

سنجش سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پیشگیری از خوددرمانی در مادران شهرستان آزادشهر در سال ۱۳۹۳

سمانه مظفری^۱، دکتر محسن شمس^{۲*}، دکتر نسرين روزبهانی^۳، مهدی رنجبران^۳

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
 ۲- استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
 ۳- مربی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۶

دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۲

چکیده:

مقدمه: خوددرمانی می تواند مضرات مهمی را برای فرد و جامعه ایجاد نماید و به ویژه در کودکان به دلیل واقع شدن در سنین رشد و تکامل از اهمیت مضاعفی برخوردار می باشد. پژوهش حاضر به سنجش سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در این زمینه پرداخته است.

روش کار: این مطالعه مقطعی- تحلیلی بروی ۲۳۱ مادر دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری، شهرستان آزادشهر به صورت نمونه گیری خوشه ای در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته، شامل آگاهی و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بود که نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده، قصد رفتاری و عملکرد را در بر می گرفت؛ روایی و پایایی پرسشنامه، قبل از مطالعه بررسی شد و در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS/22 تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی (۶۱/۳۱±۱۶/۸۲)، نگرش (۷۴/۱۳±۱۱/۲۳)، هنجار ذهنی (۷۲/۷۴±۹/۱۰)، کنترل رفتار درک شده (۷۵/۷۴±۹/۰۹)، قصد رفتاری (۸۵/۳۲±۱۱/۸۲)، عملکرد (۸۵/۸۴±۱۲/۸۹) بودند. بین متغیر نگرش با عملکرد همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($r=0/15$ و $p=0/019$) ولی بین عملکرد و سایر سازه ها ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$).

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج مطالعه حاضر و همبستگی مستقیم متغیر نگرش با عملکرد مادران پیشنهاد می شود در زمان طراحی مداخلات اصلاح مصرف خودسرانه دارو تاکید بر ایجاد نگرش مثبت در مادران از پیامدهای رفتار و عواقب منفی ناشی از مصرف خودسرانه داروها در کودکان در نظر گرفته شوند

کلیدواژه ها: آگاهی / تئوری رفتار برنامه ریزی شده / عملکرد / نگرش

*نویسنده مسئول: دکتر محسن شمس؛ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
 Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

مقدمه:

خوددرمانی به عنوان کاربرد خودسرانه دارو بدون دستور پزشک تعریف شده است (۱). خود درمانی معمولاً اولین عمل فرد بیمار به منظور کاهش یا تخفیف علائم بیماری قبل از دریافت مراقبت‌های پزشکی است (۳، ۲). مصرف نابجای دارو به جهت عوارض جانبی، خطرات، مرگ و میر و همچنین هزینه های بسیار سنگین آن در بودجه دارویی دولت ها، شرکتهای بیمه و جمعیت عمومی مردم از مسائل مهم جوامع به حساب می آید. مصرف نادرست دارو یک معضل جهانی است و در سراسر جهان مصرف خودسرانه دارو به طور فزاینده ای در حال گسترش است؛ به طوری که براساس یک بررسی توسط انستیتوی ملی سوء مصرف دارو در آمریکا گزارش شده است که در سال ۲۰۰۳ مصرف خودسرانه داروهای ضد درد در افراد ۱۸ تا ۲۵ سال در آمریکا از ۲۲/۱ درصد به ۳۲/۷ درصد افزایش یافته است. چهارمین تا هشتمین عامل مرگ و میر مردم جوامع مختلف دنیا ناشی از عوارض منفی مصرف داروها است. در سطح جهان سالانه از هر یکصد نفر یک نفر دچار مرگ و میر ناشی از عوارض منفی مصرف دارو می شود. سالانه ۱۰۰ هزار مرگ و میر در آمریکا ناشی از عوارض دارو ثبت شده است و میلیون ها نفر از عوارض آن رنج می برند. مصرف ناصحیح دارو از لحاظ سلامت، اقتصاد، مصرف منابع و امکانات مردم و مسئولان را آزار می دهد. بر اساس اعلام وزارت بهداشت فروش کل دارو در سال ۱۳۸۴ بالغ بر ۲۶/۸۷۴ میلیارد عدد بوده که با احتساب جمعیت ایران هر ایرانی در سال ۸۴ بطور متوسط ۳۸۶ عدد دارو مصرف کرده است و این مسئله حاکی از آن است که مصرف دارو در کشور فاقد الگوی صحیح است و تلاش های صورت گرفته برای اصلاح این الگو از موقعیت چندانی برخوردار نبوده است و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل مصرف بی رویه و خودسرانه دارو روبرو است. (۴)

