

طراحی ابزار سنجش رفتارهای پیشگیری کننده از خوددرمانی در کودکان زیر شش سال بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده

سمانه مظفری^۱، محسن شمسی*^۲، نسرين روزبهانی^۲، مهدی رنجبران^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: ضرورت سنجش تداوم رفتارهای پیشگیری کننده، مورد تأکید پژوهشگران عرصه سلامت قرار دارد و دستیابی به این هدف، مستلزم به کارگیری ابزاری مناسب در متون علمی است. لذا پژوهش حاضر با هدف طراحی ابزار سنجش رفتارهای پیشگیری کننده از خوددرمانی در کودکان بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری تصادفی بر روی ۲۳۱ نفر از مادران دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر انجام شد. روایی صوری کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفت و نسبت و شاخص روایی محتوای ابزار، با قضاوت کیفی یک پانل ۱۰ نفره خبرگان محاسبه گردید، سپس پایایی با تعیین توافق درونی (ضریب آلفای کرونباخ) تخمین زده شد و مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: روایی سؤالاتی که شاخص روایی محتوایی آنها کمتر از حد مجاز بود، اصلاح شد و تغییرات لازم در آنها صورت گرفت. سپس مراحل روایی آنها تکرار شد تا مقدار مطلوب یعنی نسبت روایی محتوا بیش از ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا بیشتر از ۰/۷۹ حاصل شد. پایایی آنها با تست آلفای کرونباخ و مقدار بیش از ۰/۷ تأیید شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه شواهد مناسبی در خصوص ابزار مناسب پایا و روا جهت سنجش رفتارهای پیشگیری کننده از خوددرمانی در کودکان بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده را فراهم نمود.

واژه‌های کلیدی: تئوری رفتار برنامه ریزی شده، روایی و پایایی، کودکان، خوددرمانی، دارو

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 (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: dr.shamsi@arakmu.ac.ir، تلفن: ۰۸۶۳۶۸۶۴۴

۳- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

مقدمه

مصرف خودسرانه دارو قسمتی از فرآیند خوددرمانی می‌باشد و عبارت است از تهیه و مصرف داروها بدون توصیه و تجویز پزشک [۱] و معمولاً اولین عمل فرد بیمار به منظور کاهش یا تخفیف علائم بیماری قبل از دریافت مراقبت‌های پزشکی است [۲]. در سطح جهان سالانه از هر یک صد نفر، یک نفر دچار مرگ و میر ناشی از عوارض منفی مصرف داروها می‌شود.

مصرف خود سرانه دارو از لحاظ سلامت، اقتصاد، مصرف منابع و امکانات، مردم و مسئولان را آزار می‌دهد [۳] و این در حالی است که شیوع خوددرمانی، در بسیاری از کشورهای جهان گزارش شده است [۴-۵]. البته مطالعات مقطعی داخلی که بر روی دانشجویان، سالمندان، مادران باردار و کودکان و در جهت بدست آوردن شیوع این رفتار نامناسب انجام گرفته است حاکی از آن است که مردم کشور در این زمینه آگاهی و نگرشی درستی ندارند [۶-۹].

برای پیشگیری از این قبیل رفتارهای نادرست، آموزش بهداشت ضروری به نظر می‌رسد. ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی آنها و آن هم به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد [۱۰]. و با توجه به اینکه الگوهای مطالعه رفتار می‌تواند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند [۱۱]. پس از بررسی زیاد از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در این زمینه استفاده شد زیرا یکی از تئوری‌های تغییر رفتار می‌باشد که به منظور پیش‌بینی و درک رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این تئوری سازه‌ها و متغیرهایی را در خود دارد که طیف ترغیب رفتار و قصد و نمایش رفتار را شامل می‌شود و اعتبار آن به صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تأیید شده است [۱۲، ۱۳].

