

The Effect of Self-Care Training for Health Ambassadors on The Number of Doctor Appointment Due to The Treatment of Minor Ailments

ABSTRACT

Background and Objective: The aim of this study was to investigate the effect of self-care training for family health ambassadors on the number of doctor appointment for the treatment of minor ailments.

Materials and Methods: In this interventional study were surveyed 400 families. This study was performed in 2018-2019. The intervention group included families that had a health ambassador and the intervention was performed for health ambassadors. Data collection tool was a questionnaire designed by the Office of Education and Health Promotion of the Ministry of Health. Demographic information and the number of appointments to the doctor were also asked. According to the titles of the educational text and the family age groups, trainings were provided to health ambassadors once every 2 weeks for a year. Total of 24 training sessions were held by the health care providers of the selected health centers. The questionnaires were completed, one year after the intervention again.

Results: Mean and standard deviation of test scores in the experimental group were upgraded before and after the intervention in the field of mothers and infants from 5 (\pm 2.9) to 22 (\pm 7.1), children from 5.7 (\pm 1.4) to 19.6 (\pm 6.6), adults and the elderly were from 2 (\pm 1) to 9.4 (\pm 2.9) and adolescents from 2.1 (\pm 1.80). Also, the number of appointments to the doctor due to minor illnesses decreased significantly in the intervention group during the year, so that from 888 appointments to the doctor by family members of trained health ambassadors before the intervention was reduced to 379 times after the intervention. ($p < 0.05$).

Conclusion: Continuous self-care training along with following up and training family health ambassadors play an important role in increasing public awareness and reducing the number of unnecessary appointments to the doctor.

Keywords: Health ambassadors, Self-care, Minor ailments, Education, Reduce appointment to the doctor.

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Shakiba E, Shahabadi S, Marzban B, Barkhordar Pooreayvazi N. The Effect of Self-Care Training for Health Ambassadors on The Number of Doctor Appointment Due to The Treatment of Minor Ailments. *Iran J Health Educ Health Promot. Spring 2021*;9(1): 68-79. [Persian]

► **Citation (APA):** Shakiba E., Shahabadi S., Marzban B., Barkhordar Pooreayvazi N. The Effect of Self-Care Training for Health Ambassadors on The Number of Doctor Appointment Due to The Treatment of Minor Ailments. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 9(1), 68-79. [Persian]

Ebrahim Shakiba

Associate Professor, Cardiovascular Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Sara Shahabadi

*PhD in Health Education and Promotion, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (corresponding author)

s_shahabadi15@yahoo.com

Behjat Marzban

MSc in Health Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Nasrin Barkhordar Pooreayvazi

BSc in Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Received: 2020/07/21

Accepted: 2021/01/10

Doi: 10.52547/ijhehp.9.1.68

تأثیر آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت در میزان مراجعه به پزشک برای درمان ناخوشی‌های جزئی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی میزان تأثیر آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت خانوار در میزان مراجعه به پزشک جهت درمان ناخوشی‌های جزئی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای در سال ۹۷-۹۶ انجام شد و ۴۰۰ خانوار مورد بررسی قرار گرفتند. گروه آزمون خانوارهای دارای سفیر سلامت بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سنجش آگاهی طراحی شده توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. اطلاعات دموگرافیک و بار مراجعه به پزشک نیز پرسیده شد. جهت اعضای گروه آزمون با توجه به کتاب آموزشی و گروه‌های سنی خانوارهای مربوطه ۲ هفته یک‌بار به مدت یک سال در مجموع ۲۴ جلسه آموزشی توسط مراقبین سلامت پایگاه‌های سلامت منتخب برگزار شد. یک سال پس از آغاز مداخله مجدداً پرسشنامه تکمیل شد. **یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در زمینه مباحث مدران و نوزادان از $5(±2/9)$ به $22(±7/1)$ ، کودکان از $5(±4/1)$ به $19(±6/7)$ ، بزرگسالان و سالمندان از $2(±1)$ به $9(±2/9)$ و نوجوانان از $2/1(±1/8)$ به $4/9(±5)$ ارتقا یافت ($p < 0/05$). بار مراجعه به پزشک به علت ابتلا به ناخوشی‌های جزئی در گروه آزمون به‌طور چشمگیری در طول یک سال کاهش یافت به‌طوری‌که از ۸۸۸ بار مراجعه به پزشک توسط اعضای خانواده‌های سفیران سلامت آموزش‌دیده قبل از آزمون به ۳۷۹ بار بعد از آزمون کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: آموزش خودمراقبتی به‌صورت مستمر و همراه با پیگیری و تربیت سفیران سلامت خانوار نقش به‌سزایی در افزایش آگاهی مردم و کاهش میزان مراجعات غیرضروری به پزشک دارد.

کلید واژه: سفیران سلامت، خودمراقبتی، ناخوشی‌های جزئی، آموزش، کاهش مراجعه به پزشک.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◀ **استناد (ونکور):** شکیبا، ا.، شاه‌آبادی، س.، مرزبانی، ب.، برخوردار پور عیوضی، ن. تأثیر آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت در میزان مراجعه به پزشک برای درمان ناخوشی‌های جزئی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۰؛ ۹(۱): ۶۸-۷۹.

◀ **استناد (APA):** شکیبا، ابراهیم، شاه‌آبادی، سارا؛ مرزبانی، بهجت؛ برخوردار پور عیوضی، نسرين. (بهار ۱۴۰۰). تأثیر آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت در میزان مراجعه به پزشک برای درمان ناخوشی‌های جزئی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۹(۱): ۶۸-۷۹.

