

تأثیر آموزش بر اساس مدل فرایند موازی توسعه یافته بر وضعیت خوددرمانی در سالمندان زرنده

محمود کریمی^{۱*}؛ محسن شمسی^۲؛ ایرج ضاربان^۳؛ جلیل کوهپایه زاداصفهانی^۴؛ حمیدبرادران^۴

چکیده

زمینه: خوددرمانی مصرف داروها بدون تجویز، تشخیص یا نظارت پزشک است و می‌تواند در سالمندان عواقب جدی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تأثیر آموزش بر اساس مدل فرایند موازی توسعه یافته بر وضعیت خوددرمانی سالمندان انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۱۰ مرد سالمند به روش تصادفی، انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۵۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سازه‌های مدل فرایند موازی توسعه یافته و عملکرد سالمندان در رابطه با مصرف خودسرانه داروها بود. قبل از آموزش، پرسشنامه و چک‌لیست برای هر دو گروه آزمون و کنترل تکمیل و سپس مداخله آموزشی برای گروه آزمون در طی یک ماه و در قالب ۵ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای انجام گرفت. سپس اطلاعات هر دو گروه جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله آموزشی، تفاوت معناداری در میانگین نمره اجزا مدل فرایند موازی توسعه یافته و خوددرمانی دو گروه وجود نداشت. اما بعد از مداخله، آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را در میانگین نمره آگاهی، حساسیت و شدت درک‌شده، خودکارآمدی، اثربخشی درک‌شده و عملکرد گروه آزمون و کنترل نشان داد. همچنین میزان خوددرمانی در گروه آزمون از ۰/۳۳ به ۰/۱۳ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه از کارایی مدل فرایند موازی توسعه یافته در پیشگیری از خوددرمانی در سالمندان حمایت کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش، سالمندان، مدل فرایند موازی توسعه یافته، خوددرمانی

«دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۲»

۱. گروه تربیت بدنی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده

۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۳. گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده علوم پزشکی ساوه

* عهده دار مکاتبات: زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده، دانشکده علوم انسانی، گروه تربیت بدنی تلفن: ۰۸۶۴۵۲۲۳۵۰

Email: karimymahmood@yahoo.com

مقدمه

مصرف دارو یکی از مهم‌ترین روش‌های درمان بیماری است، ولی مصرف غیرمنطقی و خودسرانه داروها علاوه بر عدم درمان بیماری باعث ایجاد عوارض دارویی در طولانی مدت می‌شود (۱). خوددرمانی رفتاری است که در آن شخص سعی می‌کند بدون کمک و نظر افراد حرفه‌ای، بیماری یا مشکل سلامت خود را برطرف نماید. عدم

آگاهی و مسایل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بر میزان فراوانی خوددرمانی در جوامع تأثیر می‌گذرانند (۲ و ۳). داروی بدون عارضه وجود ندارد و مصرف بی‌رویه و خودسرانه داروها به عوارض داروها می‌افزاید. آمار و اطلاعات گویای این واقعیت است که علت بسیاری از بیماری‌های کبدی و کلیوی، مصرف بیش از حد داروها است (۴).

انگیزش ترس بنا شده است. بنابراین می‌تواند در پیشگیری و کنترل بسیاری از رفتارهای پرخطر قبل از مواجهه با عامل خطر و یا بعد از روبرو شدن با آن، نقش مؤثری ایفا کند (۹ و ۱۰). بر اساس مدل فرایند موازی توسعه یافته، اگر افراد باور داشته باشند که به شدت در معرض ابتلا به بیماری یا مواجهه با خطر بهداشتی قرار دارند، بیشتر برای مقابله با آن تهدید برانگیخته خواهند شد و به دنبال آن ارزیابی کارآمدی راه کارها آغاز می‌گردد. در واقع ترس از تهدید موجب می‌شود افراد برای مقابله با خطر بهداشتی، راه کارهایی را اتخاذ کنند. در صورت تحقق ارزیابی تهدید و به دنبال آن ارزیابی کارآمدی راه کارها، احتمال تغییر نگرش، قصد رفتاری و رفتار بیشتر خواهد شد (۱۱ و ۱۲).