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، الگوی شناختی - اجتماعی انتظار ارزش است که می‌گوید قصد، تعیین‌کننده اصلی رفتار است. قصد تحت تأثیر ۳ سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است. نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی فرد را از انجام یک رفتار منعکس می‌کند. هنجارهای انتزاعی اشاره به این مسئله دارند که فشارهای اجتماعی درک

شده ممکن است باعث شود، فرد رفتار خاصی را انجام داده یا از انجام آن امتناع ورزد. سرانجام کنترل رفتاری درک شده، سختی یا آسانی متصور در خصوص اجرای یک رفتار ویژه است و حدس زده می‌شود که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار مؤثر است. طبق تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، افراد زمانی انجام رفتاری را مثبت ارزیابی کرده و قصد انجام آنرا خواهند داشت که معتقد باشند افراد صاحب نفوذ و مهم زندگی‌شان فکر می‌کنند که آن رفتار باید انجام گیرد و همچنین انجام رفتار تحت کنترل آنهاست. علاوه بر این، در این نظریه فرض می‌شود نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده بوسیله عقاید زیربنایی سازه‌های مذکور تعیین می‌شوند [۱۴].

لازم به ذکر است که مهم‌ترین بخش از مطالعات در جهت تغییر رفتار، توسعه یک ابزار مناسب برای سنجش و ارزیابی رفتار مورد مطالعه می‌باشد که برای کاهش خطای اندازه‌گیری، اقدامات عمده مانند طراحی ابزار مناسب و استاندارد باید در نظر گرفته شود [۱۵]. زیرا ارزیابی مداخلات آموزشی با استفاده از مدل، مستلزم استفاده از ابزاری روا و پایا است که بتواند متغیرهای اساسی را مورد سنجش قرار دهد. با این وجود، ابزاری با خصوصیات مذکور تاکنون طراحی نشده است و این ابزار بیشتر در گروه مادران باردار و براساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شده است [۱۶] که از لحاظ بسیاری از آیتم‌ها از جمله سازه‌های مدل و شرایط فیزیولوژیک با گروه هدف کودکان متفاوت می‌باشد.

بنابراین، با توجه به نبود آمار کامل و دقیق از مصرف خودسرانه دارو در کودکان و عدم بررسی تداوم رفتارهای پیشگیری‌کننده در این زمینه و نیز عدم وجود یک ابزار استاندارد براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در خصوص مصرف خودسرانه دارو در کودکان، بر آن شدیم ابزاری مناسب و برخوردار از روایی و پایایی مناسب جهت سنجش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زمینه پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو در کودکان طراحی نمائیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه، توصیفی - مقطعی است که با هدف طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش رفتارهای پیشگیری-

کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان در سال ۱۳۹۳ در شهرستان آزادشهر انجام شده است.

نمونه‌ها با توجه به مطالعه مشابه [۱۶]، با در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار ۲۲/۷۵ و سطح اطمینان ۹۵٪ و حداکثر خطای قابل قبول برابر ۳ و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با برآورد میانگین به تعداد ۲۳۱ نفر انتخاب شدند.

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

نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای صورت گرفت. بدین صورت که از میان ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر، تعداد چهار مرکز به عنوان خوشه در نظر گرفته شد و از هر یک به نسبت جمعیت، مادران گروه هدف موجود به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی از لیست دفتر مراقبت کودک یا دفتر واکسیناسیون) انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از داشتن کودک زیر ۶ سال، عدم ابتلای کودک به بیماری خاص. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم رضایت مادر جهت شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه با توجه به هدف پژوهش، گردآوری داده‌ها در رابطه با مصرف خودسرانه دارو در کودکان از طریق جستجوی گسترده در سایت‌های مختلف فارسی و لاتین همچون Science direct، Proquest، Sid، Iranmedex و برخی سایت‌های دانشگاه‌های جهان انجام شد و پس از بررسی مطالعات داخلی و خارجی، ابزارهای مشابه شناسایی و جمع‌آوری گردید.

البته قابل ذکر است از مجموع ابزارهای به کار رفته در این خصوص یا بدون استفاده از مدل و یا بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بوده و هیچ ابزار ایرانی و خارجی برای سنجش مفاهیم موضوع مورد مطالعه وجود نداشت. و با توجه به نظر آرنیورسننامه استاندارد بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در نقاط مختلف دنیا وجود ندارد و انجام مطالعه، برای طراحی پرسشنامه جدید متناسب با رفتار و جمعیت مورد نظر ضروری است [۱۹]. این استدلال به تنهایی طراحی ابزاری روا و پایا به منظور سنجش رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را توجیه می‌کند.