داروهای پیشخوان *Over-the-counter (OTC)* معمولاً به منظور خوددرمانی استفاده می شوند اما داروهای مکمل و جایگزین نیز ممکن است مورد استفاده قرار گیرند (۵-۱۱). این داروها اغلب به عنوان دارو مورد استفاده قرار نمی گیرند بلکه بیشتر به عنوان مکمل و یا جایگزین هایی برای مراقبت های متعارف پزشکی کاربرد

دارند (۱۲). نگرانی در مورد خطرات این داروها به دلیل عوارض جانبی آنها در بدن وجود دارد چرا که اغلب طبیعی و بی خطر در نظر گرفته می شوند (۱۶-۱۳).

با توجه به اینکه والدین به عنوان اولین مراقبان فرزندان خود مقدار داروی مصرفی در فرزندشان را مدیریت می کنند و مطالعات گذشته نیز دیدگاه و نگرش والدین نسبت به چگونگی تأثیر داروها را نشان می دهد و در واقع آنها میزان نیاز فرزندانشان به داروها را در شرایط مختلف ارزیابی می کنند (۲۱-۱۷).

محققان معتقدند، آموزش، رکن اساسی تمام رفتارهای پیشگیری کننده است. آموزش بهداشت فرآیندی برای آموختن به افراد یا گروه ها در جهت ارتقاء، حفظ و بازسازی سلامت آنهاست؛ در واقع، آموزش بهداشت، عاملی مهم است برای ارتقاء تندرستی، بالا بردن کیفیت و استانداردهای زندگی سالم، افزایش مشارکت جامعه در فعالیتهای رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی. ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه ها نیز به مقدار زیادی به استفاده صحیح از نظریه ها و مدل ها در آموزش بهداشت بستگی دارد (۲۲). در عمل، نظریه های متعددی برای ارائه آموزش های بهداشتی وجود دارند که در انتخاب آنها باید بسیار دقت کنیم؛ در این میان، یکی از نظریه های مهم، مدل رفتار برنامه ریزی شده و یکی از نظریه های تغییر رفتار است؛ بر اساس این نظریه، مهم ترین عامل تعیین کننده رفتار در هر فرد، قصد رفتاری است که تحت تأثیر سه سازه «نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده» قرار دارد (۲۳).

نظریه رفتار برنامه ریزی شده در تشخیص و درک عوامل محیطی و فردی مؤثر بر رفتار استفاده می شود. در این نظریه می توان علاوه بر رفتار مستقیم فرد، قصد رفتاری را که در واقع، ارتباطی نزدیک با خود رفتار دارد، مورد سنجش قرار داد. بنابراین، در مطالعه حاضر از این مدل بمنظور ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو استفاده شده است که می توان از طریق سنجش قصد تا حدودی به رفتار فرد پی برد. لازم به یادآوری

خوددرمانی، مصرف صحیح دارو و انواع خوددرمانی با ۱۱ پرسش و بخش سوم: سازه نگرش با در نظر گرفتن ابعادی چون عقیده مادر در خصوص نقش خوددرمانی در پیشگیری از بروز بیماری، اطمینان نداشتن به کار پزشکان و توصیه های سیستم بهداشتی با ۹ پرسش، سازه هنجارهای انتزاعی با ۸ پرسش، سازه کنترل رفتار درک شده با ۱۱ پرسش، قصد رفتاری با ۶ پرسش و ارزیابی چک لیست عملکرد با ۲۶ پرسش بود.