با توجه به عوارض سوء خوددرمانی در سالمندان و این که تاکنون مطالعه‌ای با استفاده از این الگو برای ارزیابی تغییر رفتار خوددرمانی در این گروه سنی انجام نشده، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل فرایند موازی توسعه یافته بر وضعیت خوددرمانی در مردان سالمند زرنده انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که در سالمندان مرد بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز شهری زرنده انجام شده است. تعداد نمونه لازم برای شرکت در این مطالعه با توجه به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از مطالعات مشابه قبلی (۴) و توان آزمون معادل ۸۰ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها (پوکاک) حداقل ۴۵ نفر در هر گروه به دست آمد که با احتساب ریزش ۲۰ درصد، تعداد نمونه‌ها به ۱۱۰ نفر (۵۵ نفر) افزایش یافت. در این مطالعه، روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بود، به این ترتیب که در مرحله اول از ۵ مرکز بهداشتی و درمانی شهری شهرستان، ۲ مرکز به روش تصادفی انتخاب شدند. در مرحله دوم نیز به روش تصادفی یکی

امروزه با پیشرفت‌های قابل توجهی که در زمینه‌های مختلف علمی انجام شده است شاهد دسترسی هرچه بیشتر افراد به داروهای مختلف می‌باشیم (۵). به طوری که مصرف بی‌رویه و به طور کلی مصرف خودسرانه داروها و خوددرمانی از جمله بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران می‌باشد (۴). در همین راستا مطالعه شریفی‌راد و همکاران (۶) نشان داد که ۷۷ درصد از سالمندان خوددرمانی داشتند. در مطالعه دیگر که توسط دواتی (۷) در تهران انجام شد شیوع خوددرمانی در سالمندان ۵۸ درصد بود. مطالعات گوناگون بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی و مصرف دارو افزایش خواهد یافت. همچنین بیماری‌های مزمنی که عمدتاً افراد مسن را گرفتار می‌کنند منجر به درد و ناتوانی، افت کیفیت زندگی و افزایش نیاز و استفاده از دارو می‌شوند (۸). در این میان توجه به خوددرمانی در دوران سالمندی به خاطر تغییرات شناختی و فیزیولوژیک به عنوان ویژگی دوران سالمندی که آن‌ها را مستعد استفاده بیشتر از دارو می‌کند از اهمیت بیشتری برخوردار است (۴). بنابراین آموزش استفاده صحیح از داروها و عدم خوددرمانی در سالمندان با استفاده از الگوهایی که عوامل مؤثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می‌کنند ضروری می‌باشد. بدین منظور محققان از مدل‌ها برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل فرایند موازی توسعه یافته می‌باشد (۷).

مدل فرایند موازی توسعه یافته که به عنوان چارچوب اصلی این پژوهش استفاده شده، مدل جامعی است که توسط کیم ویت در سال ۱۹۹۲ توسعه یافت. بر اساس این مدل، پیام‌های برانگیزاننده ترس آغازگر دو قضاوت می‌باشند: ۱- قضاوت یا ارزیابی تهدید و ۲- قضاوت یا ارزیابی کارآمدی که پس از ارایه پیام‌های هشداردهنده و راه‌های مقابله با آن می‌تواند رخ دهد. یکی از مزایای مدل فرایند موازی توسعه یافته نسبت به دیگر مدل‌های آموزش بهداشت این است که مدل مذکور بر اساس تئوری‌های

دارو (اعم از گیاهی یا شیمیایی) می‌باشد که افراد سالمند بدون تجویز، تشخیص و یا نسخه پزشک به صورت خودسرانه مصرف نموده باشند. روایی پرسشنامه به روش‌های روایی محتوی و صوری با ده نفر از اساتید صاحب نظر در رشته‌های آموزش سلامت و متخصصین طب سالمندی و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ (همسانی درونی ۰/۸۲) تأیید شد.