سؤالات اولیه پرسشنامه با استفاده از منابع معتبر نظیر اطلاعات منتشره از سازمان بهداشت جهانی، کتب و مقالات موجود [۱۶-۱۸] تهیه گردید و پس از انجام مطالعه کتابخانه‌ای وسیع و انجام مصاحبه با گروه هدف و نیز مشاوره با افراد صاحب نظر برای طراحی و ساخت پرسشنامه از فرآیند توصیفی شده آجزن (Ajzen) [۱۹] و فرانسیس (Francis) [۲۰] استفاده گردید.

بدین ترتیب که گروه تحقیق بعد از مطالعات کتابخانه‌ای وسیع و بررسی منابع موجود، در چندین پانل تخصصی اقدام به طراحی اولیه پرسشنامه نموده و در این راستا با تعدادی از مادران که از نظر خصوصیات جمعیت شناختی مشابه جمعیت هدف بودند، در رابطه با مصرف خودسرانه دارو در کودکان مصاحبه شد و بر اساس نتایج مصاحبه، عقاید برجسته، عوارض و گروه‌های مرجع تأثیرگذار در جمعیت شناسایی شدند. از اطلاعات حاصل از مصاحبه جهت تدوین و توسعه گویه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری استفاده شد. در نهایت پرسشنامه اولیه با تعداد ۹۵ گویه بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده طراحی شد که در مرحله بعد، به منظور بررسی اولیه مفاهیم مورد سنجش در پژوهش، این پرسشنامه محقق ساخته برای ۳۰ نفر از مادران مشابه جمعیت هدف، تکمیل گردید. و سپس تعداد ۱۰ عدد پرسشنامه توسط ۶ نفر دکترای آموزش بهداشت، ۲ نفر پزشک، ۱ نفر داروساز و ۱ نفر کارشناس بهداشت عمومی جمع‌آوری و یافته‌های حاصل مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

آنگاه پس از انجام دو مرحله بررسی متون و نیازسنجی و همچنین با رعایت اصول مربوط به طراحی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، اقدام به طراحی و تدوین ابزار مورد نظر به شرح ذیل گردید:

۱) ابزار سنجش آگاهی مادران پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۱۱ سوال بود که به گزینه‌های صحیح امتیاز یک و به گزینه‌های غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. ۲) ابزار سنجش نگرش مادران در خصوص مصرف خودسرانه دارو در کودکان شامل ۹ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم - موافقم - نظری ندارم - مخالفم - کاملاً مخالفم) طراحی شد، طیف نمره‌گذاری

Ne: تعداد افراد متخصص که آیتم ضروری بودن را انتخاب کرده‌اند.

E: نشان دهنده ضروری بودن است.

N: نشان دهنده کل افراد متخصص شرکت کننده

آنگاه، با توجه به تعداد متخصصین شرکت کننده بر طبق جدول لاوشه، در صورتی که عدد حاصل برای هر گویه، از عدد ارائه شده در جدول بزرگتر بود [۲۲]، آن گویه ضروری و مهم تلقی و جهت تحلیل بعدی حفظ شد. مقادیر محاسبه شده در این مطالعه در اکثریت گویه‌ها، بالاتر از ۰/۶۲ بود. که در نهایت تعداد ۶ گویه در این مرحله حذف شد.

تعیین شاخص روایی محتوی جهت کسب اطمینان از این موضوع به کار رفت که آیا آیتم‌های ابزار، جهت اندازه‌گیری سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، به بهترین نحو ممکن طراحی شده‌اند یا خیر؟ برای این منظور سه معیار "سادگی و روان بودن، مربوط بودن و واضح و شفاف بودن" با استفاده از طیف ۴ قسمتی مد نظر قرار گرفت. به ترتیب در قسمت "سادگی و روان بودن" امتیازات بر اساس (ساده نیست با امتیاز ۱، نسبتاً ساده است با امتیاز ۲، ساده است با امتیاز ۳، کاملاً ساده است با امتیاز ۴) در قسمت "مربوط بودن" (مربوط نیست با امتیاز ۱، نسبتاً مربوط است با امتیاز ۲، مربوط است با امتیاز ۳، کاملاً مربوط است با امتیاز ۴) و در قسمت "واضح و شفاف بودن" (واضح نیست با امتیاز ۱، نسبتاً واضح است با امتیاز ۲، واضح است با امتیاز ۳، کاملاً واضح است با امتیاز ۴) در نظر گرفته شدند. [۲۳] سپس مقدار شاخص روایی یا CVI قابل قبول در پرسشنامه طراحی شده با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید.

