5):216-222

63) Ahmad A, Patel I, Mohanta G, Balkrishnan R: Evaluation of self medication practices in rural area of town Sahaswan at Northern India. Annals of medical and health sciences research 2014, 4(8):73-78.

64) Karimy, M., Heidarnia, A., & Ghofranipour, F.). Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model.Arak UMS 2011,10 (4):85-92.

65) Armitage CJ, Conner MJBjosp. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. 2001;40(4):471-99.

66) Bonner S, Zimmerman BJ, Evans D, Irigoyen M, Resnick D, Mellins RB: An individualized intervention to improve asthma management among urban Latino and African-American families. Journal of Asthma 2002, 39(2):167-179.

67) Yu M, Zhu Y, Song X, Yang L, Tao T, Zhao Q, Xu B, Zhao G: Insights into citizens' purchasing habits of antibiotics from medicinal sales data of retail pharmacies in rural China. Fudan Univ J Med Sci 2013, 40(3):253-258.

ضمائم

بنام خدا

کد پرسشنامه :

با سلام و عرض ادب، این پرسشنامه به منظور بررسی الگو و عوامل موثر بر مصرف خود سرانه دارو(خود درمانی) در زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ستان زرندیه طراحی گردیده است. لطفاً با دقت و حوصله به سوالات ما پاسخ دهید و پاسخ دقیق شما می تواند ما را در راه برنامه ریزی آموزشی و در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه کمک نماید. لازم به ذکر است اطلاعات و پاسخ های شما محرمانه می باشد. از اینکه وقت خود را در اختیار ما گذاشته اید بی نهایت سپاسگزاریم.

با تشکر محمود کریمی

پرسشنامه طرح تحقیقاتی

ضمیمه(الف)

مشخصات دموگرافیک مادر

۱- سن مادر: ..... سال

۲- شغل : شاغل ☐ خانه دار

۳- میزان تحصیلات : بیسواد تحصیلات

۴- میزان تحصیلات همسر : بیسواد تحصیلات

۵- سطح در آمد خانوار : خوب متوسط ضعیف

۶- وضعیت مسکن : شخصی استیجاری

۷- محل سکونت شهر روستا

۸- آیا تحت پوشش خدمات بیمه درمانی هستید : بله خیر

۹- تعداد کل فرزندان .....

۱۰- تعداد کل فرزندان زیر ۶ سال .....

ضمیمه(ب)

خوددرمانی یعنی مصرف هر گونه دارو یا مکمل دارویی(حتی یک عدد) بدون تجویز پزشک.

- سؤالات آگاهی

۱- خود درمانی شما می تواند به دلیل کدامیک از موارد زیر باشد ؟

الف) استفاده از داروهای تجویز شده در موارد مشابه

ب) عدم اطمینان به طبابت پزشکان

ج) استفاده از داروهای اضافی باقی مانده در منزل برای بیماریها

د) همه موارد فوق

۲- در کشور ایران کدامیک از داروهای زیر بیشتر به صورت خودسرانه استفاده می شوند؟

الف) مسکن ها

ب) آنتی بیوتیک ها

ج) ویتامین ها و مکمل ها

د) داروهای مربوط به بیماریهای گوارشی

۳- مصرف خودسرانه دارو می تواند منجر به مقاوم تر شدن بیماری به دارو در بدن شود .

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

۴- مصرف خودسرانه دارو می تواند منجر به شدت یافتن بیماری در بدن شود .

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

۵- مصرف خودسرانه دارو می تواند منجر به طولانی تر شدن زمان بیماری در فرد شود .

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

۶- مصرف خود سرانه کدامیک از داروهای زیر مشکل ایجاد می کند ؟

الف) ویتامین ها ب) آنتی بیوتیک ها ج) مسکن ها د) همه موارد

۷- به هنگام ابتلای شما به بیماری باید داروها را تا چه مدتی مصرف کرد؟

الف) با برطرف شدن علائم بیماری باید مصرف دارو قطع شود.

ب) می توان با بهبود وضعیت حال عمومی کودک مصرف دارو را قطع کرد.