قبل از انجام مداخله آموزشی در هر دو گروه آزمون و کنترل، اطلاعات از طریق پرسشنامه مذکور جمع‌آوری شد. سپس مداخله آموزشی برای گروه آزمون در طی ۵ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، رایه پمفلت، کتابچه آموزشی و بحث گروهی اجرا شد. مطالب و محتوی آموزشی جهت اجرای مداخله بر اساس اهداف آموزشی و با توجه به نیازسنجی که قبل از انجام مداخله صورت گرفته بود تهیه و رایه گردید. این برنامه شامل مواردی همچون آشنایی با خوددرمانی، عوارض ناشی از خود درمانی و مصرف خودسرانه دارو، منافع مصرف صحیح داروها در کنترل بیماری و پیشگیری از بروز عوارض مصرف و رفع موانع و باورهای نادرست در زمینه مصرف صحیح داروها بود. دو هفته و چهار ماه بعد از مداخله، اطلاعات هر دو گروه (آزمون و کنترل) با استفاده از همان پرسشنامه اولیه، جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، مک نمار، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و تی مستقل در سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان گروه آزمون در این مطالعه ۶۶/۴±۴/۲۸ و گروه کنترل ۶۵/۹±۵/۳۱ بود. ۵۹ درصد از اعضاء گروه آزمون و ۶۲ درصد از گروه کنترل بازنشسته بودند. در این پژوهش در گروه‌های آزمون و کنترل به ترتیب ۶ و ۴ درصد از سالمندان در زمان مطالعه به‌تنهایی زندگی می‌کردند و ۸۶ درصد از افراد گروه

از این مراکز به مرکز گروه آزمون و مرکز دیگر به مرکز گروه کنترل تخصیص یافت. در مرحله پایانی از لیست خانوارهای تحت پوشش این مراکز، تعداد ۱۱۰ نمونه مورد نیاز به روش تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. مردان بالای ۶۰ سال و ساکن شهرستان که از نظر جسمی و روانی سالم بودند و توانایی انجام کارهای معمولی و روزانه را بدون وابستگی به دیگران داشتند وارد مطالعه شدند. معیار عدم انتخاب یا خروج از مطالعه نیز شامل نقص‌های نورولوژیک، بیماری‌های مزمن و خاص (سرطان، پرفشاری خون، دیابت)، عدم تمایل و علاقمندی به شرکت در مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه از کلاس‌های آموزشی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه محقق‌ساخته بر اساس موضوع پژوهش و مدل فرایند توسعه یافته موازی بود که در ۴ بخش تنظیم شده بود. بخش اول شامل ۹ سؤال مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بخش دوم ۱۰ سؤال در زمینه آگاهی از مصرف خودسرانه داروها، بخش سوم شامل ۲۰ سؤال در زمینه سازه‌های مدل فرایند توسعه یافته موازی (حساسیت و شدت درک شده ۱۰ سؤال، خودکارآمدی برای پرهیز از خوددرمانی ۶ سؤال و اثربخشی درک شده ۴ سؤال) بود. بخش چهارم چک‌لیستی است که عملکرد فرد سالمند را در زمینه خوددرمانی در قالب برخی از بیماری‌ها که ممکن است در آن‌ها اقدام به مصرف خودسرانه دارو نموده باشد می‌سنجد. نحوه امتیازدهی به پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت سازه‌های مدل فرایند توسعه یافته موازی که به صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت تهیه شده بود دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰-۴ متغیر بود. به گونه‌ای که به جواب کاملاً موافقم امتیاز ۴، موافقم امتیاز ۳، نظری ندارم امتیاز ۲، مخالفم امتیاز یک و کاملاً مخالفم امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. در قسمت آگاهی نیز به جواب صحیح، امتیاز ۱ و به جواب غلط، امتیاز صفر تعلق گرفت. در مجموع کل امتیاز این قسمت بین ۰-۱۰ متغیر بود. در این مطالعه منظور از خوددرمانی شامل استفاده خودسرانه از هر نوع

استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مشخص گردید که میزان آگاهی، حساسیت و شدت درک شده، اثربخشی درک شده و خودکارآمدی درک شده در زمان‌های مختلف از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P > 0/05$)، همچنین پیش‌فرض کرویت واریانس-کوواریانس نیز تأیید گردید ($\text{Mauchly's test} > 0/05$). اطلاعات به دست آمده بر اساس آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری، بیانگر آن است که میزان آگاهی، حساسیت و شدت درک شده، اثربخشی درک شده و خودکارآمدی درک شده با گذشت زمان در گروه آزمون تغییر کرده است ($P < 0/001$). در حالی که در گروه شاهد با گذشت زمان اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). همچنین قبل از مداخله بین دو گروه اختلافی مشاهده نشد ولی اختلاف معناداری بین دو گروه در زمان دوهفته و چهار ماه بعد از مداخله وجود دارد. در زمینه مصرف خودسرانه دارو نیز قبل از آموزش، تفاوت معناداری در عملکرد دو گروه وجود نداشت اما بعد از مداخله آموزشی، میزان خوددرمانی در گروه آزمون از ۳۳ به ۱۳ درصد کاهش یافت و تفاوت معناداری در میزان خوددرمانی دو گروه ملاحظه گردید (جدول ۳).