ابراهیم شکیبا

دانشیار گروه بیوشیمی بالینی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

سارا شاه‌آبادی

* دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول)

s_shahabadi15@yahoo.com

بهجت مرزبانی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

نسرين برخوردار پور عیوضی

کارشناس روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، خودمراقبتی را به عنوان "توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع در ارتقاء سلامت، جلوگیری از بیماری، حفظ سلامتی و مقابله با بیماری و ناتوانی با کمک یا بدون حمایت از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی" تعریف می‌کند (۱). اگرچه خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند؛ اما گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم‌محل‌ها و همشهریان آن‌ها نیز گسترش می‌یابد. به‌رحال، در تعریف خودمراقبتی، پنج ویژگی مستتر است: رفتاری است داوطلبانه، فعالیتی است آموخته‌شده، حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان، بخشی است از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان. بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود. مسئولیت دادن به افراد برای حفظ سلامت خود و خودمراقبتی، بخش مهمی از خدمات سلامت است که بر آن تأکید شده است. به‌خصوص خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی و بیماری‌های مزمن از اهمیت بیشتری برخوردار است (۲). بیمارانی که دارای مهارت‌های لازم برای مراقبت از خودشان هستند کنترل بیشتری بر سلامتی خود دارند و نتایج بهتری در درمان بیماری خود می‌گیرند (۳ و ۴).

ناخوشی‌های جزئی یکی از مشکلات رایج در کل دنیا می‌باشد و در بسیاری از کشورها این ناخوشی‌ها بار مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را افزایش داده است. ۱۸٪ از مراقبت‌هایی که در مراکز اورژانس یا کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه انجام می‌شود در عمل بدون مداخلات پزشکی قابل مدیریت کردن می‌باشد (۵). یکی از دلایل توجه به انجام خودمراقبتی در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی ندارند، مقاومت‌های آنتی‌بیوتیکی است. مقاومت آنتی‌بیوتیکی از مخاطرات مهم سلامت است که در حال افزایش می‌باشد. ضروری است که مصرف این داروها در درمان ناخوشی‌های جزئی کاهش یابد. افزایش آگاهی مردم در خصوص عوارض دارویی به آن‌ها کمک می‌کند که بیشتر به خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی بپردازند و

کنترل بیشتری بر وضعیت سلامت خود داشته باشند (۶). خودمراقبتی نقش مهمی نیز در کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی دارد (۷). اغلب ناخوشی‌های جزئی با درمان‌های ساده علامتی، مراقبت‌های اولیه و استراحت بهبود می‌یابند (۸). در بسیاری از کشورهای پیشرفته، مراکز مشاوره خدمات پرستاری به‌صورت تلفنی دایر شده است و خدمات مشاوره‌ای باکیفیت برای درمان این ناخوشی‌ها ارائه می‌شود (۹). بخش عمده‌ای از بیماری‌ها را ناخوشی‌های جزئی تشکیل می‌دهند. ناخوشی‌های جزئی بیماری‌هایی هستند که در مدتی کوتاه، بدون درمان یا با درمان‌های خانگی ساده بهبود می‌یابند (۹). این ناخوشی‌ها خودبه‌خود محدود می‌شوند و به‌ندرت دارای عوارض جدی هستند (۱۰).

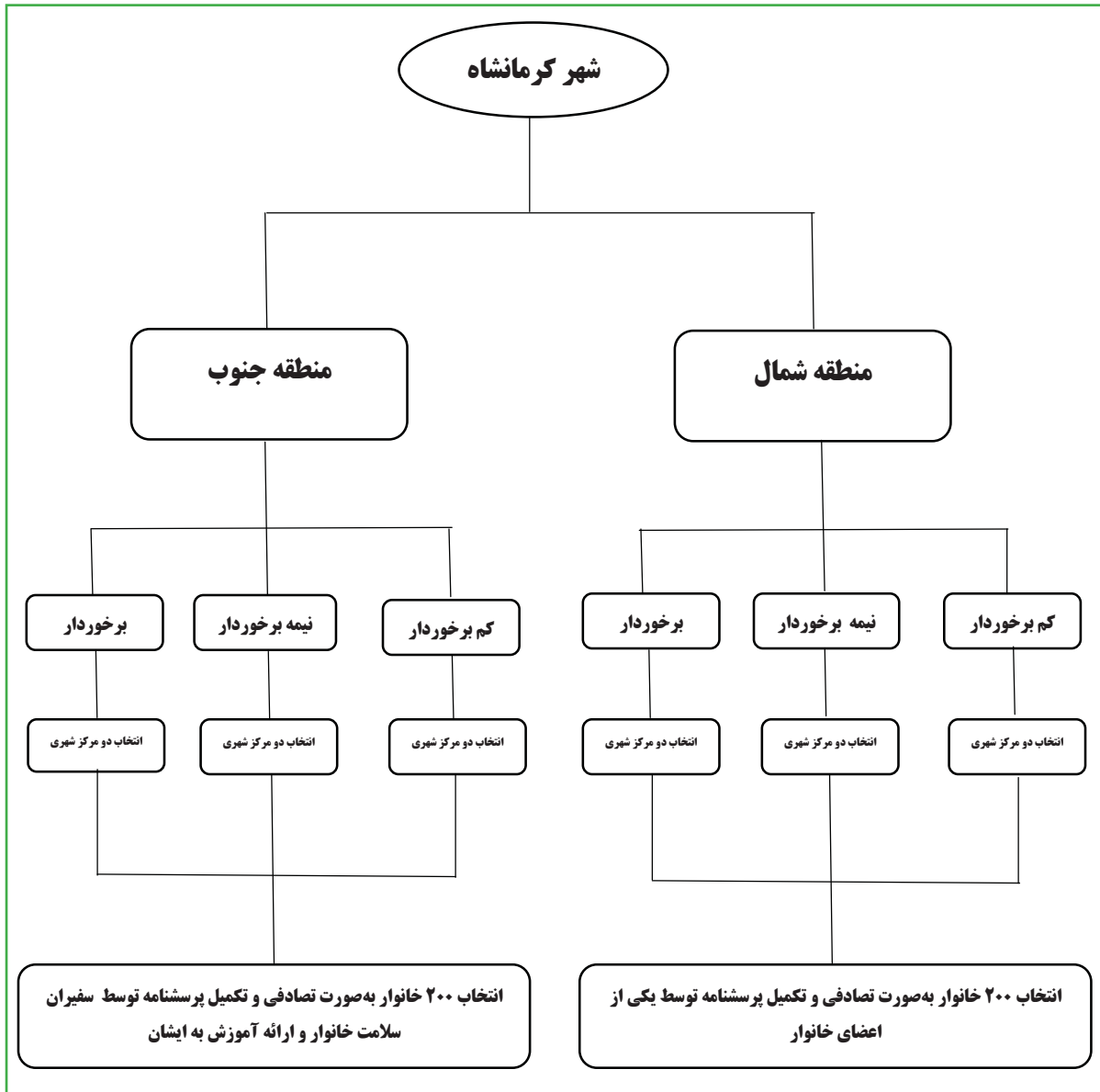
مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که حدود ۲۰ درصد از مراجعات به پزشکان و مراکز درمانی، مربوط به همین بیماری‌های جزئی است، در حالی که بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها توسط خود مردم قابل مراقبت است. در این موارد، ارائه اطلاعات کیفی مکتوب در ویزیت‌ها می‌تواند از ویزیت‌های مجدد و بستری‌های بیمارستانی پیشگیری کند (۱۱). آموزش همگانی سلامت و ارائه منابع اطلاعاتی قابل اعتماد برای خودمراقبتی در بیماری‌های جزئی می‌تواند دست کم جلوی یک پنجم از مراجعات پزشکی بی‌مورد را بگیرد. در انگلستان، مبلغ صرفه‌جویی شده در نظام سلامت، صرفاً از همین منظر، سالانه ۹۶ میلیارد دلار است. اگر صرفه‌جویی‌های ناشی از عدم نیاز به غیبت از کار برای مراجعه به پزشک و کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل را هم به عدد فوق بیفزاییم، صرفه‌جویی نهایی بسیار بزرگ‌تر خواهد بود (۱۲). با توجه به اهمیت برنامه‌های خودمراقبتی و توانمندسازی افراد برای مراقبت از خود، از بهمن‌ماه سال ۱۳۹۴ برنامه ملی خودمراقبتی (پنجمین برنامه از ۱۵ برنامه ملی تحول سلامت در حوزه بهداشت) از طرف دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرا به دانشگاه‌های سراسر کشور ابلاغ گردید. نحوه اجرای برنامه در مرحله اول بدین صورت است که از هر خانواده یک نفر واجد شرایط (بالای ۱۸ سال و دارای ۸

