J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received: 2019/06/02 *Accepted:2019/09/24*

Application of the Health Belief Model to Change Women's Self-Medication Behavior regarding Prescription-Only Medicines in Yasuj City, Iran

Afsaneh Behroozpour(M.Sc.)[1], Mohsen Shams(Ph.D.)[2], Masumeh Mousavi(Ph.D.s)[3], Rahim Ostovar(Ph.D.)[4]

1.M.Sc., Department of Health Education and Promotion, School of public Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Health Education & Promotion, , School of public Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran. Email: moshaisf@yahoo.com Tel: 987433226850
3.Ph.D. Student, in Epidemiology, School of public Health,Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
4.Associate Professor, Department of Health care Management, Social Determinants of Health Research Center,Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Abstract

Introduction: Self-medication is one of the challenging health issues among women throughout the world and Iran. Considering the main role of mothers in promoting health within the families, women play a key role in this regard. This study aimed at determining the effect of an educational intervention based on the Health Belief Model (HBM) to change the women's self-medication behavior about consuming Prescription-Only Medicines (POM) in Yasuj City, Iran.

Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pre-test/post-test design over 192 women under the coverage of urban healthcare centers. These participants were selected by random sampling method and divided into the intervention and control groups. After measuring the constructs of HBM, a tailored intervention was designed and implemented in four weeks. The intervention program consisted of instructional sessions, pamphlet delivery, and short messages (SMS). After three months, educational contends were reevaluated and the results were compared with the pre-intervention data for both groups.

Results: No significant difference was observed between the interventional and control groups before and after the intervention ($p > 0.05$). Comparison of the data collected from the questionnaires administered before and three months after the intervention showed a significant difference between the two groups regarding the perceived susceptibility construct ($P = 0.001$).

Conclusion: Based on the results, the HBM was effective in changing women's self-medication behavior considering the prescription-only medicines. Self-medication can be reduced by increasing the women's perceived susceptibility to medication.

Keywords: Self-medication, Health Belief Model, Women

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

CC BY

This Paper Should be Cited as:
Author : Afsaneh Behroozpour, Mohsen Shams, Masumeh Mousavi, Rahim Ostovar. Application of the Health Belief Model to Change Women's Self-Medication ……..Tolooebehdasht Journal.2019;18(5):1-14.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال هیجدهم
شماره پنجم
آذر و دی ۱۳۹۸
شماره مسلسل: ۷۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۳/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۲

استفاده از الگوی باورسلامت برای تغییر رفتار خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه در زنان ساکن شهر یاسوج

نویسندگان: افسانه بهروزپور[۱]، محسن شمس[۲]، معصومه موسوی[۳]، رحیم استوار[۴]

۱.کارشناس ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

۲. نویسنده مسئول:دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ،دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران. تلفن تماس: ۹۸۹۱۲۴۲۴۴۴۷۱ Email: moshaisf@yahoo.com

۳. دانشجوی دوره دکتری گروه آمار و اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۴. دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

چکیده

مقدمه: خوددرمانی یکی از مشکلات عمده سلامت در جهان و ایران است که این مشکل در زنان به علت نقش کلیدی در ارتقای سلامت خانواده و اجتماع اهمیت بیشتری دارد. این مطالعه با هدف کاهش میزان خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه در زنان شهریاسوج با استفاده از الگوی باورسلامت انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعدی با گروه کنترل است که در آن ۱۹۲ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل وارد شدند. پس از سنجش سازه های الگوی باورسلامت و تعیین وضعیت پیشگویی کنندگی هر سازه، مداخله آموزشی برای گروه مداخله طراحی شد که شامل جلسات آموزشی، تحویل پمفلت و ارسال پیامک برای مدت چهار هفته بود. سه ماه بعد از مداخله، داده های مربوط به دو گروه مداخله و کنترل مجددا جمع آوری و تحلیل شد.

یافته ها: قبل از مداخله آموزشی بین سازه های الگو و رفتار خوددرمانی در دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنادار مشاهده نشد (P> ۰/۰۵). مقایسه داده های حاصل از تکمیل پرسشنامه در دو گروه، قبل و سه ماه بعد، نشان داد که بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه درمورد سازه حساسیت درک شده تفاوت معنادار وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه، تاثیر به کارگیری الگوی باور سلامت را در تغییر رفتار خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه در زنان نشان داد. با افزایش حساسیت درک شده برای مصرف خودسرانه داروها، می توان خوددرمانی زنان را کاهش داد.