آزمون و ۸۴ درصد از گروه کنترل از خدمات بیمه درمانی برخوردار بودند. همچنین در هر دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ تحصیلات، بیشترین میزان مربوط به سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و از لحاظ شغلی، بیشترین میزان کارگر بوده است.

در مجموع ۳۳/۵ درصد از سالمندان در طی چهارماه گذشته، حداقل در مورد یک بیماری بدون تشخیص یا تجویز پزشک، اقدام به مصرف خودسرانه دارو کرده بودند و ۸۹ درصد از اعضاء گروه آزمون و ۹۰ درصد از اعضاء گروه کنترل در منزل، دارو نگهداری می‌کردند. تفاوت معناداری در بین دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی وجود ندارد (جدول ۱). همچنین در هر دو گروه، مسکن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای گوارشی به ترتیب با ۳۹، ۲۲ و ۱۸ درصد در رتبه‌های اول تا سوم بودند.

در ادامه تغییرات میانگین نمره آگاهی، حساسیت و شدت درک شده، اثربخشی درک شده و خودکارآمدی درک شده در دو گروه آزمون و کنترل در طول زمان بررسی شد (جدول ۲). به منظور انجام آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکراری ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس آن‌ها آزمون انجام شد. با

جدول ۱- مقایسه توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی قبل از مداخله آموزشی در دو گروه

Pvalue	کنترل		آزمون		ویژگی‌ها	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/55	67	37	62	34	بازنشسته	شغل
	33	18	38	21	شاغل	
0/58	84	46	87	48	بلی	دارای دفترچه بیمه
	16	9	13	7	خیر	
0/75	90	50	89	49	بلی	نگهداری دارو در منزل
	9	5	11	6	خیر	
0/84	39	21	41	23	بیسواد و خواندن نوشتن	تحصیلات
	50	28	46	25	ابتدایی و راهنمایی	
	11	6	13	7	دیپلم و بالاتر	

جدول ۲- شاخص‌های آماری آگاهی، حساسیت و شدت درک‌شده، اثربخشی درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده در گروه‌های تحت مطالعه در آزمون پایه، پس از آموزش و چهار ماه پس از آموزش

P value	قبل از مداخله			گروه	متغیر
	چهار ماه بعد از مداخله	دو هفته بعد از مداخله	میانگین (انحراف معیار)		
۰/۰۰۱	۷/۸ (۱/۸)	۷/۲ (۲/۲)	۵/۳ (۱/۴)	آزمون	آگاهی
۰/۱۹	۵/۱ (۱/۲)	۵/۳ (۱/۴)	۵/۲ (۱/۳)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴	مقایسه گروه‌ها	
۰/۰۰۱	۱۲/۲ (۳/۴)	۱۱/۴ (۳/۳)	۹/۹ (۲/۶)	آزمون	حساسیت درک‌شده
۰/۰۹	۱۰/۲ (۲/۵)	۱۰/۱ (۲/۶)	۱۰ (۲/۶)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	مقایسه گروه‌ها	
۰/۰۰۱	۱۱/۹ (۴/۴)	۱۲/۲ (۴/۶)	۹/۱ (۳/۶)	آزمون	شدت درک‌شده
۰/۵۵	۹/۴ (۳/۵)	۹/۴ (۳/۶)	۹/۵ (۳/۸)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵	مقایسه گروه‌ها	
۰/۰۰۱	۱۰/۱ (۲/۴)	۹/۹ (۲/۴)	۷/۶ (۲/۲)	آزمون	اثربخشی درک‌شده
۰/۱۱	۷/۶ (۲/۲)	۷/۴ (۲/۵)	۷/۲ (۲/۳)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸	مقایسه گروه‌ها	
۰/۰۰۱	۱۶/۳ (۴/۵)	۱۶/۴ (۴/۴)	۱۲/۱ (۳/۰)	آزمون	خودکارآمدی
۰/۷۶	۱۲/۵ (۳/۶)	۱۲/۶ (۴)	۱۲/۷ (۳/۳)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴	مقایسه گروه‌ها	