برای امتیازدهی پرسشنامه در قسمت آگاهی که ۱۱ پرسش به صورت چهار گزینه‌ای بودند، برای هر پاسخ درست نمره یک و برای بقیه گزینه‌ها نمره صفر داده شد و در بخش ارزیابی عملکرد برای رفتار صحیح نمره یک و برای رفتار غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. پرسش‌های مربوط به نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌تایی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طبقه بندی شدند. در نهایت نمرات بر اساس نمره ۱۰۰ تراز شد.

سنجش روایی (*Validity*) پرسشنامه با شیوه روایی محتوایی سنجیده شده است؛ بدین صورت که پرسشنامه بر اساس مدل رفتار برنامه ریزی شده و با توجه به منابع معتبر تهیه و پس از آن توسط اساتید صاحب صلاحیت بررسی و براساس نظریات، اصلاح شد (۶۰،۲۲-۵). در این مرحله تعداد ۶ سوال به دلیل نسبت روایی محتوایی پایین حذف شدند. پس از آن ضریب پایایی پرسشنامه برای کل سازه ها و هر یک از سازه‌ها به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج همسانی درونی با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ نشان می دهد که همه ضرایب، مطلوب و رضایت بخش هستند به طوری که مقدار آن در پرسش‌های آگاهی ۰/۷۰۴، نگرش ۰/۷۴، هنجار ذهنی ۰/۷۱، کنترل رفتار درک شده ۰/۷۰، قصد رفتاری ۰/۸۶ و چک لیست ارزیابی عملکرد ۰/۷۶ به دست آمد.

پس از اصلاح پرسش ها، پرسشنامه نهایی، تدوین شد؛ پس از بیان توضیحات لازم درباره محرمانه ماندن اطلاعات و نیز کسب رضایت از نمونه‌ها، پرسشنامه در مراکز بهداشتی - درمانی، توسط پرسشگران زن جهت مادران دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه کننده براساس گفته های

است که مطالعه‌ای با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده و سنجش قصد رفتاری مادران در زمینه پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودکان در جهان یافت نشد؛ لذا هدف از این طرح، تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان براساس نظریه یاد شده در مادران دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری، شهرستان آژادشهر بوده است که نتایج حاصل از انجام آن می توانند در زمینه تهیه برنامه‌ریزی‌های آموزشی و اجرایی بر اساس مدل رفتار برنامه ریزی شده در سایر مراکز بهداشتی- درمانی در جهت امر آموزش و پیشگیری از عوارض سوء ناشی از مصرف خودسرانه دارو در کودکان استفاده شوند.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی- تحلیلی، نمونه ها با توجه به مطالعه مشابه (۵) و با در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار ۲۲/۷۵ و سطح اطمینان ۹۵٪ و حداکثر خطای قابل قبول برابر $d=3$ و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با برآورد میانگین به تعداد ۲۳۱ مادر دارای کودک زیر ۶ سال انتخاب شدند.

$$n = \frac{z^2 s^2}{d^2}$$

نمونه گیری به روش تصادفی خوشه ای صورت گرفت. بدین صورت که از میان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آژادشهر، تعداد چهار مرکز شهری از ۴ منطقه مختلف شهر براساس نمونه گیری خوشه ای به عنوان خوشه در نظر گرفته شد (۲ مرکز به عنوان مورد و ۲ مرکز شاهد) و از هر یک به نسبت جمعیت مادران تحت پوشش، تعداد مشخصی نمونه به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی از لیست دفتر مراقبت کودک یا دفتر واکسیناسیون) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: مادران دارای کودک زیر ۶ سال و عدم ابتلای کودک به بیماری خاص و از جمله معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل مادر برای تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و چک لیست پژوهشگر ساخته، حاوی ۸۶ پرسش مشتمل بر سه بخش بود؛ بخش اول: پرسش‌های دموگرافیک؛ بخش دوم: پرسش‌های آگاهی با ابعاد عوارض

فرد تکمیل گردید.