تعداد متخصصین موافق رتبه ۳ و ۴ هر گویه
 تعداد کل متخصصین
 = فرمول محاسبه شاخص اعتبار محتوا

چنانچه بر اساس شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل، عدد حاصل از هر آیتم > ۰/۷۹ بود، مناسب و اگر مابین ۰/۷۹ - ۰/۷۰ بود، سؤال برانگیز قلمداد شد که در این صورت نیاز به اصلاح و بازنگری داشت و چنانچه گویه < ۰/۷۰ بود غیر قابل قبول محسوب شده و آیتم حذف می‌شد [۲۴] که در نهایت در این مرحله هیچ گویه‌ای حذف نشد.

از ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم بود. برای سایر مقیاس‌ها با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نیز نمره‌گذاری به همین ترتیب انجام شد. (۳) ابزار سنجش کنترل رفتار درک شده مقیاسی شامل ۱۱ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای، (۴) ابزار سنجش هنجارهای ذهنی مقیاسی شامل ۸ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای، (۵) ابزار سنجش قصد رفتاری مقیاسی شامل ۶ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای، (۶) ابزار سنجش عملکرد مادراندر زمینه مصرف خودسرانه دارو مقیاسی شامل بخش‌های مختلف، ۱۴ سؤال برای بیماری‌هایی که خوددرمانی شده‌اند، ۱۲ سؤال برای داروهایی که خودسرانه مصرف شده‌اند و ۱۵ سؤال در مورد علل مصرف خودسرانه دارو در کودکان که با گزینه‌های (بلی - خیر) سنجیده شد.

در پایان پرسشنامه طراحی شده توسط ۲۳۱ مادر مورد مطالعه و از طریق مصاحبه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. و آزمون‌ها و روش‌های آماری مورد استفاده جهت تحلیل داده‌ها شامل شاخص نسبت روایی محتوا (بالاتر از ۰/۷۹) در نظر گرفته شد، شاخص روایی محتوا و روش آزمون همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب توافقی کاپا بود.

یافته‌ها

در این پژوهش توصیفی، ۲۳۱ مادر با میانگین سنی ۲۸/۷۶ و انحراف معیار ۵/۳۴ شرکت داشتند که به منظور تعیین اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها از ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. ابتدا برای تعیین نسبت روایی محتوا از ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت، پزشکی و داروساز خواسته شد تا هر گویه را بر اساس طیف لیکرت ۳ قسمتی "ضروری است، مفید ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد" بررسی نمایند. سپس پاسخ‌ها بر اساس فرمول ذیل محاسبه گردید [۲۱].

$$CVR_{Ratio} = \frac{N_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

پیشگیری از رفتار مورد نظر به وسیله پرسشنامه ۸۶ گویه‌ای که بر طبق سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده طراحی شده بود، مورد سنجش قرار گرفت.

با توجه به موضوعاتی مانند رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه دارو که ماهیت و ابعاد گسترده اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و پزشکی دارد، بهره گرفتن از پانل خبرگان با تعداد کنونی، مفید می‌باشد که این مهم در اکثر مطالعات رعایت نشده است [۲۶-۳۳]. در مطالعه Khorasani، تناسب کافی گویه‌های ابزار به لحاظ اجتماعی و ارائه اطلاعات کافی در خصوص فرآیند سنجش روایی ابزار وجود نداشت که تفاوت آن با مطالعه حاضر می‌باشد [۲۶].