پایگاه بهداشتی، در مجموع ۱۲ پایگاه (۶ پایگاه به عنوان گروه آزمون و ۶ پایگاه به عنوان گروه کنترل) به تصادف از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند. در مرحله دوم جهت انتخاب افراد شرکت‌کننده در پژوهش پرونده الکترونیک خانوارهای تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی به صورت تصادفی سیستماتیک مورد بررسی قرار گرفت (نمودار ۱). حداقل حجم نمونه مورد نیاز نیز برای این مرحله از مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با معلومات مقدار آلفا برابر ۰/۰۵، نسبت برابر ۰/۵ و میزان دقت برابر با ۰/۰۵، ۳۸۴ خانوار تعیین گردید. با توجه به اینکه مطالعه مشابه در ایران انجام نشده بود لذا برای تعیین حجم نمونه از مقادیر فوق استفاده شد. به منظور افزایش توان مطالعه، صحت عملیات، کاهش خطای نمونه‌گیری، قضاوت دقیق‌تر و در نظر گرفتن ۵ درصد ریزش، حجم نمونه ۴۰۰ خانوار تعیین گردید. قبل از شروع برنامه جذب و آموزش سفیر سلامت خانوار، مراقبین سلامت مستقر در پایگاه‌ها در یک جلسه در خصوص برقراری ارتباط، نحوه جذب سفیر سلامت خانوار، چگونگی ارائه آموزش‌ها و اجرای برنامه کاملاً توجیه شدند، سپس در پایگاه‌های آزمون چنانچه فرد واجد شرایط جهت فعالیت به عنوان سفیر سلامت در خانوار بود از طریق تماس تلفنی یا مراجعه به درب منزل توسط مراقب سلامت فراخوان انجام شد. پس از انتخاب سفیر سلامت و توجیه طرح برای ایشان، پرسشنامه به صورت مصاحبه توسط مراقب سلامت یا خوداظهاری توسط سفیر سلامت تکمیل گردید. در پایگاه‌های کنترل خانوارهایی متناظر با خانوارهای گروه آزمون انتخاب شدند و یک نفر از اعضای خانوار جهت انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به مرکز بهداشتی درمانی دعوت شد. در پایان سال مجدداً پرسشنامه مذکور برای کل خانوارهای گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در گروه سنی ۱۸ سال و بالاتر یا متأهل بودن، دارا بودن ۸ کلاس سواد و رضایت جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج نیز شامل عدم حضور در ۳ جلسه متوالی آموزشی و عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بود.

کلاس سواد خواندن و نوشتن) به عنوان سفیر سلامت خانواده انتخاب می‌شود و آموزش‌های لازم به منظور حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش به فرد مورد نظر ارائه می‌گردد. شرح وظایف سفیران سلامت عبارت است: از گذراندن دوره‌های آموزشی خودمراقبتی، انتقال آموزش‌ها به افراد خانواده، کنترل ناخوشی‌های جزئی و بیماری‌های مزمن اعضای خانواده، مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌های بهداشتی گروهی و جمعی و عضویت در تشکل‌های مردمی حامی سلامت. اولین بسته آموزشی که به سفیر آموزش داده می‌شود "راهنمای خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی" می‌باشد. هدف از آموزش این بسته، آشنایی سفیر سلامت با ناخوشی‌هایی است که نیاز به مراجعه به پزشک برای درمان ندارند و با درمان‌های خانگی و ساده درمان می‌شوند و در نهایت کاهش میزان مراجعه به پزشک برای ناخوشی‌های جزئی می‌باشد. با توجه به اینکه این برنامه در کشور ما اولین بار است که به مرحله اجرا درآمده، لذا این نیاز وجود دارد که با استفاده از روش علمی میزان اثربخشی این برنامه سنجیده شود. هدف از این مطالعه بررسی میزان تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت خانوار در میزان مراجعه به پزشک برای درمان ناخوشی‌های جزئی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع تصادفی سازی شده^۱ بود که در خانوارهای دارای سفیر سلامت مداخله انجام شد و خانوارهای بدون سفیر سلامت به عنوان گروه کنترل مدنظر قرار گرفتند. مدت زمان انجام مطالعه به مدت یک سال از آذرماه ۱۳۹۶ تا آذرماه ۱۳۹۷ بود. جامعه مورد مطالعه، خانوارهایی بودند که دارای پرونده فعال در پایگاه‌های بهداشت شهری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه بودند. در مرحله اول شهر کرمانشاه بر اساس نقشه به دو منطقه شمال و جنوب تقسیم شد، سپس هر منطقه بر اساس وضعیت اقتصادی اجتماعی و بررسی‌های صورت گرفته توسط مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه به ۳ ناحیه برخوردار، نیمه برخوردار و ضعیف تقسیم گردید. از هر ناحیه دو