واژه های کلیدی: خوددرمانی، الگوی باورسلامت، زنان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

مقدمه

پیشرفت های قابل توجه علمی در سالیان اخیر باعث شده است تا داروهای جدید و موثر برای مقابله با بیماری های مختلف تولید شود. روی دیگر این موفقیت ها، شیوع استفاده نادرست و مصرف بی رویه داروهاست که علاوه بر مشکلات سلامت، تاثیرات بد اقتصادی نیز به دنبال دارد. عدم همخوانی میزان تجویز و مصرف داروها با جمعیت کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری ها در ایران نشان می دهد که خوددرمانی رفتاری شایع در جامعه ایرانی است (۱).

این رفتار مغایر با سلامت می تواند سبب بروز مشکلاتی هم چون افزایش سرانه مصرف دارو، مقاومت دارویی، عوارض ناخواسته دارویی، اتلاف منابع مالی، مخفی شدن نشانه های یک بیماری شدید و نیز بروز تداخل با دیگر داروهای مصرفی توسط فرد شود (۲).

بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تا ۴۰ درصد هزینه های درمانی صرف خرید خودسرانه داروها می شود (۳). براساس آمارنامه دارویی کشور ایران درسال ۱۳۸۶، کل فروش دارویی حدود یک هزار و نهصد میلیارد تومان بود که سیصد میلیارد تومان آن مربوط به داروهای آنتی بیوتیک است. این رقم در مقایسه با سایر کشورها بسیار بالاست (۴). براساس تحقیقات انجام شده در کشور، هرایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می کند (۲ تا ۴ برابر بیش از استاندارد جهانی) و سرانه مصرف داروهای تزریقی نیز در ایران ۱۱/۴ در سال است که این رقم ۴ برابر سرانه مصرف در جوامع دیگر است (۵). تقریبا ۸۳/۳ درصد ایرانی ها خوددرمانی با داروها را دارند (۶). آمارها درباره میزان خوددرمانی در نقاط مختلف کشور، نتایج متفاوتی گزارش نموده است به طوری که این میزان در شهر تبریز ۶۳ درصد، بابل ۳۶ درصد، قزوین ۸۳ درصد و شهرکرد ۵/۴ درصد گزارش شده است (۴).

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 هم چون بارداری و شیردهی و هم چنین تماس بیشتر با افراد خانواده و الگو و سرمشق بودن برای سایر اعضای خانواده از اهمیت مضاعفی برخوردار است (۷). مطالعه بانی در سال ۲۰۰۰ نشان داد که زنان به طور مکرر برای درمان مشکلاتی هم چون قاعدگی دردناک، رفع علایم یائسگی، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و هم چنین مشکلات دوران بارداری و شیردهی دست به خوددرمانی می زنند (۸).

در راستای حصول به دانش و آگاهی کافی افراد برای تغییر رفتارمصرف خودسرانه دارو، تحقیقات نشان می دهند که شناخت عوامل موثر در رفتار، دستیابی به تغییر رفتار را آسان خواهد کرد. بدین منظور محققان از الگوها برای شناخت عوامل موثر بر رفتار کمک گرفته اند (۹). الگوی باور سلامت یکی از کاربردی ترین الگوهایی است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش بینی کنند (۱۰).

این الگو از شش سازه مهم به شرح زیر تشکیل شده است که نقش مهم و تاثیرگذاری در تصمیمات افراد درباره پیشگیری، کشف و نگهداری رفتارهای متعدد سلامت دارند (۱۱). ۱- حساسیت درک شده: حساسیت یا درک شخص از استعدادش برای ابتلا به بیماری خاص؛ ۲- شدت درک شده: باور ذهنی فرد وقتی که خودش را