در این پژوهش، برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای محاسبه شد که متوسط شاخص روایی محتوای پرسشنامه محاسبه شده برابر با ۰/۹۵ بدست آمد. Polit و همکاران نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش پرسشنامه توصیه نموده‌اند [۲۴]. بنابراین می‌توان گفت از دیدگاه منابع موجود، روایی محتوایی پرسشنامه سنجش رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان تأیید می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که پس از حذف ۶ گویه نامناسب در اوایل مطالعه در مقایسه با مطالعات گذشته، نتیجه کار از نظر پایایی رضایت‌بخش بود [۲۶-۳۱]. از پایایی به وجود همسانی و ثبات در سازه‌های یک ابزار اطلاق می‌شود و در واقع، مبین دقت یا صحت اندازه‌گیری است [۳۴]. نتیجه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در مطالعه حاضر برابر با ۰/۷۱ بود که نشان‌دهنده مطلوبیت بوده و به نفع پایایی مطمئن پرسشنامه می‌تواند در نظر گرفته شود. بررسی Bourdeaudhuij و همکاران [۳۵] پنج کشور اروپایی همسانی درونی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را ۰/۸۹-۰/۵۲ نشان داد. در مطالعه Delshad و همکاران، مقادیر آلفای کرونباخ جهت سازگاری درونی محاسبه شده کل متغیرهای مورد استفاده برابر ۰/۸۳ گزارش شده است [۳۶].

از محدودیت‌های پژوهش این بود که پرسشنامه تنها در گروهی از مادران دارای کودک زیر ۶ سال شهرستان آزادشهر بررسی شد و این نمونه گویای کل جامعه نیست. پیشنهاد

بررسی کیفی محتوای پرسشنامه از جهات رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب خود، امتیازدهی مناسب، مدت زمان لازم جهت تکمیل پرسشنامه و تناسب ابعاد انتخاب شده، انجام شد. لذا تمامی آیتم‌های پرسشنامه به دفعات مکرر مورد بازنگری و اصلاحات ملزوم قرار گرفت. پس از محاسبه نسبت روایی محتوی و شاخص روایی محتوی در نهایت از مجموع ۹۵ گویه، تعداد ۸۶ گویه پذیرفته شد که به ترتیب قرار گرفتن در هر سازه عبارتند از: سازه آگاهی ۱۱ گویه، سازه نگرش ۹ گویه، سازه کنترل رفتار درک شده ۱۱ گویه، سازه هنجارهای ذهنی ۸ گویه، سازه قصد رفتاری ۶ گویه و سازه عملکرد ۲۶ گویه و ۱۵ گویه در خصوص دلایل اقدام به خوددرمانی.

پایایی پرسشنامه از طریق روش آزمون کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۶ سال که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد. بر طبق پیشنهاد محققین، مقادیر آلفای کمتر از ۰/۵ غیر قابل قبول، مقادیر بین ۰/۵ تا ۰/۶ ضعیف، بین ۰/۶ تا ۰/۷ متوسط و بالاتر از ۰/۷ رضایت‌بخش می‌باشد [۲۵]. در این مطالعه میانگین ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر با ۰/۷۱ بود. پایایی ابعاد پرسشنامه به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- نتایج پایایی پرسشنامه پیشگیری از مصرف

خودسرانه دارو در کودکان

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤال	همسانی درونی
آگاهی	۱۱	۰/۶۱
نگرش	۹	۰/۷۹
هنجارهای ذهنی	۸	۰/۶۲
کنترل رفتار درک شده	۱۱	۰/۶۰
قصد رفتاری	۶	۰/۹۱
عملکرد	۴۱	۰/۸۸

بحث

مطالعه حاضر با هدف طراحی ابزار سنجش رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام گرفت و می‌توان گفت

سمانه مظفری، محسن شمسی، نسرين روزبهانی: طراحی و اجرای پژوهش و نگارش مقاله
 مهدی رنجبران: آنالیز اطلاعات و نگارش مقاله

می‌گردد انجام مطالعات مشابه در ابعاد بزرگتر و در سایر شهرها و گروه‌های جمعیتی نیز صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج روایی و پایایی ابزار تهیه شده، می‌توان گفت که این پرسشنامه یک مقیاس مناسب برای سنجش رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو در کودکان بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد. البته ابزار تهیه شده الزاماً عاری از اشکال نخواهد بود لذا توصیه می‌شود این ابزار روی نمونه‌های متفاوت در پژوهش‌های آینده به کار گرفته شود.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