جدول ۳- مقایسه وضعیت رفتار خوددرمانی در گروه آزمون و کنترل قبل و چهار ماه بعد از آموزش

Pvalue	کنترل				آزمون				گروه
	خیر		بلی		خیر		بلی		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۱۳۲	۶۶	۳۶	۳۴	۱۹	۶۷	۳۷	۳۳	۱۸	قبل
۰/۰۰۴	۶۷	۳۷	۳۳	۱۸	۸۷	۴۸	۱۳	۷	بعد
	۱				۰/۰۰۱				P value

بحث

توسعه‌یافته موازی توانست باعث کاهش میزان خوددرمانی در سالمندان گروه آزمون شود و این کاهش از لحاظ آماری معنادار بود. این یافته مشابه مطالعه شمسی و همکاران (۱۳) در اراک بود که بعد از آموزش، کاهش معناداری در خوددرمانی مادران باردار گزارش

تمرکز عمده پژوهش حاضر بر ارزیابی تأثیر آموزش بر اساس مدل توسعه‌یافته موازی بر وضعیت خوددرمانی در مردان سالمند زرنده بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی طراحی شده بر مبنای مدل فرایند

جامعه درباره عوارض مصرف خودسرانه داروها از طریق رسانه‌های جمعی ضروری به نظر می‌رسد.

در پژوهش حاضر قبل از مداخله آموزشی، سالمندان دارای حساسیت درک‌شده متوسطی نسبت به این موضوع که سلامتی آنان می‌تواند با مصرف خودسرانه دارو تحت تأثیر قرار گیرد بودند. همچنین وضعیت نمره شدت درک‌شده نیز بیانگر این موضوع بود که آنان به وخامت و شدت عوارض ناشی از خوددرمانی بی‌توجه هستند و این مسأله می‌تواند آن‌ها را برای مصرف خودسرانه دارو مستعد نماید. این نتیجه با مطالعه شریفی‌راد و همکاران (۵) در سالمندان گناباد و شمسی و همکاران (۱۳) در مادران باردار اراک همخوانی دارد، اما با یافته مطالعه پیرزاده در اصفهان (۱۸) که واحدهای مورد بررسی‌ریال حساسیت و شدت درک‌شده بالایی داشتند همخوانی ندارد. در این پژوهش بعد از مداخله آموزشی، تفاوت معناداری در میانگین نمره حساسیت و شدت درک شده دو گروه آزمون و کنترل ملاحظه گردید، در حالی که قبل از آموزش، تفاوت معناداری وجود نداشت. این مسأله می‌تواند شاهد خوبی از تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء حساسیت و شدت درک‌شده گروه آزمون باشد. به‌طوری‌که بعد از مداخله آموزشی، ۷۱ درصد از سالمندان گروه آزمون بر این باور بودند که ممکن است آن‌ها هم در معرض خوددرمانی باشند و ۷۸ درصد نیز اعتقاد داشتند که با خوددرمانی ممکن است در معرض اختلالات جسمی و روانی قرار گیرند. این یافته با مطالعات شمسی و همکاران (۱۳)، کریمی و همکاران (۴) و پیرزاده (۱۸) همخوانی دارد، مطالعات قبلی نشان داده که افزایش حساسیت و شدت درک‌شده نسبت به یک بیماری یا مشکل بهداشتی می‌تواند عامل مؤثری در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از مشکلات بهداشتی همچون خوددرمانی باشد (۱۹).