نمودار ۱. نحوه انتخاب پایگاه‌های سلامت و افراد شرکت‌کننده در مطالعه

ابزار گردآوری داده‌ها

سنی که در خانوارها زندگی می‌کنند آگاهی سنجی سفیر سلامت انجام شد. این سؤالات از دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال شده بود. از آنجاکه برخورداری آزمون از اعتبار صوری یکی از ویژگی‌های مطلوب هر آزمونی به شمار می‌آید و به این پرسش که آیا آزمون برای آزمودنی‌ها، عوامل اجرایی و سایر مشاهده‌گران آموزش ندیده، ظاهراً دارای اعتبار است پاسخ

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که از سه بخش تشکیل شده بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک سفیر سلامت و خانوار او شامل: سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، بخش دوم شامل وضعیت سلامت و بیماری اعضای خانوار و میزان مراجعه به پزشک آنان در ۱ سال منتهی به پژوهش و بخش سوم شامل سؤالات سنجش آگاهی در مورد ناخوشی‌های جزئی بود که برحسب گروه‌های

در خانوار زندگی می‌کردند (نوزاد، کودک، مادر باردار و...) برای سفیر سلامت توسط مراقب سلامت مستقر در پایگاه بهداشتی به صورت دو هفته یک‌بار و در طول یک سال جمعاً ۲۴ جلسه به صورت کلاس آموزشی و پرسش و پاسخ برگزار شد. مدت زمان هر جلسه حداکثر ۴۵ دقیقه بود. همچنین در فضای مجازی گروه‌های آموزشی با حضور سفیران و با مدیریت مراقبین سلامت به منظور پرسش و پاسخ و تأکید بر نکات مهم تشکیل گردید. اهم مطالبی که به سفیران آموزش داده شد بر اساس محتوای کتاب خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی بود که این مطالب عبارت بودند از مباحث مربوط به نوزادان شامل تب، شیردهی، زردی، مراقبت از بند ناف، بشورات پوشک، گریه نوزاد، آبریزش چشم، آبریزش بینی، سرفه، تغییرات پوستی نوزاد، ایمن‌سازی و رشد و تکامل. مباحث مربوط به مادران شامل خونریزی پس از زایمان، تب پس از زایمان، مراقبت از اپیزیوتومی، زخم و پارگی واژن، درد پس از زایمان، درد پستان، یبوست، درد و گرفتگی پا، کنترل بارداری و سلامت جنسی و افسردگی پس از زایمان. مباحث مربوط به کودکان شامل تب، سرماخوردگی، گلودرد، گوش درد، استفراغ، اسهال، یبوست و آموزش دستشویی رفتن. مباحث مربوط به نوجوانان شامل آکنه و قاعدگی و مباحث مربوط به بزرگسالان و سالمندان شامل تب، سرفه، سرماخوردگی و آنفلوآنزا، گلودرد، گوش درد، تهوع و استفراغ، اسهال، یبوست، مشکلات دفع ادرار و اختلالات جنسی.

آنالیز داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های مرتبط با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 انجام گردید. برای توصیف جمعیت مورد مطالعه و گروه آزمون و کنترل از شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد. با توجه به وضعیت توزیع داده‌ها، برای تعیین اختلاف معنی‌دار بین جامعه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای کمی از آزمون ناپارامتری من ویتنی و برای تعیین اختلاف معنی‌دار بین جامعه آزمون قبل و بعد از مداخله و همچنین جامعه کنترل قبل و بعد از مداخله از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون استفاده گردید. همچنین برای متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد... سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

می‌دهد، لذا به منظور تعیین روایی صوری، پرسشنامه‌های تهیه شده در اختیار چند نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، پزشکان، کارشناسان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و تعدادی از گروه هدف قرار داده شد و از آن‌ها درخواست گردید، با توجه به هدف پژوهش نظر خود را در مورد وضوح عبارات به کار برده شده و ظاهر پرسشنامه به صورت کاملاً مناسب، مناسب و نامناسب، اعلام کنند. پس از اعلام نظرات ایشان، اصلاحات لازم انجام شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، ابتدا از ابزار تهیه شده جهت نظرخواهی و بررسی اعتبار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و پزشکان عمومی قرار گرفت. پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم با نظر این متخصصین انجام و اعتبار آن از نظر محتوا سنجیده شد. شاخص روایی محتوا با جمع امتیازات مربوط به هر آیتیم بر اساس ارتباط، وضوح و سادگی بخش بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد و عدد ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ تعیین گردید (۰/۷۵). بر اساس اینکه چه گروه‌های سنی در خانوارهای مدنظر زندگی می‌کردند و همچنین بر اساس موضوع جلسات آموزشی پرسشنامه آگاهی سنجی در اختیار سفیران سلامت خانوار و گروه کنترل قرار گرفت و پس از اتمام جلسات آموزشی مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. به هر سؤال غلط یا پاسخ داده نشده صفر امتیاز و به هر سؤال درست ۱ امتیاز تعلق گرفت. تعداد سؤالات مربوط به مادران و نوزادان ۲۴، کودکان ۲۲، نوجوانان ۵ و سالمندان ۱۱ سؤال بود. در بخش میزان مراجعه به پزشک جهت درمان ناخوشی‌های جزئی، برای پیشگیری از خطای یادآوری فرصت کافی به افراد داده شد تا دقیقاً به یاد بیاورند که اعضای خانواده آن‌ها چند بار و به چه علت به پزشک مراجعه کرده‌اند؛ و چون هر دو هفته یک‌بار این افراد در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند؛ لذا ارتباط با این افراد زیاد بود و در صورت اشتباه، امکان اصلاح وجود داشت.