سهام نویسندگان

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت نویسنده اول با کد IRCT2014082118893N1 در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به خاطر همکاری‌های لازم و تأمین هزینه‌های پژوهش و همچنین از کارکنان مرکز بهداشت شهرستان آزدشهر و مادران شرکت کننده در این طرح به سبب همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

1. Yousef A-MM, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. Self-medication patterns in Amman, Jordan. *Pharmacy World & Science* 2008;30(1):24-30.
2. Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Akbari Sari A, Rahimi A, Toll A. Healthcare-seeking behavior in Tehran, Iran and factors affecting it. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2009;7(2):1-13. [persian]
3. Davati A, Jafari F, Samadpoor M, Tabar K. Survey of medication in ageing of Tehran city. *J Med Counc Islam Repub Iran* 2008;25(4):450-6. [persian]
4. Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Vaqar T, Shaikh M, et al. Self-medication amongst university students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2008;58(4):214-17.
5. Demelo MN, Madureira B, Ferreira APN, Mendes Z, da Costa Miranda A, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharmacy World and Science* 2006;28(1):19-25.
6. Eslami AA, Moazemi Goudarzi A, Najimi A, Sharifirad G. knowledge, Attitude and Practice of Students in Universities of Isfahan toward Self Medication. *journal of Health System Research* 2012;7(5):1-9.[persian]
7. Heidarnia A. Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model. *Arak Medical University Journal* 2011;14(5):70-8.[persian]
8. Shamsi M, Tajik R, Mohammadbege A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal* 2009;12(3):57-66. [persian]
9. Mozafari S, Shamsi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. 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. *Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty* 2015;23(2):15-23.[persian]
10. Allahverdiipoor H. Passing through traditional health education towards theory-oriented health education. *Health Promotion and Education Magazine* 2005;1(3):75-9.[persian]

11. Barati F, Shamsi M, Khorsandi M, Ranjbaran M. Measuring the Constructs of Planned Behavior Theory Regarding the Behaviors Preventing of Junk Food Consumption in Elementary Students in Arak in 2015. Arak University of Medical Sciences Journal 2016; 18 (11) :10-18. [persian]
12. Roozbaei N, Kabir K. The Effect Of health Education Based On Theory of planned behavior On Behavioral Promotion Of Urinary Infection Prevention In Pregnant Women. Journal of Jahrom University of Medical Sciences 2014;12(3):49-57. [persian]
13. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education. 4th ed. USA: Jossey Bass; 2008: 23-44.
14. Shamsi M, Roozbehani N, Kabir K. Preventive behaviors of urinary tract infection (UTI) based on the theory of planned behavior among pregnant women in Karaj in 2013. Daneshvar 2014;21(108):59-66. [persian]
15. Zaghari Tafreshi M, Yaghmaie F. Application of factor analysis in structural validity measurement. J Teb va Tazkiyeh 2005;14(3):50-60. [persian]
16. 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. Pejouhandeh 2010;14(6):Pe324-Pe31. [persian]
17. Sihvo S, Ahonen R, Mikander H, Hemminki E. Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. Family Practice 2000;17(2):145-9.
18. Moghadamnia A, Ghadimi R. Self medication in common cold in people in 15-45 years in Babol city. Science Journal of Babol University of Medical Sciences. 2001; 2 (1) : 26-32. [persian]
19. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes 1991;50(2):179-211.
20. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. A manual for health services researchers 2004;2010:2-12.
21. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing scholarship 2007;39(2):155-64.
22. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity1. Personnel psychology 1975; 28(4): 563-75.
23. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. Journal of Medical Education 2003; 3(1): 25-7.
24. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in nursing & health 2007;30(4):459-67.
25. Froman RD, Schmitt MH. Thinking both inside and outside the box on measurement articles. Research in nursing & health 2003;26(5):335-6.
26. Khorasani H, Ameriuon A, Zarychy A, Tavakoli R, Zabul R, Shokuh M. The knowledge and practice of infection control nurses and hospital administrators in hospitals or other medical sciences. Journal of Military Medical Sciences 2009;2(11):97-101. [persian]
27. Gholami Fesharaki M, Jamali MJ, Rahmati Najarkolaei F, Mohamadian M, Aghamiri Z. Validity and Reliability of the Najmiyeh Outpatients Satisfaction Questionnaire. Health Education & Health Promotion 2013;1(1):13-20. [persian]