در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره اثربخشی درک‌شده نسبت به راه‌کارهای عدم خوددرمانی در حد متوسط بود، اما بعد از آموزش، اثربخشی

از طرف دیگر نتایج بیانگر آن است که یک‌سوم از نمونه‌ها قبل از مداخله آموزشی، خوددرمانی داشتند که این مسأله با توجه به ویژگی‌های فیزیولوژیک بدن سالمندان به‌ویژه در اندام‌هایی همچون کبد و کلیه که عمل متابولیسم داروها را بر عهده دارند بسیار مهم و قابل توجه می‌باشد و باید مورد توجه قرار گیرد (۴). همچنین در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی، ۸۹ درصد از سالمندان گروه آزمون، در منزل دارو نگه‌داری می‌کردند که این میزان ۴ ماه بعد از مداخله به ۳۲ درصد کاهش یافت. نگه‌داری دارو در منزل نه تنها احتمال مصرف خودسرانه را بالا می‌برد بلکه مسایل نحوه نگه‌داری صحیح دارو، تاریخ انقضا، احتمال خطا در نحوه صحیح مصرف و نیز دسترسی آسان سایرین را بیشتر می‌کند. لازم است به این مهم نیز در برنامه‌های آموزش همگانی از طریق رسانه‌ها توجه شود.

در این پژوهش، نیمی از نمره آگاهی، قبل از مداخله آموزشی کسب شده بود که بیانگر آگاهی متوسط نمونه‌ها قبل از آموزش می‌باشد. در پژوهش ضیایی (۱۴) نیز ۴۲ درصد از نمونه‌های مورد بررسی در مورد داروهای مصرفی آگاهی داشتند. به‌طور مشابه مطالعه رخشانی (۱۵) نشان داد که ۸۳ درصد از افراد از مصرف دارو آگاهی داشتند. بر خلاف یافته ما، مطالعه صاحبی و همکاران در تبریز (۱۶) و نیز مطالعه سپهری در کرمان (۱۷) نشان داد که وضعیت آگاهی در خصوص مصرف خودسرانه دارو بسیار ضعیف می‌باشد. در مطالعه حاضر بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معناداری در میانگین نمره آگاهی گروه آزمون و کنترل ملاحظه گردید. این اختلاف را می‌توان به علت تشکیل کلاس‌های آموزشی در مورد عدم خوددرمانی دانست که توانسته بود تا حدود زیادی باعث ارتقاء میزان آگاهی گروه آزمون در خصوص مصرف صحیح داروها شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر که بیانگر رابطه سطح آگاهی و مصرف خودسرانه داروها می‌باشد، لذا طراحی و اجرای برنامه‌هایی به‌منظور ارتقاء سطح آگاهی و دانش افراد

از اهمیت خودکارآمدی به عنوان یک تعیین کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت حمایت کردند (۲۳). از محدودیت های این پژوهش می توان به برخی از عوامل مخدوش گر همچون ابتلای بیشتر این قشر به بیماری ها و مصرف بیشتر دارو و همچنین عدم یادآوری صحیح در مورد مصرف دارو در آنان اشاره کرد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بر اساس مدل فرایند موازی توسعه یافته بر آگاهی، حسایت، شدت، خودکارآمدی و اثربخشی درک شده سالمندان نسبت به خوددرمانی و در نهایت کاهش مصرف خودسرانه دارو در واحدهای پژوهش می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از کلیه سالمندان محترم شرکت کننده در این مطالعه و خانواده محترم ایشان که با سعه صدر با گروه تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

درک شده گروه آزمون، افزایش معناداری یافت که می تواند بیانگر اثربخشی درک شده نسبت به راه کارهای توصیه شده عدم خوددرمانی در این گروه باشد. مطالعات نیز نشان داده اند پیام های با محتوای انگیزش ترس، زمانی نقش بسیار مؤثری در تغییر رفتار خواهند داشت که با راه کارهای کارآمد برای مقابله با آن تهدید همراه باشند (۲۰). همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر افزایش نمره خودکارآمدی و معنادار شدن آن در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی بود که این یافته با نتایج مطالعه شمسی و همکاران (۱۳) که توانستند با آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی سبب افزایش نمره خودکارآمدی و کاهش خوددرمانی در زنان باردار شوند همخوانی دارد. اما با نتایج مطالعه غفاری (۲۱) و کینزler و همکاران (۲۲) همخوانی ندارد. خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارایی شخصی اش اشاره دارد (۱۹) و ارتقاء آن سبب بهبود عملکرد فرد می شود. در مطالعات دیگر انجام شده نیز افزایش در خودکارآمدی با بهبود عملکرد همراه بوده است (۱۳ و ۱۹). از میان مطالعات مربوط به الگوی ارتقای سلامت که مورد بررسی قرار گرفته اند، ۸۶ درصد