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

در معرض یک بیماری، صدمه و آسیب می بیند؛ ۳- منافع درک شده: اعتماد به مزایای روش های پیشنهادی برای کاهش خطر یا وخامت بیماری؛ ۴- موانع درک شده: اعتقاد شخص به این مساله که یک رفتار جدید در کاهش حساسیت و شدت بیماری موثر است؛ اما ممکن است تصور کند که انجام آن رفتار، پرهزینه، دشوار، ناخوشایند، دردناک یا آشفته کننده باشد. جنبه های منفی که به طور بالقوه در انجام رفتار سلامتی خاصی وجود دارد یا به عبارتی موانع درک شدهٔ فرد، ممکن است خود مثل مانعی در انجام یک رفتار عمل کند، ۵- راهنما عمل: راهنماها ممکن است داخلی یا خارجی باشد؛ ۶- خودکارآمدی: نخستین بار، Bendora این مفهوم را در سال ۱۹۸۸ به کار برد و به پیشنهاد Rosenstock و همکاران به الگوی باورسلامت افزوده شد (۱۲). با استفاده از ابزارهای سنجش سازه های الگو و بررسی ارتباط هریک با رفتار مورد نظر به عنوان متغیر وابسته و تعیین قدرت پیشگویی کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتایج بعد از مداخله استخراج و تحلیل می شوند و نتیجه گیری نهایی درباره تاثیر مداخله انجام خواهد شد (۱۰). در مطالعه نیک سادات و همکاران در سال ۹۲ که به بررسی تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو در زنان تحت پوشش خانه های سلامت منطقه ۳ تهران پرداخته بودند؛ یافته ها نشان داد که پس از مداخله آمورشی بین سازه های الگو و عملکرد در زمینه پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها در هر دو گروه، اختلاف معنادار بوجود آمد (۱۳). در مطالعه دیگری در سال ۹۲ که تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به منظور پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار را مورد بررسی قرارداده بودند یافته ها نشان داد که پس از مداخله آموزشی بین دو گروه مداخله و کنترل در زمینه آگاهی و نگرش زنان در زمینه خود درمانی و عملکرد آنان در زمینه مصرف خودسرانه داروها اختلاف معناداری ایجاد شد (۱۴). در مطالعه رضایی جابری در سال ۹۶؛ تاثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بندرعباس را مورد بررسی قرار دادند که یافته ها نشان داد که سازه های مدل اعتقاد بهداشتی درزمینه مصرف خودسرانهٔ دارو و عملکرد زنان پس از مداخلهٔ آموزشی بین دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف معناداری گزارش شد و نمره عملکرد زنان از ۵/۴ به ۷/۷ افزایش پیدا کرد (۱۵).

با توجه شیوع بالای رفتار خوددرمانی با داروها، وضعیت خاص زنان در این رفتار (که باعث می شود خوددرمانی برای اعضای خانواده و به ویژه فرزندان انجام گیرد و تبدیل به یک رسم رایج در خانواده شود)، نبود مستندات مداخلات رفتاری مبتنی بر الگوی مناسب در این حوزه برای استان و شهر یاسوج، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامت بر تغییر رفتار خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهریاسوج صورت پذیرفته است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعدی با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۵ بر روی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر یاسوج انجام شد. حجم نمونه محاسبه شده ۱۹۲ نفر بود که باید از بین زنان خانوارهای تحت

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

پوشش مراکز بهداشتی درمانی چهارگانه شهر یاسوج (مراکز بهداشتی درمانی شهید اشرفی، دستغیب، صدوقی، و شفیعی) انتخاب می شدند.

با توجه به تفاوت سطح اقتصادی اجتماعی جمعیت تحت پوشش این مراکز، در ابتدا مراکز مشابه در دو گروه قرار گرفتند و سپس، از هر گروه یک مرکز به عنوان مداخله و مرکز دیگر به عنوان کنترل تعیین شدند. با توجه به جمعیت تقریبا یکسان تحت پوشش چهار مرکز، به هر مرکز ۴۸ نفر تعلق گرفت.

برای تعیین موارد پژوهش، بر اساس شماره پرونده خانوار در این چهار مرکز و با شیوه تصادفی ساده، نمونه های مورد نظر شناسایی شدند. سپس بعد از تماس با زنان و کسب رضایت از آنان برای شرکت در مطالعه، از آنها برای روز مشخصی دعوت و پس از حضور در مراکز و کسب رضایت نامه کتبی، پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. در مواردی که افراد تمایل به شرکت در مطالعه داشتند ولی نمی توانستند مراجعه کنند به درب منازل آنها مراجعه می شد و پس از کسب رضایت نامه کتبی؛ پرسشنامه با حضور پرسشگر، توسط زنان یک ماه قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل شد.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه تدوین و روا شده در مطالعه کریمی و همکاران بود که شاخص روایی محتوای آن ۰/۸۱، نسبت روایی محتوای آن ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شده بود (۹). این پرسشنامه شامل شش بخش بود: مشخصات دموگرافیک (۶ سوال)، پرسشنامه خودگزارشی در زمینه بیماری هایی که طی سه ماه گذشته برای آن شخص خوددرمانی کرده است (۱۴ سوال)، پرسشنامه خودگزارشی در زمینه داروهایی که طی سه ماه گذشته فرد آنها را بدون نظر پزشک مصرف کرده است (۲۴ سوال)، سوالات سازه های الگوی باور سلامت شامل حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خود کارآمدی (۲۵ سوال) با مقیاس لیکرت پنج قسمتی (کاملا موافقم تا کاملا مخالفم)، سئوالات راهنماها برای عمل (دو سوال)، و در نهایت چک لیست که علل خوددرمانی با دارو را توسط فرد در طی ۳ ماه گذشته ارزیابی می کرد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز بر اساس این که فرد در چه تعدادی از بیماری ها و داروهای ذکر شده دست به خوددرمانی زده است امتیاز وی از ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت پرسشنامه سازه های الگوی باور سلامت که شامل حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده وخودکارآمدی می باشد دامنه امتیاز هر سوال بین ۱ تا ۵ متغیر بود.