برنامه آموزشی

در ابتدا کتاب آموزشی خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی در اختیار سفیران قرار گرفت. دوره‌های آموزشی برحسب نیاز و گروه‌های سنی که

نکات اخلاقی

در این پژوهش سعی شد که نکات اخلاقی بدین شرح مورد توجه قرار بگیرد: انتخاب کاملاً داوطلبانه سفیران سلامت خانوار و اعضای گروه کنترل، توجیه کامل اهداف طرح برای سفیران سلامت و گروه کنترل، اخذ رضایت نامه کتبی برای شرکت در طرح، در اختیار قرار دادن پکیج‌های آموزشی و اجرای دوره‌های آموزشی بعد از اتمام طرح برای گروه کنترل و اعلام نتایج حاصل از پژوهش به سیاست‌گذاران، مدیران و برنامه ریزان ذی‌ربط.

یافته‌ها

در هریک از گروه‌های آزمون و کنترل ۲۰۰ نفر در مطالعه شرکت

کردند. از نظر جنسیت، در گروه آزمون ۹۴ درصد (۱۸۸ نفر) و در گروه کنترل ۸۳/۵ درصد (۱۶۵ نفر) مشارکت‌کنندگان زن بودند و بر اساس آزمون آماری کای دو اختلاف معنی‌دار از نظر ترکیب جنسیتی در گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون (± 11) ۳۷/۹ و در گروه کنترل $(\pm 10/7)$ ۳۵/۶ سال بود. از نظر آماری بین سن و مشخصات دموگرافیک از قبیل سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی اجتماعی دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). وضعیت گروه‌های سنی در خانوارهای گروه آزمون و کنترل نیز در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. وضعیت گروه‌های سنی هدف خانوارها در گروه آزمون و کنترل

*P Value	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه‌های سنی هدف
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
	۰/۰۵	۳	۰/۹	۶	نوزاد از بدو تولد تا یک ماه
	۰/۳	۲	۰/۹	۶	مادر تازه زایمان کرده
	۲۸/۱	۱۷۰	۲۸	۱۹۳	کودکان یک ماه تا ۱۲ سال
۰/۹	۱۰/۱	۶۱	۸/۲	۵۷	نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال
	۵۷/۲	۳۴۶	۵۷/۶	۳۹۸	بزرگسال ۱۹ تا ۶۰ سال
	۳/۸	۲۳	۴/۴	۳۱	فرد ۶۰ سال به بالا
	۱۰۰	۶۰۵	۱۰۰	۶۹۱	جمع

*: آزمون کای دو

بود (جدول شماره ۲).

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که تعداد دفعات مراجعه به پزشک در گروه‌های سنی مختلف در گروه آزمون به نحو چشمگیری بعد از آزمون کاهش یافته و اختلاف معنی‌دار مشاهده می‌شود ($p < 0/001$). در گروه کنترل نیز در برخی گروه‌های سنی اختلاف معنی‌دار است اما در کل تعداد مراجعات در گروه کنترل قبل و بعد از زمان اجرای طرح افزایش داشته است (جدول شماره ۳).

بر اساس نتایج به دست آمده به جز آگاهی در مورد مسائل مربوط به نوجوانان بین آگاهی گروه آزمون و کنترل بعد از آزمون اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/001$). حداقل نمره آگاهی در مورد ناخوشی‌های جزئی مادران و نوزادان صفر و حداکثر ۲۴ امتیاز، حداقل نمره آگاهی در مورد ناخوشی‌های جزئی کودکان صفر و حداکثر ۲۲ امتیاز، حداقل نمره آگاهی در مورد ناخوشی‌های جزئی بزرگسالان و سالمندان صفر و حداکثر ۱۲ امتیاز، حداقل نمره آگاهی در مورد ناخوشی‌های جزئی در نوجوانان صفر و حداکثر ۵ امتیاز

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان آگاهی دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

** P Value	متغیرها		گروه
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	
<۰/۰۰۱	۵(۲/۹)	۲۲(۷/۱)	آزمون
<۰/۰۰۱	۵/۷(۲/۴)	۹/۹(۸/۴)	کنترل
	۰/۵	<۰/۰۰۱	* P Value
<۰/۰۰۱	۵/۷(۳/۱)	۱۵(۶/۹)	آزمون
۰/۰۳	۵/۴(۳/۱)	۸(۵/۹)	کنترل
	۰/۶	***<۰/۰۰۱	* P Value
<۰/۰۰۱	۲(۱/۲)	۹/۴(۲/۹)	آزمون
۰/۰۲	۵(۲/۳)	۷/۲(۳/۹)	کنترل
	۰/۶	***<۰/۰۰۱	* P Value
<۰/۰۰۱	۲/۱(۱/۸)	۴/۹(۲/۳)	آزمون
۰/۵	۲/۲(۱/۷)	۲/۲(۱/۵)	کنترل
	۰/۵	۰/۳	* P Value

*ن آزمون من ویتنی، **ن آزمون ویلکاکسون

جدول ۳. مقایسه وضعیت میزان مراجعه به پزشک به علت ابتلا به ناخوشی‌های جزئی در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