ج) باید دوره درمان را کامل کرد، هر چند این دوره طولانی باشد.

د) باید از داروهای در دسترس به هر مقدار که امکان دارد برای خود استفاده نمود.

۸- کدامیک از اندام های زیر نسبت به عوارض مصرف خودسرانه دارو آسیب پذیرتر است؟

الف) کلیه ب) قلب ج) کبد د) کلیه و کبد

۹- در صورت بروز بیماری چه زمانی باید دارو مصرف شود؟

الف) با مراجعه به پزشک ب) بروز تب ج) حداقل ۲ روز بعد از شروع بیماری د) هیچکدام

(ضمیمه پ)

➢ سؤالات نگرش

به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا مفید	بسیار مفید	مفید	بی ضرر	مضر	بسیار مضر	کاملا مضر
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا عاقلانه	بسیار عاقلانه	عاقلانه	نه عاقلانه- نه غیر عاقلانه	غیر عاقلانه	بسیار عاقلانه	کاملا غیر عاقلانه
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا خوب	بسیار خوب	خوب	نه خوب- نه بد	بد	بسیار بد	کاملا بد
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا مطلوب	بسیار مطلوب	مطلوب	نه مطلوب - نه نامطلوب	نامطلوب	بسیار نامطلوب	کاملا نامطلوب
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا صحیح	بسیار صحیح	صحیح	نه صحیح - نه غلط	غلط	بسیار غلط	کاملا غلط
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا اثر بخش	بسیار اثر بخش	اثر بخش	نه اثر بخش- نه غیر اثر بخش	غیر اثر بخش	بسیار غیر اثر بخش	کاملا غیر اثر بخش
به نظر من خوددرمانی .....است،	کاملا عادی	بسیار عادی	عادی	نه عادی - نه غیرعادی	غیرعادی	بسیار غیر عادی	کاملا غیرعادی

(ضمیمه ت)

➢ **سؤالات هنجارهای انتزاعی**

۱- بیشتر افرادی که برایم مهم هستند، فکر می کنند من باید خوددرمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۲-بیشتر افرادی که برایم مهم هستند، از من می خواهند که خوددرمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۳-از من انتظار می رود که خود درمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۴-احساس می کنم برای خوددرمانی، تحت فشار جامعه هستم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم

(ضمیمه ث)

➢ سؤالات کنترل رفتاری درک شده

۱-انجام خود درمانی خارج از توان من است	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۲-انجام خود درمانی تحت کنترل من است	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۳- انجام خود درمانی برای من آسان است	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم

(ضمیمه ج)

➢ **مقیاس قصد**

۱- قصد دارم در سه ماه آینده خود درمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۲- من در سه ماه آینده خود درمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم
۳-از خود انتظار دارم در سه ماه آینده خود درمانی کنم	کاملا موافقم	خیلی موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	خیلی مخالفم	کاملا مخالفم

(ضمیمه چ)

- ❖ رفتار
- ➢ چک لیست عملکرد

طی ۲ ماه گذشته در کدامیک از بیماریهای زیر بدون تشخیص یا تجویز پزشک اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده اید؟

ردیف	بیماری	عملکرد				
		همیشه	اغلب	گاهی	بندرت	هرگز
۱	سرماخوردگی					
۲	کم خونی					
۳	بیماریهای پوستی					
۴	اسهال					
۵	تب					
۶	عفونت گوش					
۷	گلو درد					
۸	استفراغ					
۹	چشم درد					

۱۰	عفونت بند ناف					
۱۱	سوختگی و بریدگی					
۱۲	برفک دهان					
۱۳	سینه پهلو					
۱۴	سایر بیماریها					

طی ۲ ماه گذشته کدامیک از داروهای زیر را به صورت خودسرانه یا بدون تجویز یا تشخیص پزشک برای کودک خود مصرف کرده اید؟