قبل از انجام مداخله آموزشی در هر دو گروه مداخله و کنترل اطلاعات از طریق پرسشنامه مذکور جمع آوری شد. محتوا و مواد آموزشی براساس یافته های مطالعه (عوارض و خطرات داروهای پرمصرف از داروهای نیازمند نسخه و متغیر پیش گویی کننده برای رفتار مصرف خودسرانه دارو) تهیه شدند. یافته های مطالعه نشان دهنده میزان بالای مصرف دو داروی آنتی بیوتیک و خواب آورها و متغیر پیش گویی کننده سازه حساسیت درک شده بود. سپس مداخله آموزشی برای گروه مداخله (مراکز اشرفی و دستغیب) در طول ۴ هفته و درقالب ۴ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه ای (در هر مرکز دو جلسه) با روش های آموزشی سخنرانی و پرسش و پاسخ و بحث گروهی در رابطه با موضوع خوددرمانی و عوارض آن به همراه وسایل کمک آموزشی پمفلت و ارسال پیامک آموزشی در خصوص آشنایی با عوامل و عوارض مصرف خودسرانه دارو که توسط

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

محققین طراحی شده بود؛ برنامه ریزی و اجرا گردید. ۳ ماه پس از مداخله آموزشی اطلاعات مجددا توسط هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss16، از شاخص های آماری توصیفی شامل فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین رتبه ها و حدود اطمینان جهت توصیف متغیرهای توصیفی و نیز از آزمون های آماری کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون های من ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد.

نتایج در سطح p< ۰/۰۵ معنادار تلقی شد. جهت این مطالعه از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج کد اخلاق (ir.yums.rec.1394.4) دریافت گردید و مطالعه در سامانه کارآزمایی بالینی ایرانیان ثبت گردید (IRCT2015111125004N1).

یافته ها

وضعیت متغیرهای دموگرافیک زنان مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی زنان ۳۱/۲۴ (با انحراف معیار ۷/۸۱) بود. در بین کل زنان، ۸۸/۵٪ متاهل، ۱۹/۳٪ شاغل، ۴۹ ٪ با تحصیلات دیپلم و پایین تر، و ۷۷/۰۷ ٪ دو فرزند و کمتر داشتند. مقایسه دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک نشان داد که تفاوت معناداری از نظر متغیر سن (p=۰/۰۲)، وضعیت تاهل(p<۰/۰۰۱)، تحصیلات (p=۰/۰۲) و تعداد فرزندان (p<۰/۰۰۱) وجود دارد.

بنابراین از آزمون رگرسیون لجستیک برای تعیین مخدوش کنندگی این متغیرها استفاده شد که مشخص شد هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک مخدوش کننده نبودند (جدول۱).

قبل از مداخله آموزشی و با توجه به غیرنرمال بودن سازه های الگوی باور سلامت از آزمون من ویتنی برای سنجش سازه های الگو (حساسیت، شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی) و رفتار خوددرمانی در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد که در تمامی موارد، تفاوت معنادار مشاهده نشد (p > ۰/۰۵).

بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه درمورد سازه حساسیت درک شده تفاوت معنادار وجود داشت و میانگین رتبه ها در مورد رفتار خوددرمانی در گروه مداخله کاهش یافت. (جدول ۲).

تفاوت نمره میانگین رتبه سازه حساسیت درک شده در دو گروه مداخله و مقایسه بعداز مداخله با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ معنادار شد.

بنابراین بعد از انجام مداخله، نمره میانگین رتبه های سازه های پیشگویی کننده در زنان گروه مداخله نسبت به زنان گروه مقایسه بیشتر است. به نظر می رسد مداخله آموزشی تفاوت معناداری را بین دو گروه مداخله و مقایسه بعداز مداخله از نظرسازه حساسیت درک شده(سازه پیشگویی کننده) ایجاد کرده است (جدول ۳).

بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه بیشترین راهنمای عمل خارجی در گروه مداخله به ترتیب شامل پزشک ۴۵/۳ ٪، تلویزیون ۱۹/۲ ٪، سایر بیماران ۱۳/۱٪ و در گروه کنترل به ترتیب ۵۰/۴ ٪ پزشک، ۳۵/۳ ٪ تلویزیون و ۶/۱ ٪ سایر بیماران بود.