یافته‌ها:

در این مطالعه تعداد ۲۳۱ مادر با میانگین سنی $28/76 \pm 5/34$ سال مورد بررسی قرار گرفت، میانگین تحصیلات مادران $11/60 \pm 3/55$ سال و میانگین تحصیلات همسرانشان $11/15 \pm 3/71$ سال بود. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS/22 و با کمک آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت. $p < 0/05$ نیز به عنوان سطح معنی دار آماری در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

| مشخصات دموگرافیک | تعداد | درصد |
|-----------------------|-------|------|
| شغل | | |
| شاغل | ۳۳ | ۱۴/۳ |
| خانه‌دار | ۱۹۸ | ۸۵/۷ |
| درآمد | | |
| خوب | ۴۲ | ۱۸/۲ |
| متوسط | ۱۵۹ | ۶۸/۸ |
| ضعیف | ۳۰ | ۱۳ |
| مسکن | | |
| شخصی | ۱۱۸ | ۵۱/۱ |
| استیجاری | ۱۱۳ | ۴۸/۹ |
| بیمه | | |
| دارد | ۱۸۹ | ۸۱/۸ |
| ندارد | ۴۲ | ۱۸/۲ |
| تعداد فرزند | | |
| یک فرزند | ۱۱۱ | ۴۸/۱ |
| دو فرزند | ۸۸ | ۳۸/۱ |
| سه فرزند | ۲۶ | ۱۱/۳ |
| چهار فرزند | ۶ | ۲/۶ |
| تعداد فرزند زیر ۶ سال | | |
| یک فرزند | ۱۹۲ | ۸۳/۱ |
| دو فرزند | ۳۸ | ۱۶/۵ |
| سه فرزند | ۱ | ۴ |

جدول ۲: آگاهی، نگرش و سازه‌های مدل تئوری رفتار برنامه ریزی شده مادران مورد مطالعه در خصوص پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودکان $n=231$

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|---------------------|---------|--------------|-------|--------|
| آگاهی | ۶۱/۳۱ | ۱۶/۸۲ | ۱۸/۱۸ | ۱۰۰ |
| نگرش | ۷۴/۱۳ | ۱۱/۲۳ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| هنجار ذهنی | ۷۲/۷۴ | ۹/۱۰ | ۴۵ | ۱۰۰ |
| کنترل رفتار درک شده | ۷۵/۷۴ | ۹/۰۹ | ۴۵/۴۵ | ۱۰۰ |
| قصد رفتاری | ۸۵/۳۲ | ۱۱/۸۲ | ۲۰ | ۱۰۰ |
| عملکرد | ۸۵/۸۴ | ۱۲/۸۹ | ۴۲/۳۱ | ۱۰۰ |

در این مطالعه آگاهی، نگرش و سازه‌های مدل تئوری رفتار برنامه ریزی شده مادران در خصوص پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودکان خود سنجیده شد که میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی $(61/31 \pm 16/82)$ ، نگرش $(74/13 \pm 11/23)$ ، هنجار ذهنی $(72/74 \pm 9/10)$ ، کنترل رفتار درک شده $(75/74 \pm 9/09)$ ، قصد رفتاری $(85/32 \pm 11/82)$ ، عملکرد $(85/84 \pm 12/89)$ می باشد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به اینکه توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نرمال بود ($p > 0.05$)، به منظور تعیین همبستگی آگاهی، نگرش و سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی‌شده با عملکرد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده

است. در این مطالعه بین نمره متغیر نگرش با عملکرد همبستگی مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.05$)، اما در خصوص نگرش و سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی‌شده این همبستگی معنادار نبود.