28. Allah-Bakhshian A, Moghaddasian S, Zamanzadeh V, Parvan K, Allah-Bakhshian M. Knowledge, attitude, and practice of ICU nurses about nosocomial infections control in teaching hospitals of Tabriz. *Iran Journal of Nursing* 2010;23(64):17-28. [persian]
29. Karimy M, Abedi A, Amin-Shokravi F, Tavafian SS. Preventing HIV Transmission among the Opiate-Dependent Population in Zarandieh: Evaluation of the HBM-Based Educational Programs. *Health Education & Health Promotion* 2013;1(1):21-31. [persian]
30. Delshad MH, Hidarnia A, Niknami S. Investigating the Application of the Principles of Standard Precautions to Prevent HBV Infection. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2014;16(4):50-9. [persian]
31. Bashirian S, Hidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. The theory-based substance abuse prevention program for adolescents. *Health Education & Health Promotion* 2013;1(1):3-12. [persian]
32. Mohamed R, Ng CJ, Tong WT, Abidin SZ, Wong LP, Low WY. Knowledge, attitudes and practices among people with chronic hepatitis B attending a hepatology clinic in Malaysia: a cross sectional study. *BMC public health* 2012;12(1):601.
33. Shiferaw Y, Abebe T, Mihret A. Hepatitis B virus infection among medical waste handlers in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC research notes* 2011;4(1):479.
34. George K, Batterham A, Sullivan I. Validity in clinical research: a review of basic concepts and definitions. *Physical therapy in sport : official journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine* 2003;4(3): 115-21.
35. De Bourdeaudhuij I, Klepp K, Due P, Rodrigo CP, De Almeida M, Wind M, et al. Reliability and validity of a questionnaire to measure personal, social and environmental correlates of fruit and vegetable intake in 10–11-year-old children in five European countries. *Public health nutrition* 2005;8(02):189-200.
36. Delshad MH, Hidarnia A, Niknami S. Psychometric measure continuous variables preventive behaviors of hepatitis B virus infection in health care workers. *Journal of Mazandaran University Medical science* 2014;24(109):78-89. [persian]

Designing an Assessment Tool for Preventative Self-Medication Behaviors in Children under 6 years of age based on the Theory of Planned Behavior

Mozafari S¹, Shamsi M^{2*}, Roozbehani N², Ranjbaran M³

1-M.Sc Student of Health Education, Dept. of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2- Assistant Prof. Dept. of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran * (Corresponding author):E-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir, Tel: 086368644

3- Assistant lecturer in Epidemiology, Dept. of Epidemiology, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 5 May 2015

Accepted: 21 January 2016

Introduction: The need for continued assessment of preventive behaviors, have been emphasized by the researchers of health field. Using suitable means in the scientific literature is the way to access this goal. So the current study aimed to evaluate the reliability and validity of self-assessment tool to prevent drug behavior in children based on the theory of planned behavior.

Material and Methods: This cross - sectional study was conducted with a random sample of 231 mothers with children less than 6 years of age who had referred to the health centers of Azadshahr city, during 2015. Through quantitative and qualitative outward validity, the ratio and index of content validity of tool was judged by a panel of 10 experts. Then, reliability of the tool was determined by the internal agreement (Cronbach's alpha coefficient) and was estimated and approved.

Results: After reviewing the validity of results, content validity index of the questions were revised and the necessary changes were made and the narrative process was repeated until the desired amount of content validity index of more than 0.62 and reliability content of more than 0.79 was achieved. Test-retest and reliability with more than 0.7 was confirmed.

Conclusion: The results of this study provided a good evidence of valid and reliable tools to assess preventive behavior of self-medication in children based on the theory of planned behavior.

Keywords: Theory of Planned Behavior, Reliability and Validity, Children, Self-medication, Drug

Please cite this article as follows:

Mozafari S, Shamsi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. Designing an Assessment Designing an Assessment Tool for Preventative Self-Medication Behaviors in Children under 6 years of age based on the Theory of Planned Behavior. Community Health journal 2015; 9(2): 1-9.

Funding: This research was funded by Arak University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Arak University of Medical Sciences approved the study.