مهمترین راهنمای عمل داخلی در بین دو گروه مداخله و کنترل با ۶۰/۱ ٪ و ۶۳/۵ ٪ ، ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی با داروها بوده است (جدول۴).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

جدول۱: مشخصات دموگرافیک در زنان تحت مطالعه

مشخصات دموگرافیک	جمع (درصد) فراوانی
سن	
<۳۰	۱۰۸(۵۴/۳)
۳۱-۴۰	۵۴(۲۵/۷)
۴۱-۵۰	۱۸(۱۰/۳)
>۵۱	۱۲(۹/۶)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)
تعداد فرزندان	
<۲	۱۴۸(۷۷/۰۷)
۳-۴	۲۰(۱۰/۴۱)
>۵	۲۴(۱۲/۵۲)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)
شغل	
شاغل	۳۷(۱۹/۲۷)
بیکار	۱۵۵(۸۰/۷۲)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)
تحصیلات	
زیر دیپلم	۴۴(۲۲/۹۳)
دیپلم	۵۲(۲۷/۰۸)
تحصیلات دانشگاهی	۹۶(۹۹/۹)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۷۰(۸۸/۵۴)
مجرد	۲۲(۱۱/۴۶)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)
بیمه درمانی	
تامین اجتماعی	۸۶(۴۴/۷۹)
خدمات درمانی	۶۶(۳۴/۳۸)
نیروهای مسلح	۱۵(۷/۸۱)
روستایی	۵(۲/۶)
سایر بیمه ها	۲۰(۲۰/۴۲)
جمع	۱۹۲(۱۰۰)

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

جدول ۲: تغییرات در سازه های الگوی باور سلامت در زنان تحت مطالعه

	قبل از مداخله			بعداز مداخله		
	گروه مداخله		گروه کنترل	گروه مداخله		گروه کنترل
متغیر	میانگین رتبه ها		میانگین رتبه ها	میانگین رتبه ها		میانگین رتبه ها
حساسیت درک شده	۹۱/۹۸		۱۰۱/۰۲	۱۰۹/۴۹		۸۳/۵۱
آزمون من ویتنی		p=۰/۲۵			p=۰/۰۰۱	
شدت درک شده	۹۲/۹۶		۱۰۰/۰۴	۹۲/۹۵		۱۰۰/۰۵
آزمون من ویتنی		p=۰/۳۷			p=۰/۳۷	
منافع درک شده	۹۸/۹۹		۹۴/۰۱	۹۹/۱۹		۹۳/۱۸
آزمون من ویتنی		p=۰/۵۳			p=۰/۵۰	
موانع درک شده	۹۹/۳۶		۹۳/۶۴	۹۹/۳۶		۹۳/۶۴
آزمون من ویتنی		p= ۰/۴۷			p=.۰/۴۷	
خودکارآمدی	۹۸/۷۱		۹۴/۲۹	۹۸/۵۲		۹۴/۴۸
آزمون من ویتنی		p=۰/۵۸			p=۰/۶۱	
رفتارخوددرمانی	۱۰۲/۵۰		۹۰/۵۰	۹۱		۱۰۲
آزمون من ویتنی		p=۰/۰۸			p=۰/۱۰	

جدول ۳: مقایسه بین گروهی نمرات میانگین سازه پیشگویی کننده در دو گروه مداخله و مقایسه بعدازمداخله

متغیر	گروه مداخله		گروه مقایسه		مقدارz		مقدارمعناداری
حساسیت درک شده	قبل از مداخله	بعداز مداخله	قبل ازمداخله	بعداز مداخله			
	میانگین رتبه ها	میانگین رتبه ها	میانگین رتبه ها	میانگین رتبه ها	قبل از مداخله	بعداز مداخله	۰/۲۵
	۹۱/۹۸	۱۰۹/۴۹	۱۰۱/۰۲	۸۳/۵۱	-۱/۱۳۳	-۳/۲۷۶	۰/۰۰۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