جدول ۳: بررسی هم بستگی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی‌شده در رابطه با پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودکان

| عملکرد | قصد رفتاری | کنترل رفتار درک شده | هنجار ذهنی | نگرش | آگاهی | |
|--------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| | | | | | آگاهی | |
| | | | | | ۱ | |
| | | | | $r = 0.42$ $**p < 0.01$ | نگرش | |
| | | | | $r = 0.19$ $**p < 0.01$ | $r = 0.22$ $**p < 0.01$ | هنجار ذهنی |
| | | | $r = 0.36$ $**p < 0.01$ | $r = 0.51$ $**p < 0.01$ | $r = 0.25$ $**p < 0.01$ | کنترل رفتار درک شده |
| | | $r = 0.45$ $**p < 0.01$ | $r = 0.29$ $**p < 0.01$ | $r = 0.32$ $**p < 0.01$ | $r = 0.24$ $**p < 0.01$ | قصد رفتاری |
| ۱ | $r = 0.76$ | $r = 0.124$ | $r = -0.25$ | $r = 0.155$ | $r = 0.104$ | عملکرد |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

همچنین کاربرد خودسرانه چنین ترکیباتی ممکن است سبب به تأخیر افتادن و طولانی شدن بیماری گردد. بنابراین لزوم اطلاع رسانی از طریق رسانه‌ها و متخصصان به منظور تشویق به عدم مصرف خودسرانه داروها در کودکان امری بدیهی است.

آجزن و فیش بین پیشنهاد می‌کنند، مداخلاتی که هدفشان تغییر رفتار است لازم است عقاید برجسته و باورهای تاثیرگذار را مد نظر قرار دهند (۲۲). در پژوهش حاضر از عقایدی مانند تجربه خوب خود درمانی قبلی، نقش خوددرمانی در پیشگیری از بروز بیماری، اطمینان نداشتن به کار پزشکان و توصیه‌های سیستم بهداشتی در طراحی پرسشنامه استفاده شده بود که نمونه گویایی از عقاید رفتاری جامعه پژوهش بودند.

بر اساس یافته‌های پژوهش در خصوص نگرش مادران در زمینه خوددرمانی، میانگین نمره نگرش ۷۴/۱۳ از ۱۰۰ می باشد و در مطالعه صورت گرفته توسط Sanna و Siponen و همکاران به صورت مطالعه مبتنی بر جمعیت در فنلاند نگرش والدین در خصوص خوددرمانی

بحث:

الگوی رفتار برنامه ریزی‌شده می تواند به عنوان ابزاری در ارزیابی رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه دارو در، کودکان استفاده شود. براساس یافته‌های پژوهش، میانگین آگاهی مادران در خصوص خوددرمانی ۶۱/۳۱ از ۱۰۰ می باشد. این وضعیت در خصوص آگاهی مادران در موارد مختلف خوددرمانی در کودکان از جمله عوارض خوددرمانی، مصرف صحیح دارو و انواع خوددرمانی وجود داشت و در مطالعه مشابه انجام شده در خصوص خوددرمانی نیز آگاهی افراد مورد مطالعه پایین بیان شده است (۲۴). در خصوص افزایش آگاهی مادران نقش رسانه‌های جمعی و همچنین ارایه آموزشهای حضوری از طریق پرسنل مراکز بهداشتی درمانی می تواند موثر باشد.

اگرچه استفاده از داروها براساس دستور پزشک برای کودکان می تواند در درمان بیماری‌ها مفید باشد ولی باید توجه داشت که مصرف بدون تدبیر و ناآگاهانه آنها می تواند سبب مخاطراتی برای سلامت کودکان گردد،

کودکانشان مثبت ذکر شد (۲۵).

مطالعه مشابه دیگر نیز نشان داد که بسیاری از بیماران دلایل استفاده از داروهای گیاهی را کم ضرر بودن این داروها، اعتقادات خانوادگی به این نوع روش درمانی و خسته شدن از بیماری خود و استفاده از داروهای شیمیایی، مزمن شدن بیماری خود و در عین حال کم اثر بودن داروهای شیمیایی در درمان بعضی بیماری‌ها عنوان کردند (۲۶).