* P Value	تعداد دفعات مراجعه به پزشک بعد از مداخله	تعداد دفعات مراجعه به پزشک قبل از مداخله	گروه سنی
<۰/۰۰۱	۰	۳	آزمون
<۰/۰۰۱	۰	۶	کنترل
<۰/۰۰۱	۱۴	۳	آزمون
<۰/۰۰۱	۰	۱۶	کنترل
<۰/۰۰۱	۲۱۱	۵۰۳	آزمون
۰/۷	۱۲۹	۱۱۵	کنترل
<۰/۰۰۱	۲۷	۵۹	آزمون
۰/۳	۲۲	۲۹	کنترل
<۰/۰۰۱	۹۱	۲۶۶	آزمون
<۰/۰۰۱	۱۷۹	۱۶۴	کنترل
<۰/۰۰۱	۱۸	۵۳	آزمون
۰/۲	۵۱	۴۹	کنترل
<۰/۰۰۱	۳۶۱	۸۸۸	آزمون
۰/۱	۳۸۱	۳۷۹	کنترل

*ن آزمون کای دو

بحث

هدف از این مطالعه بررسی میزان تأثیر آموزش خودمراقبتی به سفیران سلامت خانوار در میزان مراجعه به پزشک جهت درمان ناخوشی‌های جزئی بود. از آنجا که بسیاری از بیماری‌هایی که افراد در گروه‌های سنی مختلف به آن مبتلا می‌شوند از نوع ناخوشی‌های جزئی است که با درمان‌های ساده علامتی قابل بهبود است و نیاز به مراجعه به پزشک ندارد، لذا این طرح به تأثیر آموزش خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی بر اساس سرفصل‌های کتاب منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (گروه آموزش و ارتقای سلامت) به سفیران سلامت خانوارهای تحت مطالعه پرداخت. هرچند که این برنامه در سیستم بهداشتی تحت عنوان برنامه ملی خودمراقبتی در قالب برنامه خودمراقبتی فردی در حال اجرا می‌باشد؛ اما به دلیل تراکم کاری مراقبین سلامت و بهورزان، کمبود منابع مالی جهت تهیه کتب آموزشی مرتبط و عدم تمایل و همکاری مردم در برخی از نقاط استان برنامه مذکور با دقت و به‌درستی انجام نمی‌شود و استانداردهای لازم رعایت نمی‌گردد؛ بنابراین امکان ارزشیابی واقعی برنامه خودمراقبتی فردی که رکن اصلی آن تربیت سفیران سلامت خانوار و آموزش عمیق به آنان است وجود ندارد. در این پژوهش سعی شد که استانداردهای برنامه مطابق دستورالعمل‌های کشوری و با دقت لازم رعایت شود تا بتوان به اهمیت و ارزش واقعی برنامه پی برد. همان‌گونه که در روش اجرا به‌طور دقیق اشاره شده است سفیران سلامت خانوار بر اساس گروه‌های سنی که با این افراد زندگی می‌کردند و بر پایه سرفصل‌های موجود در کتاب خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی تحت آموزش مداوم و دوره‌ای قرار گرفتند و میزان آگاهی ایشان و بار مراجعه به پزشک به علت ناخوشی‌های جزئی قبل و بعد از آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور علمی‌تر شدن پژوهش یک گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد که تحت عنوان سفیر سلامت خانوار نبودند و فقط پرسشنامه‌های مربوطه قبل و بعد از مدت‌زمان اجرای طرح توسط ایشان تکمیل گردید. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه اکثر افرادی که به‌عنوان سفیر سلامت خانوار فعالیت می‌کنند زن هستند. با توجه به اینکه مادران و دختران خانوارها مدیریت سلامت

خانواده‌ها را بر عهده دارند، لذا بهترین گزینه برای این نوع فعالیت‌ها هستند و همان‌گونه که در این مطالعه مشاهده شد این افراد تمایل بیشتری به همکاری با سیستم بهداشتی را دارند. از طرفی مردان به دلیل مشغله‌های کاری فرصت کافی جهت پرداختن به این مسائل را ندارند پس بهترین گزینه برای فعالیت به‌عنوان سفیران سلامت خانوار بانوان می‌باشند. بر پایه اطلاعات به‌دست‌آمده اختلاف معنی‌داری در دو گروه کنترل و آزمون از نظر جنسیت افراد شرکت‌کننده در طرح وجود نداشت هرچند همان‌گونه که اشاره شد در هر دو گروه تعداد زنان بسیار بیشتر از مردان بود. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل نیز تفاوت معنی‌دار نشان نداد.

مطابق با دستورالعمل کشوری برنامه ملی خودمراقبتی حداقل سواد سفیران سلامت خانوار باید ۸ کلاس باشد تا بتوانند درک درستی از مطالب درج‌شده در کتب آموزشی داشته باشند. در این پژوهش ۹۴ درصد افراد در گروه آزمون و ۸۱ درصد در گروه کنترل دارای مدرک سیکل و بالاتر بودند و از نظر سطح سواد، شرکت‌کنندگان در مطالعه شایستگی لازم را مطابق با پروتکل کشوری دارا بودند. در این پژوهش افراد شرکت‌کننده از نظر شغل هم مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه آزمون ۵/۸۰ درصد و در گروه کنترل ۵/۶۹ درصد مشارکت‌کنندگان در مطالعه خانه‌دار بودند. با توجه به اهمیت داشتن زمان کافی جهت مدیریت سلامت خانواده و شرکت در کلاس‌های مستمر آموزشی، این مسئله نیز تا حدودی از نقاط قوت اجرای طرح به حساب می‌آید.