References

1. Amani F, Mohammadi S, Shaker A, Shahbazzadegan S. [Study of arbitrary drug use among students in universities of Ardabil city in 2010 (Persian)]. *Ardabil Medical University Journal*. 2011;11(3):201-7.
2. Shankar PR, Partha P, Shenoy N. Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: a questionnaire-based study. *BMC Family Practice*. 2002;8(3):17.
3. Klemenc-Ketis Z, Hladnik Z, Kersnik J. Self-medication among healthcare and non-healthcare students at university of Ljubljana, Slovenia. *Med Princ Pract*. 2010;19(5):395-401.
4. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour F. [Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model (Persian)]. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2011;14(58):1-11.
5. Shamsi M, Bayati A. [The effect of education on knowledge, attitude and practice of pregnant women on self-medication in Arak city (Persian)]. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences*. 2009;15(4):27-36.
6. Sharifirad GHR, Mohebi S, Motalebi M, Abbasi MH, Rajati F, Tal A. [The prevalence and effective modifiable factors of self medication based on the health belief model among elderly adult (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2012;7(4):1-10.
7. Davati A, Jaffari F, Samad Pour M, Tabar K. [Medication review in elderly in Tehran (Persian)]. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2007;25(4):450-6.
8. Masoudi Alavi N, Alami L, Taiefi S, Sadafi Z. Self treatment in diabetes mellitus in Kashan. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010;12(3):237-42.
9. Basil M, Basil D, Deshpande S, Lavack AM. Applying the Extended Parallel Process Model to workplace safety messages. *Health Commun*. 2013;28(1):29-39.
10. Witte K. Fear as motivator, fear as inhibitor: using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures, In: Andersen PA, Guerrero LK. *The handbook of communication and emotion: research, theory, applications, and contexts*. San Diego: Academic Press. 1998: 423-50.

11. Gharlipour Gharghani Z, Hazavehei MM, Sharifi M H, Nazari M. [Study of cigarette smoking status using extended parallel process model (EPPM) among secondary school male students in Shiraz city (Persian)]. *Health Science Journal*. 2010;2(3):26-36.
12. Karimy M, Montazeri A, Araban M. [The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis (Persian)]. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2012;14(4, Supp 2): 85-95.
13. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. [The effect of educational program based on Health Belief Model (HBM) on preventive behavior of self-medication in woman with pregnancy in Arak, Iran (Persian)]. *Pajoohandeh Journal*. 2010;14(6):324-31.
14. Ziayee T, Azgholi G, Yaghmaei F, Akbar Zadeh AR. [The survey of self medication in woman with pregnancy in Tehran (Persian)]. *Journal of Nursing & Midwifery*. 2008;18(62): 35-9.
15. Rakhshani M, Rakhshani F, Mirshahi A. [Self-medication in Zahedan city in 1999 (Persian)]. *Journal of Kashan University of Medical Science*. 2003;22(6):45-52.
16. Sahebi L, Seidy A, Amini S, Mousa Khani M. [Self medication Status among referring patients to Tabriz pharmacies(Persian)]. *Pharmaceutical Sciences*. 2008;14(4):174-81.
17. Sepehri CH, Kohan S, Ghazanfari Z. [The knowledge of patients referred to Kerman pharmacies about their dispensed drugs (Persian)]. *Journal of Babol University of Medical Science*. 2000;3(1):52-8.
18. Pirzadeh A, Sharifirad Gh. [Knowledge and practice among woman about self-medication based on health belief model (Persian)]. *Journal of Gorgan University of Medical Science*. 2012;13(4):76-83.
19. Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Amin Shokravi F. [The Effect of Training Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Unwanted Pregnancy (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(23):18-27.
20. So J. A further extension of the Extended Parallel Process Model (E-EPPM): implications of cognitive appraisal theory of emotion and dispositional coping style. *Health Communication*. 2013;28(1):72-83.
21. Ghafari M. [Comparing the efficacy of health belief model and its integrated model in AIDS education among male high school students in Tehran (Persian)]. PhD thesis in health education. Tehran: Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University. 2007;44-7.
22. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Educ Res*. 2004;19(6):730-8.
23. Karimy M, Niknami. [Self-efficacy, and perceived benefits / barriers in to the AIDs preventive behaviors in Opiate dependency in Zarandieh (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Science*. 2011;15(5):52-8.