جدول ۴: راهنماهای عمل داخلی و خارجی برای رفتار خوددرمانی

	گروه مداخله	گروه کنترل
خارجی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی
پزشک	۴۴(۴۵/۳)	۵۰(۵۰/۴)
خانواده و آشنایان	۱۱(۱۱/۱)	۴(۴/۸)
کتاب و کتابچه	۵(۵/۱)	۲(۲/۲)
مجله و نشریات	۱(۱)	۰(۰)
تلویزیون	۱۸(۱۹/۲)	۳۴(۳۵/۳)
رادیو	۵(۵/۲)	۱(۱/۲)
سایر بیماران	۱۲(۱۳/۱)	۵(۶/۱)
جمع	۱۰۰(۹۶)	۹۶(۱۰۰)
داخلی		
ترس از ابتلا به عوارض ناشی از خوددرمانی با داروها	۵۹(۶۰/۱)	۶۱(۶۳/۵)
عدم اعتقاد به خوددرمانی	۲۲(۲۲/۶)	۱۸(۱۸/۸)
حال عمومی مساعد	۱۲(۱۳/۵)	۱۱(۱۱/۳)
سایر موارد	۳(۳/۸)	۶(۶/۴)
جمع	۹۶(۱۰۰)	۹۶(۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی باور سلامت بر مصرف خودسرانه داروهای نیازمند نسخه، روی ۱۹۲ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی یاسوج انجام گردید. میانگین رتبه سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی الگوی باور سلامت نشان داد که میانگین سازه حساسیت درک شده نسبت به سایر سازه ها نمره پایین تری دارد. لذا نمره کمتر سازه حساسیت درک شده نسبت به بقیه سازه ها، می تواند بیانگر این باشد که زنان گروه هدف خود را در معرض خطرناشی از خوددرمانی و حساسیت به این موضوع که سلامتی آنان می تواند با مصرف خودسرانه دارو تحت تاثیر قرار گیرد، درنظرنگرفتند. بر اساس یافته های این مطالعه قبل از انجام مداخله، میان دو گروه مداخله وکنترل از لحاظ میانگین نمرات حساسیت، شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی و رفتار خوددرمانی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ولی بعد از مداخله، میان دو گروه از این نظر تفاوت معنادار مشاهده شد. همچنین بعد از مداخله میانگین نمره حساسیت درک شده در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معناداری افزایش یافت در حالی که در گروه کنترل

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

چنین نبود. در این مطالعه وجود اختلاف معنادار در این زمینه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه می تواند شاهد خوبی از تاثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء حساسیت درک شده افراد در گروه مداخله باشد به طوری که اکثر زنان گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی این اعتقاد را داشتند که ممکن است آن ها هم در معرض خوددرمانی قرار داشته باشند و بعد از مداخله حساسیتشان در رابطه با مراجعه به پزشک و مصرف دارو تحت نظر وی بیشتر گردید که این یافته هم خوان با کاربرد الگوی باور سلامت و افزایش حساسیت درک شده در زمینه پیشگیری از پوکی استخوان (۱۶) و همچنین با مطالعه ای که به منظور بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر کرمانشاه انجام شده بود (۱۷) و مطالعه شمسی (۱۸)که تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۰۰ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در زمینه خوددرمانی را سنجیده بود؛ هم خوانی دارد. شباهت این مطالعات مربوط به تاثیرمداخله آموزشی بر اساس این الگو و تاثیرآن بر حساسیت درک شده گروه های مختلف در زمینه های مختلف می باشد. این درحالی است که در مطالعات شریفی راد که به بررسی دانش و عملکرد زنان درمورد مصرف خودسرانه داروهای مکمل، گیاهی و شیمیایی بر اساس الگوی باور سلامت و هانوینکل که در زمینه عملکرد پیشگیری از سیگار پرداخته بودند؛ افزایش معناداری در میانگین نمره حساسیت درک شده در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله، مشاهده نشد (۱۹، ۴). که با مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در زمینه خوددرمانی در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش پیدا کرد، با وجود اینکه از لحاظ آماری معنادار نبود ولی این امر را می توان به تاثیر مثبت آموزش نسبت داد. مطالعه شمسی با عنوان تاثیر آموزش براساس الگوی باور سلامت بر خوددرمانی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در شهر اراک (۲۰) ؛ مطالعه کامرانی با عنوان تاثیر آموزش بر اساس این الگو بر وضعیت تغذیه ای بیماران دیابت نوع ۲ (۲۱) و مطالعه شریفی راد (۲۲) که پیشگیری از مصرف سیگار را بر اساس الگوی باور سلامت در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر اراک سنجیده بود؛ نشان دهنده هم خوانی این مطالعات با مطالعه حاضر است. مطالعه سعیدی نیز که تاثیر آموزش بر اساس الگوی باور سلامت را بر پیشگیری از پوکی استخوان در دانش آموزان بررسی کرده است، نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش بر اساس این الگو است (۱۶). با توجه به مطالب فوق ضرورت آموزش جامعه در زمینه مصرف صحیح و به جای دارو احساس می شود که در این زمینه باید با در نظر گرفتن فرهنگ و گروه هدف برنامه های آموزشی مناسب تدوین گردد. در پژوهش حاضر، پزشک و تلویزیون به عنوان مهم ترین راهنمای عمل خارجی و ترس از عوارض ناشی از خوددرمانی به عنوان مهم ترین راهنمای عمل داخلی در بین افراد مداخله بعد از آموزش انتخاب شد و در افراد کنترل نیز پزشک و تلویزیون به عنوان راهنمای عمل خارجی و ترس از عوارض ناشی از خوددرمانی به عنوان راهنمای عمل داخلی انتخاب گردید. در پژوهش پاتریکا نیز نزدیک به نیمی از شرکت کنندگان (۴۶٪) اطلاعتشان را در مورد مصرف مکمل ها جهت کاهش وزن از پزشک کسب می کردند و ۴ ٪ از تلویزیون به دست می آورند