ردیف	بیماری	عملکرد			
		همیشه	گاهی	بندرت	هرگز
۱	قطره یا شربت مولتی ویتامین				
۲	قرص آهن				
۳	آنتی بیوتیک ها				
۴	مسکن				
۵	شربت سرما خوردگی				
۶	دارو های ضد استفراغ				
۷	استامینوفن				
۸	سایر داروها				

❖ علل خود درمانی

کدامیک از علل زیر در مصرف خودسرانه دارو برای شما نقش داشته است؟

ردیف	بیماری	عملکرد			
		همیشه	گاهی	بندرت	هرگز
۱	اصرار اطرافیان				
۲	عدم دسترسی به پزشک				
۳	گرانی حق ویزیت پزشکان				
۴	مهم تلقی نکردن بیماریها از سوی شما				
۵	نداشتن وقت کافی جهت مراجعه به مطب یا بیمارستان				
۶	تجربه قبلی از بیماری				
۷	در دسترس بودن داروها در منزل و یا گرفتن از آشنایان...				
۸	تهیه آسان دارو از داروخانه ها بدون نسخه				
۹	نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی				
۱۰	عدم اطمینان به طبابت پزشکان				
۱۱	عدم اطلاع صحیح از اثرات داروها				
۱۲	اعتقاد به این که داروها عارضه ایی ندارند				

ضمیمه (ح)

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه
معاونت آموزش، تحقیقات و فرهنگی دانشجویی

بسمه تعالی

شماره: 98/د/44/94
تاریخ: 1398/02/08
پیوست: دارد

" گواهی خاتمه طرح پژوهشی "

گواهی می‌شود که طرح پژوهشی با عنوان " الگوی خوددرمانی در زنان دارای کودک زیر۵سال و عوامل مرتبط با آن " با کد اخلاق در پژوهش IR.SAVEHUMS.REC1396.15 با مشخصات ذیل از محل اعتبارات پژوهشی این دانشکده به پایان رسیده است. موفقیت روز افزون محققان محترم را در عرصه‌های مختلف علمی و پژوهشی از درگاه احدیّت آرزومندیم.

مجری/ مجریان طرح پژوهشی

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرکز محل خدمت	نوع استخدام
۱	محمود کریمی	دانشکده پرستاری و مامایی	رسمی

دکتر حمیدرضا کوهستانی
سرپرست معاونت آموزش، تحقیقات
دانشجویی فرهنگی

HiDoctor.ir

Abstract

Background: *Self-medication is a public health concern that may create several problems like increasing drug resistance, raising drug use per capita, and creating side effects. This study was conducted to determine predictors of self-medication based on the theory of planned behavior (TPB) in the Iranian women.*

Methods: *In this descriptive-analytic study, 220 married women completed the validated, anonymous, self-administered questionnaire. A questionnaire including demographic variables, knowledge, and TPB structures, and the checklist of women's self-medication practices were used to collect the needed data. The study was conducted in six urban health centers of Shush and Zarandieh city in Iran during April to July 2016. Data were analyzed using SPSS 23.0 applying t-test and logistic regression.*

Results: *The results show that 76% of the subjects had a history of self-medication and 98.9% stored drugs at home. The most important reasons of self-medication were identified as considering medications harmless (41%), having a history of the disease (35.5%), and medications availability at home or from others (34%), respectively. The most frequent diseases for self-medication were fatigue, weakness, and anxiety (24%), and fever (20%). In addition, variables including age, place of residence, education level, and status of health insurance, as well as all constructs of the TPB were significant predictors for self-medication.*

Conclusion: *The findings indicate the high prevalence of self-medication among Iranian women. Regarding the important role of women in the health of family and society, this subject must be considered as a serious problem in Iran. In this regard, it is recommended to consider factors affecting SM among women to reduce this health threatening factors.*

Keywords: *Theory of planned behavior; self-medication; women*

IN THE NAME OF GOD

ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH TREATMENT AND MEDICAL EDUCATION
SAVEH UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES RESEARCH VICE-CHANCELLOR

Final report of research entitled

Prevalence and factors influencing self-medication among women in Zarandieh

With approved number

Excutive

KARIMY MAHMOOD

2018