بر اساس یافته های پژوهش در خصوص نقش تعیین کننده هنجارهای انتزاعی مادران در زمینه خوددرمانی در کودکانشان، میانگین نمره هنجارهای انتزاعی ۷۲/۷۴ از ۱۰۰ می باشد. هنجارهای انتزاعی نشان دهنده تصور فرد از تایید یا عدم تایید دیگران مهم نسبت به انجام رفتار است. بنابراین اگر مادران احساس کند مصرف خودسرانه دارو در کودکشان توسط اعضای خانواده، دوستان، کادر پزشکی و سایر افراد بانفوذ از دید آنها مورد تایید قرار دارد، تمایل بیشتری برای مصرف دارند. در پژوهش رشیدی نشان داده شده است که سفارش و تبلیغ داروهای گیاهی از طرف دوستان و آشنایان یکی از عوامل تأثیرگذار در مصرف داروهای گیاهی است (۲۷).

با توجه به خانه دار بودن اغلب زنان و داشتن وقت آزاد بیشتر، آنان از طریق رسانه‌هایی مانند تلویزیون و رادیو و شرکت در مباحث گروهی مختلف نسبت به مسائل مختلف از جمله تجربه‌های خوب خوددرمانی قبلی به همدیگر اطلاع‌رسانی می‌کنند و یکی از عوامل مؤثر در مصرف خودسرانه دارو در کودکان، اطلاعات دریافتی از طریق مباحث مطرح شده در رسانه‌های گروهی و تبلیغات و مباحث شفاهی آشنایان و دوستان است.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر لازم است به منظور اصلاح الگوی مصرف دارو، اطلاع رسانی مناسب از طریق رسانه های گروهی انجام شود و در مراجعات مردم به مراکز بهداشتی درمانی نسبت به عدم مصرف خودسرانه دارو در همه گروه‌ها و بخصوص کودکان آموزش لازم صورت پذیرد.

میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده مادران در خصوص عدم خوددرمانی در کودکانشان ۷۵/۷۴ از ۱۰۰ می باشد. کنترل رفتار درک شده مادر نشان دهنده این است که مادر چقدر احساس می کند که مطابق با رفتار

مشخص شده برخورد نماید. بنابراین اگر مادر به آن درک و باور رسیده باشد که مصرف خودسرانه دارو علی رغم برخی شرایط نظیر بودن دارو در منزل، نداشتن وقت جهت مراجعه به پزشک، تجربه خوب خوددرمانی قبلی ولی همچنان مصمم است که برای کودکش خوددرمانی نکند.

میانگین نمره قصد رفتاری مادران در خصوص عدم خوددرمانی در کودکانشان ۸۵/۳۲ از ۱۰۰ می باشد. و با توجه به تعریف، قصد رفتاری عبارت از اندیشه انجام رفتار که عامل تعیین کننده بلافصل رفتار مشخص می باشد. بنابراین اگر مادر نگرش و هنجار ذهنی مثبت نسبت به عدم خوددرمانی کودک خود داشته باشد، هرگز تصمیم به خوددرمانی نمی گیرد.

میانگین نمره عملکرد مادران در خصوص عدم خوددرمانی در کودکانشان ۸۵/۸۴ از ۱۰۰ می باشد. این درحالی است که در مطالعه انجام شده توسط شمسی در شهر اراک میزان خوددرمانی مادران برای خود را بیشتر از مطالعه حاضر ذکر نمودند (۲۲). علت این امر می تواند توجه بیشتر مادران به حفظ سلامتی کودکانشان نسبت به خودشان باشد.