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

(۷). در پژوهش شمسی نیز اکثریت افراد بعد از آموزش اطلاعات دارویی خود را از پزشک کسب می کردند (۱۵). که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. با توجه به اینکه یافته ها نشان می دهد در هر دو گروه مورد مطالعه ترس از عوارض دارو به عنوان راهنمای عمل داخلی بیشتر مدنظر بوده، توصیه می شود در برنامه های آموزشی به دادن اطلاعات در زمینه عوارض مصرف خودسرانه داروها و طرز صحیح مصرف آن ها بهای بیشتری داده شود و از این طریق در زمینه کاهش شیوع خوددرمانی در گروه های هدف مختلف اعم از زنان، مادران، جوانان و سالمندان برنامه ریزی گردد. در بسیاری مطالعات داخلی و خارجی از جمله مطالعه Landers در آمریکای لاتین نیز اعضای خانواده و رادیو و تلویزیون (رسانه جمعی) به عنوان اولین منبع کسب اطلاعات و مهم ترین راهنما در زمینه مصرف دارو معرفی شدند (۲۳). در مطالعه روسونیدیز در قبرس نیز پزشک به عنوان مهمترین منبع برای کسب اطلاعات دارویی (۲۴) و نیز در مطالعه ای که به بررسی تاثیر الگوی باور سلامت بر رفتارهای پیشگیری کننده در مورد خوددرمانی زنان باردار در شهر اراک پرداخته شده است، پزشک مهمترین راهنمای عمل خارجی در کاهش میزان خوددرمانی (۲۵) مطرح شد. بنابراین در برنامه های ارتقایی در این زمینه می توان از رادیو و تلویزیون، پزشک و مجلات و نشریات برای ارتقاء رفتار پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو با توجه به تاثیرگذاری هریک استفاده کرد.

یافته های این تحقیق حاکی از اثربخشی مداخلهٔ آموزشی براساس الگوی باورسلامت برای تغییر رفتار خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه در زنان ساکن شهر یاسوج است. در این مطالعه آموزش بر اساس الگوی باور سلامت و تاثیر مثبت بر روی سازه پیشگویی کننده، تاثیر قابل توجه بر رفتار خوددرمانی و کاهش شیوع مصرف خودسرانه دارو در بین افراد تحت مطالعه داشته است. با توجه به اهمیت مساله مصرف خودسرانه دارو در سلامت افراد به خصوص زنان، امید است زمینه ای برای انجام مطالعات بیشتر در استفاده از الگوهای آموزشی جهت کاهش شیوع مصرف خودسرانه دارو ایجاد و برنامه ای جهت تغییر در نگرش و عادات زنان در این زمینه تدوین و اجرا گردد. از محدودیت های پژوهش حاضر ماهیت خودگزارش دهی رفتار است، لذا انجام پژوهش با روش گردآوری مصاحبه پیشنهاد می شود. همچنین ازجمله سختی های کار کمبود فضا در مراکز بهداشتی درمانی جهت برگزاری کلاس های آموزشی و جلب هماهنگی برای اجرای مطالعه بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی و مورد تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج قرار گرفته و با حمایت مالی این معاونت اجرا شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مدیران و کارکنان این معاونت، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهید صدوقی، شهید دستغیب، شهید شفیعی و شهید اشرفی یاسوج و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش، تشکر نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند که در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافع و منابعی وجود ندارد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

References

1-Ahadian M. Self-medication and drug abuse. Journal of drug nedaye Mahya. 2007;1(3):14-35. [persian]

2-Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilization and self-medication in rural communities in Vietnam. Soc Sci Med.2002;54(12):1875-86.