از نظر وضعیت تأهل ۵/۸۹ درصد افراد در گروه آزمون و ۵/۸۸ درصد افراد در گروه کنترل متأهل بودند که با توجه به مسئولیت‌پذیرتر بودن افراد متأهل و تسلط ایشان در مدیریت سلامت خانواده می‌توان این نکته را نیز جزء نقاط قوت به حساب آورد. افراد شرکت‌کننده در مطالعه از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر اساس محل سکونت نیز مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج حاصله ۳۰ درصد در گروه آزمون و ۲۳ درصد

تأثیر آموزش‌ها بر افزایش و ماندگاری مباحث مطرح شده در ذهن مخاطبان می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات واحدی و ضاربان که در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۹ انجام شده بود، مطابقت داشت (۱۴ و ۱۵). نکته دیگری که قابل بحث می‌باشد تأثیر آگاهی بر ادراک و نگرش افراد در انجام خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی می‌باشد. در مطالعه اشلی اسکات که در سال ۲۰۲۰ در انگلیس انجام شده است، به تأثیر چگونگی ادراک و نگرش افراد در انجام خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی اشاره شده است (۱۶). یکی از راه‌های تغییر نگرش و ادراک افراد در انجام رفتارهای مناسب خودمراقبتی افزایش آگاهی می‌باشد که در این پژوهش به این نکته توجه شده و از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی به افزایش آگاهی گروه هدف پرداخته شده است. در مطالعه‌ای که توسط سری دیوی در سال ۲۰۲۰ در هند انجام شده است، بیان شده که آموزش خودمراقبتی در بهبود وضعیت بیماران دیابتی و کاهش عوارض دیابت مؤثر می‌باشد. (۱۷) مسئله‌ای که اهمیت آموزش خودمراقبتی را بیشتر می‌کند ادراک متفاوت افراد از چگونگی انجام فعالیت‌های خودمراقبتی است و یکسان نمودن ادراک افراد به‌منظور انجام خودمراقبتی از طریق آموزش مستمر امکان‌پذیر می‌باشد که به این مسئله در مطالعه هوگس و همکاران سال ۲۰۲۰ در انگلستان تأکید شده است (۱۸) اطلاعات نشان می‌دهد به غیر از آگاهی در مورد مباحث ناخوشی‌های نوجوانان در بقیه موارد اختلاف معنی‌دار بین گروه آزمون و کنترل مشاهده می‌شود. در مجموع نمره آگاهی گروه کنترل نیز بعد از مدت‌زمان اجرای طرح اندکی افزایش یافته است ولی به جز مباحث مربوط به گروه مادران تازه‌زایمان کرده اختلاف معنی‌دار در گروه کنترل قبل و بعد از اجرای پژوهش مشاهده نمی‌شود. یکی از دلایل افزایش نمره آگاهی در گروه کنترل را می‌توان به حساس شدن این افراد بعد از توزیع پرسشنامه مرحله اول و تمایل ایشان به کسب اطلاعات در زمینه خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی از طریق منابع موجود نسبت داد.

اما نکته مهم و هدف اصلی این پژوهش کاهش میزان بار مراجعه به پزشک به علت ناخوشی‌های جزئی در گروه‌های سنی مختلف از

در گروه کنترل از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف بودند که با توجه به رایگان بودن آموزش‌ها و تأثیر آموزش در کاهش هزینه‌های مراجعه به پزشک به علت ناخوشی‌های جزئی، این برنامه، برنامه‌ای مفید برای اقشار ضعیف و کم‌درآمد به حساب می‌آید تا بتوانند در حد امکان خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی را آموخته و از نظر مالی کمتر متضرر شوند. بر اساس کتاب خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی و مباحث موجود در آن گروه‌های سنی مختلف شامل نوزادان از بدو تولد تا یک ماه، مادران تازه‌زایمان کرده از زمان زایمان تا ۴۰ روز بعد از آن، کودکان یک‌ماهه تا ۱۲ ساله، نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله، بزرگسالان ۱۹ تا ۶۰ ساله و سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در نظر گرفته شده‌اند که هر یک از این گروه‌های سنی مشکلات و ناخوشی‌های جزئی ویژه خود را داشته و تعداد این افراد در خانوارهایی که سفیر سلامت داشتند و همچنین خانوارهای گروه کنترل احصاء شد تا آموزش‌ها بر اساس نیازهای گروه‌های سنی موجود در خانوارها به سفیران سلامت خانوار ارائه گردد. از نظر گروه‌های سنی در گروه آزمون و کنترل بیشترین افراد در سنین بزرگسالی بودند به‌نحوی که ۵۷/۶ درصد افراد در گروه آزمون و ۵۷/۲ درصد در گروه کنترل در سن ۱۹ تا ۶۰ سالگی قرار داشتند و اختلاف معنی‌دار در گروه آزمون و کنترل از نظر حضور گروه‌های سنی در خانوارها وجود نداشت.

نکته مهمی که در این پژوهش به آن توجه شد انجام مداخلات بر اساس میزان آگاهی افراد از مباحث مطرح شده بود. با عنایت به اینکه میزان آگاهی نقش مؤثری در انجام رفتارهای سلامت‌محور دارد (۱۳). لذا قبل از شروع مداخلات بر اساس پرسشنامه‌هایی که با توجه به مباحث مطرح شده در کتاب خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده بود میزان آگاهی سفیران سلامت خانوار و اعضای گروه کنترل سنجیده شد و سپس بر اساس میزان آگاهی ایشان، مداخلات آموزشی مناسب طراحی گردید. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده در همه مباحث مربوط به گروه‌های سنی قبل و بعد از آزمون اختلاف معنی‌دار در گروه آزمون مشاهده شد و این نشان‌دهنده