نتیجه نهایی:

سنجش سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در خصوص ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو در مادران دارای کودک زیر ۶ سال، می‌تواند به عنوان ابزاری در ارزیابی رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه دارو در مادران، استفاده شود و با توجه به اینکه بین نمره متغیر نگرش با عملکرد همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت باید در راستای افزایش نگرش مادران در این زمینه تلاش کرد تا از این طریق عملکرد نیز ارتقاء یابد. علاوه براین با توجه به اهمیت سایر سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده، همه عوامل باید بطور جامع در زمان طراحی مداخلات به منظور اصلاح مصرف خودسرانه دارو و مصرف آگاهانه در جامعه در نظر گرفته شوند.

از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر این است که گردآوری اطلاعات پرسشنامه از طریق خودگزارش‌دهی بوده و لذا باید در تعمیم نتایج احتیاط نمود هر چند با ارائه وقت کافی و بیان اهداف مطالعه به مادران تا حدودی

اراک در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت که در مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۳۱ و با کد ۱۱۳۶ به تصویب رسیده است؛ بدین وسیله از همکاری کارکنان مرکز بهداشت شهرستان آزادشهر و سایر استادان بزرگوار سپاسگزاری می شود.

این مشکل برطرف گردیده است. پیشنهاد می گردد انجام مطالعات مشابه در ابعاد بزرگتر و در سایر شهرها و گروههای جمعیتی نیز صورت پذیرد.

سپاسگزاری:

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی

References

1. Guarlink DB, ed. *Webster's new world dictionary*. New Delhi, Bombay, Oxford, MBH Publishing Co, 1998.

2. Gerrits T, Haaijer-Ruskamp F, Hardon A. "Preferably half a tablet" health-seeking behavior when dutch children get ill. In: Bush PJ TD, Sanz EJ, Wirsing RL, Vaskilampi T, Prout A, editor. (New York, London): Pharmaceutical Products Press New York, London: Pharmaceutical Products Press 1996. p. 209-224.

3. World Health Organization. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO consultative group on the role of the pharmacist*. Hague, The Neterlands, 26-28 August, 1998 Department of Essencial Drugs and Other Medicines, World Health Organization 2012. Available from: <http://www.Opas.org.br/medicamentos/site/Upload/Arq/who-dap-98-13.pdf>.

4. Davati A, Jafari F, Samadpoor M, Tabar K. [Survey of medication in ageing of Tehran city]. *J Med Council Islamic Republic Iran* 2008; 25(4): 450-456. (Persian)

5. Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. *Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak*. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2009; 12 (3) :57-66. (Persian)

6. Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Appel S, S W, Van Rompay M, et al. *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up national survey* *JAMA*. 1998;280(18):1569-1575.

7. Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E, Raschetti R. *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*. *Eur J Clin Pharmacol*. 2002;58:61-64.

8. Reinstein J. *Worldwide trend in self-medication*. *Dosis*. 2005;21(2):88-96.

9. Barnes P, Bloom B, RL N. *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007 national health statistics reports: National Center for Health statistics*; 2008.

10. O'Keefe M, Coat S. *Increasing health-care options: the perspectives of parents who use complementary and alternative medicines*. *J Paediatr Child Health*. 2010;46(6):296-300.

11. Ylinen S, Hameen-Anttila K, Sepponen K, Lindbiad A, R A. *The use of pre-prescription medicines and self-medication among children a population-based study in Finland*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(10):1000-1008.

12. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *What is complementary and alternative medicine?* C2011. 2012. Available from: Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.

13. Gatti M, Jacobson K, Gazmararian J, Schmotzer B, Kripalani S. *Relationships between beliefs about medications and adherence*. *Am J Health Syst Pharm*. 2009;66(7):657-664.

14. Lynch N, Berry D. *Differences in perceived risks and benefits of herbal, over-the-counter conventional, and prescribed conventional, medicines, and the implications of this for the safe and effective use of herbal products*. *Complement THER Med*. 2007;15:84-91.

15. Huillet A, Erdie-Lalena C, Norvell D, Davis B. *Complementary and alternative medicine used by children in military pediatric clinics*. *J Altern Complement Med*. 2011;17(6):531-537.