3-Baghiani Moghadam M, Ehrampoush M. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of medical sciences to self-medication. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2006;8(2):111-9. [Persian]

4-Sharifirad G, Pirzadeh A, Azadbakht L. Knowledge and practice in association with self-medication of nutrient supplements , herbal and chemical pills among women based on Health Belief Model. J Res Med Sci. 2011;16(6):852-3. [Persian]

5-Moayyeri A. Investigation Factors related to the indiscriminate use of medicines in referrers to clinics of Abbas Abad town, Mazandaran. Scientific- research Journal of University of Medical Sciences Ilam. 2014;22(19):11-9. [Persian]

6-Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A. Self-treatment experience in diadetes mellitus type 2. Iran J Endocrinol Metab. 2009;10(6):580-9. [Persian]

7-Amarilles P, Gonzalez I, Giraldo N. 2006. Prevalence of self-treatment with complementary products and therapies for weight loss: A Randomized cross-sectional study in overweight and obese patients in Colombia. Curr Ther Res. 2006;67:66-78.

8-Bonnie J, Tesch MD. Herbs commonly used by women: an evidence–based review. American Journal of Obstetricas and Gynecology. 2013;188:44-55.

9-Karimi M, Heidarnia A, Ghofranipour F. Reasons affecting on self-medication in elderly covered by urban centers Zarandieh by using Health Belief Model. Journal of Arak University Medical Sciences. 2011;58(5):70-8.[Persian]

10-Shams M, Soleyman ekhteyari Y, Pariyani A. Essential skills for correction of behavior in health. Tehran: Mehr Matin.2011;112-3.[Persian]

11-Glanz K, Rimer B. Theory at a Glance: A Guide to Health Promotion Practice. Bethesda MD: National Cancer Institute. 2nd edition NIH Publ.2005;05:38-96.

12- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health education quarterly. https ://doi.org/10.1177/109019818801500203. PMid:3378902.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

1988;15(2): 175-83.

13-Niksadat N, Solhi M, Shojaezadeh D, Gohari M R. Investigating the effect of education based on health belief model on improving the preventive behaviors of self-medication in the women under the supervision of health institutions of zone 3 of Tehran. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(113):48-59.[Persian]

14- Kharghani Moghadam S M, Shojaiezadeh D, Mahmoudi M, Shojaiezadeh E, Farhandi H, Khalili S. Effect of education based on health belief model to prevent the arbitrary use of the drug in women referring to Health Centers sabzevar city. J Health Syst Res. Health Education supplement. 2013;1876-88. [Persian]

15-Jaberee S, Hassani L, Aghamolaei T, Mohseni S, Islamic H. Study on the Effect of Educational Intervention based on Health Belief Model to Prevent the Arbitrary Use of Drugs in Women Referring to Health Centers of Bandar Abbas. IJHEHP. 2018;6(1):1-11. [Persian]

16-Sayeedi M. The effect of educational based on Health Belief Model on preventive osteoporosis in students. MS Thesis Isfahan University of Medical Science.2004;87-90.[Persian]

17-Mohebi S, Sharifirad G, Hazaveyee S. The effect of educational program based on Health Belief Model on diabetic foot care. Int J Diab Dev Ctries. 2007;27:18-20.[Persian]

18-Shamsi M, Bayati A. The effect of education on knowledge Attitude and practice of pregnant woman refrring to health centers about self medication in arak city. Journal of gonabad.2009;15(3):27-36. [Persian]

19-Hanewinkel R, Aßhauer M. Fifteenmonth follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. Health Edu Re. 2004;19(2):125.

20-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]

21-Kamrani A. The effect of educational diet on nutrition type2 diabetes based on Health Belief Model [Dissertation]. Faculty of public healh Isfahan University of Medical Science. 2006. [Persian]

22-Sharifi-rad G, Hazavei M, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one. Middel school students. Rahavard Danesh Journal of Arak University of Medical Sciences. 2007;1(10):79-86. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]

23-Landers T, Ferng Y, McLoughlin J, Barrett A, Larson E. Antibiotic identification, use, and self-medication for respiratory illnesses among urban Latinos. J Am Acad Nurse Pract. 2010;22(9): 488-95.

24-Rousounidis A, Papaevangelou V, Hadjipanayis A, Panagakou S, Theodoridou M, Syrogiannopoulos G, et al. Descriptive study on parents' knowledge, attitudes and practices on antibiotic use and misuse in children with upper respiratory tract infections in Cyprus. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(8):3246-62.

25-Shamsi M, Karimi M, Gholamnia Z, Araban M, Kasmaie P. Measuring health belief model constructs in preventive behavior about self-medication in pregnant women in Arak city. Qom U Med Sci J. 2011;5(3):64-70.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i5.2271]