طریق آموزش و تربیت سفیران سلامت خانوار و بر اساس کتاب خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی بود. بر اساس اطلاعات حاصل از این تحقیق تعداد بار مراجعه به پزشک در گروه‌های سنی مختلف در گروه آزمون به نحو چشمگیری بعد از آزمون کاهش یافته است و اختلاف معنی‌دار مشاهده می‌شود. در گروه کنترل نیز در برخی گروه‌های سنی از جمله نوزادان و مادران بار مراجعه کاهش یافته است و اختلاف معنی‌دار مشاهده می‌شود، اما در کل بار مراجعه در گروه کنترل قبل و بعد از زمان اجرای طرح افزایش داشته است و در مواردی که اختلاف بار مراجعه معنی‌دار می‌باشد در راستای افزایش بار مراجعه در گروه کنترل بوده است به نحوی که در گروه آزمون بار مراجعه به پزشک به علت ابتلای به ناخوشی‌های جزئی قبل از آزمون ۸۸۸ بار در طول یک سال بوده است و بعد از آزمون به ۳۶۱ بار در سال کاهش یافته است و این در حالی است که در گروه کنترل مراجعه به پزشک به علت ابتلا به ناخوشی‌های جزئی در طول یک سال ۳۷۹ بار بوده که به ۳۸۱ بار افزایش یافته است. هرچند که در بار مراجعه به پزشک قبل از آزمون نیز اختلاف معنی‌دار وجود داشته است ولی کاهش میزان مراجعه به پزشک در گروه آزمون بسیار چشمگیر است. در مطالعه‌ای که سال ۲۰۱۱ توسط نیلسن و همکاران در نروژ به انجام رسیده، بیان شده است که بیش از یک چهارم مراجعات به پزشکان به علت ابتلا به ناخوشی‌های جزئی است و به آموزش خودمراقبتی جهت کاهش میزان مراجعه به پزشک تأکید نموده‌اند. (۱۹)

نتیجه‌گیری

بر اساس اطلاعات به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش دقیق و مستمر خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی و ارتباط مستقیم با مردم می‌تواند نقش مهمی در کاهش میزان مراجعه به پزشک و جلوگیری از هدر رفتن وقت، هزینه و منابع و... داشته باشد.

محدودیت‌های مطالعه

محدودیت‌های طرح عبارت بودند از: درگیری اعضای خانوار با بیماری‌های غیر واگیر مزم که اهمیت ناخوشی‌های جزئی را کمتر جلوه می‌داد، عدم شرکت سفیران سلامت در کلاس‌های آموزشی به‌طور منظم و

خطای حافظه در پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه

پیشنهادات

برنامه تربیت سفیران سلامت خانوار و برنامه ملی خودمراقبتی از نظر کیفیت باکیفیت مطلوب فاصله بسیار دارد که دلایل آن مطرح شد. با توجه به اینکه در این پژوهش استانداردهای برنامه با دقت انجام شد و آموزش‌ها و پیگیری‌های دقیق به عمل آمد نتایج مطلوبی نیز حاصل گردید. لذا پیشنهاد می‌شود در این برنامه به جای افزایش تصاعدی تعداد سفیران سلامت خانوار به کیفیت آموزش به این گروه توجه بیشتری مبذول گردد.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1396.347 در مورخ ۹۶/۷/۵ تأیید شده است و با کد IRCT20180619040153N1 می‌باشد. نویسندگان مقاله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و مراقبین سلامت و روسای مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت مجری طرح کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Tarvonen-Schröder S, Kaljonen A, Laimi K. Utility of the World Health Organization disability assessment schedule and the World Health Organization minimal generic set of domains of functioning and health in spinal cord injury. *Journal of rehabilitation medicine*. 2019;51(1):40-6. <https://doi.org/10.2340/16501977-2501>
- Ghoreishi M-S, Vahedian-Shahroodi M, Jafari A, Tehranid H. Self-care behaviors in patients with type 2 diabetes: Education intervention base on social cognitive theory. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(3):2049-56. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.04.045>
- Rahaei Z, Mehrjoyan N, Barzegar F, Anbari-Nogyni Z. Is Higher Health Literacy Associated with Better Self-Care in the Elderly? *Journal of Health Literacy*. 2020;5(3):26-35.
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*. 2004;364(9444):1523-37.

- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17277-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17277-2)
5. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Family practice*. 2015;32(2):165-72. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz003>
 6. Mölstad S, Cars O, Struwe J. Strama-a Swedish working model for containment of antibiotic resistance. *Eurosurveillance*. 2008;13(46):19041. <https://doi.org/10.2807/ese.13.46.19041-en>
 7. Rezaee N, Seraji M. The perceived supports for self-care in hemodialysis patients: a qualitative study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(2):97-106. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.2.97>
 8. Gustafsson S, Vikman I, Axelsson K, Sävenstedt S. Self-care for minor illness. *Primary health care research & development*. 2015;16(1):71-8. <https://doi.org/10.1017/S1463423613000522>
 9. Gustafsson S, Martinsson J, Wälivaara BM, Vikman I, Sävenstedt S. Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare utilization. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(8):1789-99. <https://doi.org/10.1111/jan.12950>
 10. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *Bmj*. 2000;320(7241):1043-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1043>
 11. Porteous T, Ryan M, Bond CM, Hannaford P. Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. *British Journal of General Practice*. 2006;56(533):911-7.
 12. Paudyal V, Hansford D, Cunningham S, Stewart D. Pharmacy assisted patient self care of minor ailments: a chronological review of UK health policy documents and key events 1997-2010. *Health policy*. 2011;101(3):253-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.05.010>
 13. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. *Neuron*. 2019;102(1):27-47. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>
 14. Mohammad Vahedi R. Assess knowledge, attitudes and skills of health Ambassadors in Maragheh in 1396: Tabriz University of Medical Sciences, School of Health; 2019.
 15. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, Shamsi M, Karimy M. Effective intervention of self-care on glycaemia control in patients with type 2 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014;16(12). <https://doi.org/10.5812/ircmj.8311>
 16. Scott A, Jones C. An exploration of the attitudes and perceptions of the UK public towards self-care for minor ailments. *British Journal of Nursing*. 2020;29(1):44-9. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.44>
 17. Sreedevi K. A study to assess the effectiveness of structured Teaching Programme on self-care management of patients with type 2 Diabetes mellitus and Evaluation of prognosis in selected Hospitals. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 2020;10(4):427-31.
 18. Hughes J, Sharma R, Brough N, Majumdar A, Fisher P. 'The care that you give to yourself': a qualitative study exploring patients' perceptions of self-care. *European Journal of Integrative Medicine*. 2020:101246. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101246>
 19. Welle-Nilsen LK, Morken T, Hunnskaar S, Granas AG. Minor ailments in out-of-hours primary care: an observational study. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(1):39-44. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.545209>