16. Nichol J, Thompson E, Shaw A. *Beliefs, decision-making, and dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) within families using CAM: a qualitative study*. *J Altern Complement Med*. 2011;17(2):117-125.

17. Finley G, McGrath P, Forward S, McNeill G, Fitzgerald P. *Parents' management of children's pain following 'minor' surgery*. *Pain*. 1996;64:83-87.

18. Forward S, Brown T, McGrath P. *Mothers' attitudes and behavior toward medicating children's pain*. *Pain*. 1996;67:469-474.

19. Ecklund C, Ross M. *Over-the-counter medication use in preschool children*. *J Pediatr Health Care*. 2001;15:168-172.

20. Kankkunen P, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila A, Kokki H, Grey m, Kain Z, et al. A tale of two countries: comparison of the perceptions of analgesics among finnish and American parents *Pain Manag Nurs*. 2008;9(3):113-119.
21. Jensen J, Tønnessen L, Soderstrom M, Thorsen H, Siersma V. Paracetamol for feverish children: parental motives and experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(2):115-120.
22. Shamsi M, Bayati A. A survey of the Prevalence of Self-medication and the Factors affecting it in Pregnant Mothers Referring to Health Centers in Arak city. *J Jahrom Univ Med SC*. 2010;7(3):34-42. (Persian)
23. McKenzie Jf, Neiger B, Thackeray R. *Planning implementing and evaluating health promotion programs*, 4th ed. USA. Pearson Benjamin Cummings. 2005.
24. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(1):19-26.
25. Siponen S, Ahonen R, Kiviniemi V, Ha'meen-Anttila K. Association between parental attitudes and self-medication of their children. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:113-120.
26. Mahmodian A, Golshiri P, Rezaie G, Akbari M. Patients' Satisfaction form Iranian Traditional Medicine. *J Isfahan Med School*. 2012;30(208):1550-1558. (Persian)
27. Rashidi S, Faraji H, Jahanbin D, Mirfardi A. evaluation of knowledge, attitude and performance of population in Yasoj toward herbal medicine. *Quietly Herb Med*. 2011; 11(8): 177-184. (Persian)

Original Article

The Assessment of the Theory of Planned Behavior Constructs in Relation to Self-Medication Preventive Behaviors in Mothers of Children under 6 Years Azadshahr 2014

S. Mozafari¹, M. Shamsi, Ph.D.^{2*}, N. Roozbehani, Ph.D.², M. Ranjbaran³

1-M.Sc. Student in Health Education, Health Education, Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2-Assistant Professor, Dept. of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3-Instructor, Dept. of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 13.3.2015

Accepted: 26.4.2015

Abstract

Background: Since the self-medication it can make an important problem for the individual and society. Especially in young children due to the fact that the development were double importance, the aim of this study was to measure the theoretical constructs theory of planned behavior model in behavior has been investigated.

Methods: This is an analytical and cross-sectional study that was carried out on 231 mothers of children under 6 years of attending urban health centers, city Azadshahr. Sampling performed as cluster in 2014. Data collection, via questionnaire, including information and construct theory of planned behavior is that attitudes, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention and performance was reliability, validity and reliability, before the study was conducted and data finally analyzed through SPSS/22.

Result: Based on finding the mean and standard deviation of knowledge (61.31 ± 16.82), attitude (74.13 ± 11.23), subjective norm (72.74 ± 9.1), perceived behavioral control (75.74 ± 9.9), behavioral intention (85.32 ± 11.82), practice (85.84 ± 12.89) observed. The direct and significant correlation was observed between practice and attitude ($p=0.019$, $r=0.15$). Between attitudes and other constructs were significantly correlated with performance ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study the direct correlation between attitude and behavior it is proposed to amend the design of self-medication interventions emphasizing positive attitude and the consequences of maternal behavior and negative consequences caused by self-medication in children be considered.

Keywords: Attitude / Knowledge / Performance / Program / Theory of Planned Behavior

*Corresponding Author: M. Shamsi, Ph.D.; Dept. of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir