

بررسی منابع اطلاعاتی مورد استفاده بیماران پر فشاری خون: یک مطالعه مقطعی در خودمدیریتی بیماری

آمنه مرزبان^۱، وحید رحمانیان^۲، اعظم نامدار^۳، مرضیه زمانی^{۴*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: جستجوی اطلاعات سلامت نقش مهمی در مدیریت بیماری‌های مزمن مانند پر فشاری خون دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین منابع اطلاعاتی مورد استفاده بیماران پر فشاری خون در خودمدیریتی بیماری در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهرم انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی بر روی ۳۹۶ بیمار مبتلا به پر فشاری خون که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از شش مرکز بهداشتی درمانی شهری جهرم در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته ۱۷ سوالی بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور به وسیله نرم‌افزار version 16 SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: ۶۱/۴۰ درصد (۲۴۳ نفر) از بیماران پس از ابتلا، در رابطه با بیماری خود اطلاعات کسب کرده بودند. بیشترین منابع اطلاعاتی آنان به ترتیب شامل پزشک و کارکنان بهداشتی ۶۰/۰۲ درصد (۲۳۶ نفر)، خانواده و دوستان ۳۱/۱۲ درصد (۱۲۲ نفر) و سایر بیماران ۲۵/۸ درصد (۱۰۱ نفر) و رسانه‌های جمعی ۲۴/۵۱ درصد (۹۶ نفر) بود. ۳۵/۴ درصد (۸۶ نفر) از بیماران اذعان داشتند که این کسب دانش باعث کاهش مراجعات آنان به سطوح تخصصی شده است. مهم‌ترین دلایل عدم کسب اطلاعات در ۳۵/۲۹ درصد (۱۴۰ نفر) سخت بودن و عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از کسب دانش نسبتاً بالا و خوب افراد بعد از ابتلا به بیماری بود. بیشترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده پزشک و کارکنان بهداشتی بود. بنابراین ضروریست که کارکنان بهداشتی از روش‌های موثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: منابع اطلاعاتی، خود مراقبتی، پر فشاری خون، دانش

ارجاع: مرزبان آمنه، رحمانیان وحید، نامدار اعظم، زمانی مرضیه. بررسی منابع اطلاعاتی مورد استفاده بیماران پر فشاری خون: یک مطالعه مقطعی در خودمدیریتی بیماری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۹؛ ۲۸ (۱۱): ۳۶-۳۲۲۶.

۱- گروه اکولوژی انسانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲- مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

۳- مربی آموزش بهداشت، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

۴- مربی تغذیه، گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۷۷۱۱۲۶۳۳، پست الکترونیکی: mzamani_rd@yahoo.com، صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

به‌عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی کرده است. هم‌چنین به‌کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف تشکیل دهند (۹). سواد سلامت امروزه نقش مهمی در افزایش سطح سلامت جامعه و بالا بردن افزایش کیفیت خدمات بهداشتی دارد. هم‌چنین مطالعات متعدد نشان می‌دهند افزایش سواد سلامت می‌تواند بر رفاه، افزایش سلامتی و کاهش نابرابری‌های بهداشتی مؤثر باشد (۱۰). طبق دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت با مداخلات مناسبی همچون آموزش صحیح می‌توان آگاهی و دانش بیماران مبتلا به پرفشاری خون را افزایش داده و آنان را به تغییر سبک زندگی و تبعیت از رژیم غذایی مناسب در راستای کنترل بیماری خود ترغیب کرد (۱۱). هم‌چنین با افزایش سرعت تکامل منابع انتقال اطلاعاتی و به‌روی کار آمدن رسانه‌های دیگری همچون اینترنت و غیره، دسترسی به منابع اطلاعاتی برای افراد میسر گردیده؛ به‌همین دلیل علاوه بر دسترسی بیماران به منابع، چگونگی به‌کارگیری و استفاده صحیح از آن بسیار اهمیت دارد. با این‌حال از بین منابع آموزشی مهم‌ترین آن در درجه اول پزشک و پرسنل بخش‌های بهداشت و درمان بوده که با انجام روش آموزش چهره به چهره، اصلی‌ترین منبع انتقال اطلاعات محسوب می‌گردد (۱۲). از آنجایی‌که بیماران دارای سواد سلامت پایین و آگاهی کم، کنترل کمتری بر بیماری خود دارند و عوارض در این بیماران شدیدتر است، انجام مطالعاتی در خصوص چگونگی کسب دانش در بیماران، به برنامه‌ریزان و متولیان امر سلامت و کارکنان بهداشتی و درمانی کمک می‌نماید تا روش‌های آموزشی مناسب برای بیماران را شناسایی کنند. این مطالعه با هدف تعیین منابع اطلاعاتی مورد استفاده بیماران پرفشاری خون در خودمدیریتی بیماری آن‌ها انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی بر روی ۳۹۶ بیمار مبتلا به پرفشاری خون در سال ۱۳۹۶ انجام شد. حجم نمونه با

پرفشاری خون، یک بیماری شایع قرن حاضر است. بیماری پرفشاری خون به فشارخون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولیک بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه اطلاق می‌گردد (۱). این بیماری قابل پیشگیری، عامل زمینه‌ای برای بیماری‌های سکتة مغزی، حمله قلبی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری کلیوی پیشرفته و بیماری‌های عروق محیطی محسوب می‌گردد (۲). به‌طوری که علت ۵۱٪ مرگ ناشی از سکتة مغزی و ۴۵٪ مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود. مهم‌ترین مشخصه پرفشاری خون، بی‌علامت بودن آن است (۳). شیوع جهانی این بیماری، ۲۶/۴ درصد گزارش شده است و پیش‌بینی می‌گردد که تا سال ۲۰۲۵ حدود ۱/۵۴ میلیارد نفر از افراد بزرگسال به این بیماری مبتلا گردند (۴). بررسی‌های مختلف حاکی از افزایش چشمگیر در شیوع پرفشاری خون در خاورمیانه است (۵). در ایران نیز شیوع فشارخون بالا در بزرگسالان، ۳۰ درصد گزارش شده است (۱). این بیماری از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقم بالایی را به خود اختصاص داده است و مانند سایر بیماری‌های مزمن دیگر از دلایل اصلی اتلاف هزینه‌های سلامت است (۶). با بیمار محور شدن سیستم‌های مراقبت سلامت به‌منظور بهبود کیفیت و کاهش هزینه‌های آن، لازم است شخص بیمار کنترل سلامتی خود را در دست گرفته و مشارکت بیشتری در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی داشته باشد برای دستیابی به این هدف تلاش همه افراد برای کسب اطلاعات به‌روز و رشد سواد سلامت لازم بوده و باید گامی به سوی آن بردارند (۷). این امر با ارائه منابع آموزشی به فرد بیمار میسر می‌شود. زیرا نتایج مطالعات متعدد ارتباط مستقیم بین سطح سواد سلامت و کنترل بهتر بیماری پرفشاری خون تایید کرده‌اند (۸). سواد سلامت واژه‌ای است که در سال ۱۹۷۰ معرفی شد و اهمیت آن به‌طور روزافزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده شد. که در ارتباط با ظرفیت‌های افراد برای برآوردن نیازهای پیچیده سلامتی در یک جامعه مدرن مورد نیاز می‌باشد. به تازگی سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را

به مطالعه حاضر بیماران سی سال به بالا با سابقه تشخیص یکسال و بیشتر پرفشاری خون توسط پزشک متخصص و ساکن شهرستان جهرم بود. معیار خروج از مطالعه عدم همکاری یا مهاجرت بیمار بود.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور به وسیله نرم‌افزار SPSS version 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

قابل ذکر است که این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد که دارای کد اخلاق مصوب کمیته اخلاق دانشگاه IR. JUMS.REC.1396.060 می‌باشد.

نتایج

در مجموع از ۳۹۶ نفر بیمار مبتلا به پرفشاری خون شرکت کننده در این مطالعه ۲۸۱ نفر (۷۱ درصد) زن بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۶۴ نفر (۱۶/۲۰ درصد) مجرد و ۲۴۰ نفر (۶۰/۵۰ درصد) از بیماران بین ۲ تا ۱۰ سال و ۵۹ نفر (۱۹/۰ درصد) کمتر از ۲ سال سابقه ابتلا به پرفشاری خون داشتند. تحصیلات ۱۸۱ نفر (۴۵/۷۰ درصد) زیر دیپلم و ۳ نفر (۰/۸۰ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بود. شغل ۲۴۸ نفر (۶۲/۶ درصد) از بیماران خانه‌دار بود ۲۴۳ نفر (۶۱/۴۰ درصد) از بیماران مبتلا به پرفشاری خون پس از ابتلا به بیماری دانش خود را افزایش داده بودند (جدول ۱). از بین بیمارانی که پس از ابتلا به بیماری هیچگونه دانشی کسب نکرده بودند بالاترین دلیل آن از میان دلایل مطرح شده سخت بودن آن به دلایل متعدد با فروانی ۵۴ نفر و در مرتبه دوم سختی یا عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی با فروانی ۵۲ نفر بود. در ۳۶ مورد عدم احساس نیاز بیان شد و کمترین دلیل عدم کسب دانش نداشتن اطمینان عنوان گردید. هم‌چنین ۱۸ نفر افراد پاسخ صریحی به این پرسش نداده و حوصله ناکافی و کمبود وقت پزشک برای ارائه توضیحات بیشتر را عنوان کردند (نمودار ۱). از میان ۲۴۳ بیماری که بعد از ابتلا به بیماری کسب دانش کرده بودند بیشترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده در بیماران مبتلا به پرفشاری خون پزشک معالج و کارکنان بهداشتی با

در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر (α=0.05) و خطای آزمون 60٪ و هم‌چنین مقدار SD = 3 با استفاده از فرمول زیر تعداد افراد ۳۹۶ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود بدین صورت که از بین مراکز بهداشتی درمانی شهری-روستایی شهرستان جهرم شش مرکز به‌عنوان خوشه انتخاب شدند که به تناسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز با تهیه چارچوب نمونه‌گیری از شماره پرونده بیماران تحت پوشش به صورت تصادفی ساده نمونه‌های مورد نظر از هر مرکز انتخاب گردید.

$$n = \frac{(SD)^2 \times Z_1^2 - \frac{\alpha}{2}}{d^2} = 396$$

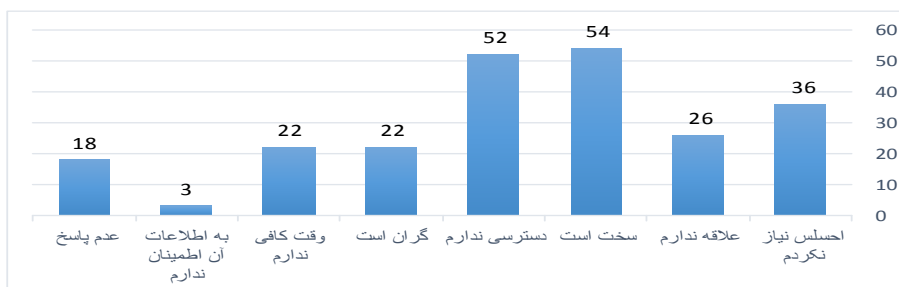
ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته ۱۷ سوالی دارای سه بخش بود که با استفاده از مرور متون و مطالعه مشابه (۱۳) طراحی گردید. روایی محتوای پرسش‌نامه با استفاده از نظر فرد مطلع به تایید متخصصین مربوطه رسید. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش آزمون و باز آزمون استفاده گردید و با ۰۲=۰/۷۵ مورد تایید قرار گرفت. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک بیماران مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا، شغل و محل سکونت و بخش دوم شامل ۵ سوال راجع به شیوه‌های کسب دانش درباره بیماری پرفشاری خون و تاثیر این اطلاعات در روند بیماری بود. بخش سوم پرسش‌نامه ۵ سوال در رابطه با دلایل عدم کسب دانش در رابطه با بیماری توسط بیماران بود. هر بیمار پس از تکمیل بخش اول اگر در رابطه با بیماری خود پس از تشخیص پزشک دانشی کسب کرده بود، وارد بخش دوم پرسش‌نامه می‌شد و به سوالات مربوط به آن بخش پاسخ می‌داد و در صورتی که هیچ دانشی در رابطه با پرفشاری خون کسب نکرده بود، به سوالات پایانی پرسش‌نامه رجوع می‌کرد و دلایل عدم کسب آگاهی در رابطه با بیماری خود را بیان می‌نمود. داده‌ها به وسیله دو نفر پرسشگر آموزش دیده از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. به منظور حفظ کرامت انسانی و ملاحظات اخلاقی اهداف مطالعه به صورت روشن برای شرکت‌کنندگان بیان شد و به آنان جهت حفظ محرمانگی مطالب و عدم قید نام و نام خانوادگی اطمینان داده شد. معیار ورود

پزشکان و پرستاران از صحت اطلاعات کسب شده اطمینان حاصل می‌کنند و در رده دوم ۱۸/۹ درصد بر اساس تشخیص خود و تجربیات فردی به اطلاعات اطمینان می‌کنند. همچنین ۳۸/۶۳ درصد از بیماران معتقد بودند که کسب دانش و افزایش آگاهی آنان در رابطه با پرفشاری خون تاثیر خیلی زیاد و زیادی در روند درمان و کنترل بیماری آنها داشته است (نمودار ۳). نتایج آنالیز تحلیلی نشان داد بین سطح تحصیلات و کسب دانش ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p=0/0003$). به طوری که بیماران دارای سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر سطح دانش خود را افزایش داده بودند. همچنین زنان خانه‌دار بیمار شهرنشین کسب دانش بیشتری در مورد بیماری پرفشاری خون داشتند ($p=0/03$). اما بین سن بیماران، وضعیت تاهل و مدت زمان ابتلا با افزایش دانش تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p=0/12$).

درصد فراوانی نسبی ۶۰/۲ درصد بود. پس از آن بیشترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده خانواده و دوستان با درصد فراوانی نسبی ۳۱/۱ درصد بود. کلاس‌ها (۶/۱ درصد) و سی‌دی‌های (۱/۳ درصد) آموزشی، کمترین درصد فراوانی را به خود اختصاص دادند (جدول ۲). تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که جستجوی اطلاعات سلامت در زمینه‌های کنترل رژیم غذایی (۵۸/۸۰ درصد)، درمان (۵۴/۵۰ درصد)، علایم بیماری (۵۳/۵۰ درصد)، نقش ورزش در کنترل بیماری (۴۶/۵۰ درصد)، جلوگیری از پیشرفت بیماری (۳۵/۱۰ درصد) و عوارض بیماری (۳۲/۱۰ درصد) دارای فراوانی بیشتری بودند (نمودار ۲). ۳۵/۴ درصد از بیماران ادعا داشتند که این کسب دانش باعث کاهش مراجعات آنان به پزشک شده است. میزان اطمینان ۵۱ درصد از بیماران به اطلاعات کسب کرده به منابع زیاد بود و ۴۶/۲ درصد از بیماران بیان کرده بودند که با مشورت به‌وسیله

جدول ۱: جدول فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد مطالعه

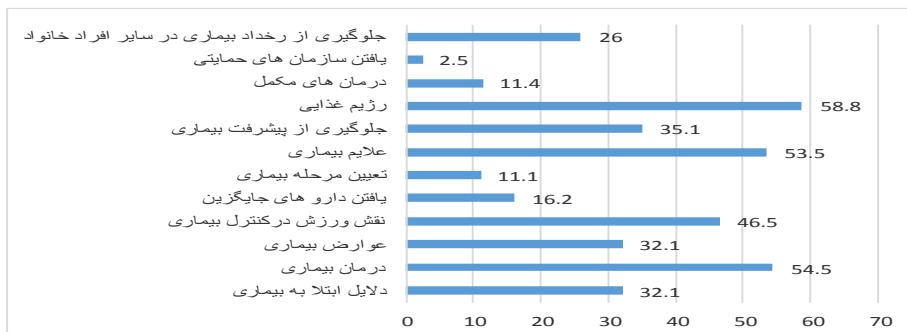
متغیر	گروه بندی	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۱۱۵ (۲۹)
	زن	۲۸۱ (۷۱)
تاهل	مجرد	۶۴ (۱۶/۲۰)
	متاهل	۳۳۲ (۸۳/۸۰)
سن	۳۰ تا ۴۵ سال	۶۴ (۱۶/۲۰)
	۴۵ تا ۶۰ سال	۱۵۶ (۳۹/۴۰)
	۶۰ سال به بالا	۱۷۶ (۴۴/۴۰)
مدت ابتلا به بیماری	زیر ۲ سال	۵۹ (۱۴/۹۰)
	۲ تا ۱۰ سال	۲۴۰ (۶۰/۵۰)
	بالای ۱۰ سال	۹۷ (۲۴/۵۰)
تحصیلات	بی سواد	۱۴۰ (۳۵/۴۰)
	زیر دیپلم	۱۸۱ (۴۵/۷۰)
	دیپلم	۴۴ (۱۱/۱۰)
	کارشناسی	۲۸ (۷/۱۰)
اشتغال	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۰/۸۰)
	شاغل	۷۹ (۱۹/۹۰)
	بازنشسته	۳۹ (۹/۸۰)
	خانه دار	۲۴۸ (۶۲/۶۰)
	بیکار	۳۰ (۷/۶۰)
محل سکونت	شهر	۲۸۱ (۷۱/۷)
	روستا	۱۱۱ (۲۸/۳)
افزایش دانش پس از ابتلا به بیماری	بله	۲۴۳ (۶۱/۴۰)
	خیر	۱۵۳ (۳۸/۶۰)



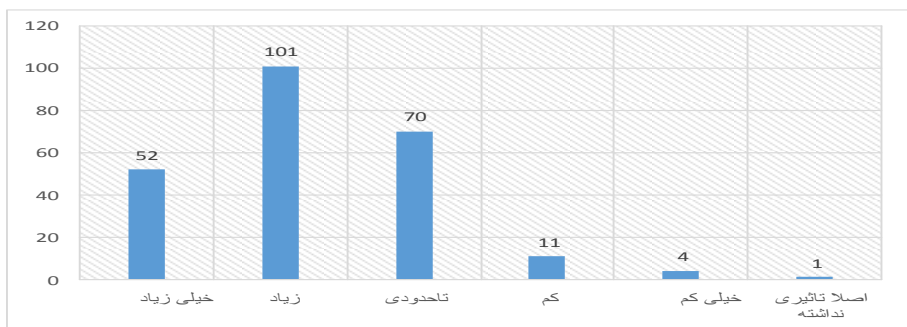
نمودار ۱: دلایل عدم کسب دانش توسط بیماران مبتلا به پرفشاری خون

جدول ۲: جدول توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بیماران کسب کننده دانش بر حسب نوع منبع اطلاعاتی

منبع اطلاعاتی	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
پزشک و کارکنان بهداشتی	۲۳۶	۶۰/۲
خانواده و دوستان	۱۲۲	۳۱/۱
سایر بیماران مبتلا به پرفشاری خون	۱۰۱	۲۵/۸
رسانه‌های جمعی (تلویزیون، رادیو)	۹۶	۲۴/۵
منابع چاپی (کتاب، بروشور، مجله، روزنامه)	۵۴	۱۳/۸
اینترنت	۴۳	۱۱
کلاس‌های آموزشی	۲۴	۶/۱
بسته‌های آموزشی	۵	۱/۳



نمودار ۲: نمودار فراوانی نوع موضوعات کسب دانش شده در زمینه مدیریت بیماری در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد مطالعه



نمودار ۳: توزیع فراوانی تاثیر کسب دانش در روند درمان از دیدگاه بیماران مبتلا به پرفشاری خون

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد بیشتر افراد، پس از ابتلا در زمینه‌های مختلف، کسب دانش کرده بودند که این نتیجه، با نتیجه مطالعه صالحی (۱۴)، که درصد کمی از بیماران ساکن شهر و روستا پس از ابتلا به بیماری کسب دانش کرده بودند همخوانی نداشت. از بین بیمارانی که بعد از ابتلا کسب دانش کرده بودند ۳۸/۶۳ درصد تاثیر کسب دانش را بر روند کنترل و درمان خود زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده بودند این یافته با نتایج مطالعه ابومطر (۱۵)، نئوپن (۱۶)، قزلجه (۱۷) و خوش‌رفتاررودی (۱۸) همخوانی داشت. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت آموزش و مداخلات آموزشی در کنترل بیماری و طی نمودن هر چه بهتر روند درمان است. عمده بیماران اذعان داشتند که کسب دانش باعث مراجعه کمتر آنان به پزشک شده است. این یافته با نتایج مطالعه کیکبوس (۱۹) همسو بود، اما با یافته‌های پژوهش اسچامپچر (۲۰) همسو نبود. این موضوع مهم‌ترین تاثیر رشد و ارتقای سواد سلامت در بیماران است. بیماران با سواد سلامت کافی کنترل بهتری روی بیماری مزمن خود دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آنان کمتر است. که البته در این مطالعه بیشتر بیماران اطلاعات کسب شده از منابع مختلف را تا حد زیادی موثق و قابل اطمینان می‌دانستند و جمع‌کنند، بهترین راه کسب اطمینان از اطلاعات را مشورت با پزشک معالج ذکر کردند. به همین دلیل عملکرد صحیح پزشک در ارائه اطلاعات و پایش آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. حتی بیشترین منابع کسب دانش در بیماران؛ به ترتیب پزشک معالج و سپس خانواده و دوستان بودند. که در رابطه با انتخاب پزشک معالج یا همان پزشک خانواده از سوی بیماران دلایلی همچون تحصیلات، علم و آگاهی بیشتر پزشک و قابل اعتماد بودن آن مطرح می‌شود که این موضوع با یافته‌های مطالعه گوتیریز (۲۱)، درویش‌پور (۲۲) و صالحی (۱۴) همخوانی داشت. توضیح کامل و واضح پزشک طبق مطالعه اینون (۲۳) تاثیر بسزایی در توانمندی بیماران و ارتقای سواد سلامت آنان دارد. نتیجه قابل‌توجهی

که در مطالعه لی (۲۴) مشاهده شد نقش عمده پزشک یا متخصصان بهداشتی در استفاده مناسب بیماران از منابع آنلاین و اینترنت و کمک به آنان در اصلاح و مرتفع کردن مشکلاتی همچون سواد اطلاعاتی محدود و عدم هماهنگی بین منابع اطلاعاتی مختلف و ترغیب و کمک به بیماران به استفاده از اطلاعات فیلتر شده و موثق اینترنتی بود که این مهم در راستای ارتباط فعال بر پایه اعتماد بیمار به پزشک محقق خواهد شد. در مطالعه بوستوک (۲۵) بیشتر بیماران، حتی با وجود فراگیر شدن رسانه‌های مجازی وابسته به اینترنت، همچون شبکه‌های اجتماعی، رسانه‌های جمعی همچون رادیو و تلویزیون را به عللی همچون سهولت دسترسی و عدم نیاز به سواد خواندن و نوشتن در بیماران بی‌سواد یا کم‌سواد نسبت به رسانه‌های مجازی که گران‌تر و یا ملزم به مهارت بالاتر است ترجیح دادند. از میان مشخصه‌های دموگرافیک ارتباط معنادار بین متغیرهای جنس، شغل و محل سکونت با کسب دانش بیماران پس از ابتلا دیده شد. این یافته با نتایج مطالعه قره تپه‌زاده (۲۶) همسو بود. همچنین بین میزان تحصیلات و کسب دانش نیز تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود و کسانی که دارای سطح تحصیلات بالاتری بودند، بیشتر از سایرین دانش خود را افزایش داده بودند. این یافته با نتایج مطالعه ایزدی راد (۲۷) و زی‌لی (۲۹) همخوانی داشت اما با نتایج مطالعه ویلنس (۳۰) و کونتوس (۳۱) ناهمسو بود. غلامی و همکاران (۳۲) در مطالعه خود نشان دادند جست‌وجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی و اعضای خانواده آن‌ها تحت‌تأثیر باورها، تعامل با منابع اطلاعاتی متعدد در زمینه و ساختار که مراقبت و اطلاعات بر اساس آن ارائه می‌شود است و شناخت ماهیت موانع جست‌وجوی اطلاعات سلامت به سیاست‌گزاران مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند تا اطلاعات مبتنی بر شواهد، قابل اعتماد و بیمار محوری را به‌منظور تشویق بیماران در تصمیم‌گیری در زمینه درمان، ارائه دهند به همین دلیل شناسایی موانع و نقاط ضعف هر مشکل و متعاقب با آن نیازسنجی از اهمیت بالایی برخوردار است. کلاس‌ها و

نتیجه‌گیری

نتیجه کلی این مطالعه حاکی از کسب دانش سلامت نسبتاً مطلوب افراد مورد مطالعه بعد از ابتلا به بیماری بود. بیشترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده در بیماران مبتلا به پرفشاری خون پزشک معالج و کارکنان بهداشتی بود. بیش از یک سوم بیماران اذعان داشتند که این کسب دانش باعث کاهش مراجعات آنان کلینیک‌های تخصصی شده است بنابراین ضروری است که کارکنان بهداشتی از روش‌های موثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند. معرفی و در اختیار قرار دادن منابع کسب دانش توسط سیستم بهداشتی به بیماران پرفشاری خون می‌تواند مشوقی برای کسب دانش در آن‌ها شود. نتیجه نه تنها در وقت کادر درمانی و تخصصی صرفه‌جویی می‌گردد بلکه فرایند درمان بیماران را نیز بهبود خواهد بخشید.

سیاس‌گذاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد. بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جهرم به جهت تایید و حمایت مالی از این مطالعه سپاس‌گذاری می‌گردد، هم‌چنین نویسندگان از همه افراد شرکت‌کننده در مطالعه کمال تقدیر و تشکر را دارند.

حامی مالی: این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد.

تعارض در منافع: وجود ندارد

بسته‌های آموزشی به دلایل مختلفی همچون محدودیت دسترسی اقشاری از جامعه به آن مانند، سختی برپایی، گرانی و عدم دسترسی بیماران مسن یا روستایی کمترین استفاده را داشت که می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب جهت برپایی کلاس‌ها در در مناطق محروم یا ارائه بسته‌های آموزشی در مراکز بهداشتی به‌طور رایگان این مشکل را برطرف کرد و گامی جهت ارتقاء سواد سلامت بیماران برداشت و از مراجعات مکرر آنان که باعث صرف هزینه، وقت و انرژی فراوان می‌شود کاست زیرا که بیشترین دلایل عدم کسب اطلاعات، عدم یا سختی دسترسی و مراجعه به دلایلی همچون بیماری، کهولت سن یا نداشتن توان مالی عنوان گردید که این موضوع با نتیجه مطالعه صالحی (۱۴) و برد (۳۳) همسو بود که این مشکل با ارائه خدمت مفید و هدفمند در مناطق محروم و تعبیه امکانات آموزشی و در دسترس قرار دادن آن و آموزش صحیح پرسنل بهداشتی آموزش، ارائه خدمت مناسب و پایش منظم قابل حل است. شرکت اقشار مختلف مردم از تمام نقاط شهر و روستاهای اطراف، بدون محدودیت سطح تحصیلات، و وضعیت‌های اقتصادی مختلف و تصادفی بودن انتخاب بیماران از جمله نقاط قوت این مطالعه می‌باشد. یکی از محدودیت‌های این مطالعه کمبود وقت، سن بالا و کم سواد یا بی‌سواد بودن بیماران بود که با خواندن چک لیست و مفهوم کردن سوالات برای بیماران این مشکل برطرف گردید. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان عدم توانایی بعضی بیماران در فهم و پاسخ‌دهی سوالات اشاره کرد.

References

- 1- Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, et al . *Self-Care Assessment of Patients with Hypertension in Qom City in 2016 (Iran)*. Qom Univ Med Sci J 2018; 12(4): 72-80.
- 2- Nduka C, Stranges S, Sarki A, Kimani P, Uthman O. *Evidence of Increased Blood Pressure and Hypertension Risk among People Living with HIV on Antiretroviral Therapy: A Systematic Review with Meta-Analysis*. J Hum Hypertens 2016; 30(6): 355.
- 3- Poormuhamad S, Jalili Z. *Related Factors to Self-Care Behaviors in Elderly with Hypertension*

- Based on the Health Belief Model in Uremia County*. Joge 2017; 2(1): 41-50.
- 4- Lambert V, Keogh D. *Striving to Live a Normal Life: a Review of Children and Young People's Experience of Feeling Different when Living with a Long Term Condition*. J Pediatr Nurs 2015; 30(1): 63-77.
 - 5- Yusufali AM, Khatib R, Islam S, Alhabib KF, Bahonar A, Swidan HM, et al. *Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Four Middle East Countries*. J Hypertension 2017; 35(7): 1457-64.
 - 6- Hou Z, Meng Q, Zhang Y. *Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Following China's Healthcare Reform*. American J Hypertension 2015; 29(4): 428-31.
 - 7- Acharya B, Maru D, Schwarz R, Citrin D, Tenpa J, Hirachan S, et al. *Partnerships in Mental Healthcare Service Delivery in Low-Resource Settings: Developing an Innovative Network in Rural Nepal*. Globalization and Health 2017; 13(1): 2.
 - 8- Einstadter D, Bolen SD, Misak JE, Bar-Shain DS, Cebul RD. *Association of Repeated Measurements with Blood Pressure Control in Primary Care*. JAMA Internal Medicine 2018; 178(6): 858-60.
 - 9- Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. *Relationships Between Health Literacy and Heart Failure Knowledge, Self-Efficacy, And Self-Care Adherence*. Research in Social and Administrative Pharmacy 2014; 10(2): 378-86.
 - 10- Kamal SHM, Basakha M, Sajjadi H. *The Prevalence and Risk Factors of Limited Health Literacy in Iran: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis* 2018; 26(118): 1-8.
 - 11- Fletcher RD, Amdur RL, Kheirbek R, Ahmed A, Alemi F, Maron D, et al. *Blood Pressure Control that Reduces Mortality and Cardiovascular Events from 2000 to 2014 for Patients in the Veterans Administration Healthcare System*. Circulation 2016; 134(Suppl_1): A17842-A.
 - 12- Meurer WJ, Dome M, Brown D, Delemos D, Oska S, Gorom V, et al. *Feasibility of Emergency Department-Initiated, Mobile Health Blood Pressure Intervention: An Exploratory, Randomized Clinical Trial*. Academic Emergency Medicine 2019; 26(5): 517-27.
 - 13- Tahereh Najafi Ghezeljeh, Mehdi Nasr Esfahani, Sanaz Sharifian. *Comparing the Effect of Self-Management Training by Mobile Phonebased Social Network Follow-Up on Blood Pressure in People with Hypertension*. Cardiovascular Nursing J 2017; 6(1): 22-31.
 - 14- Salehi F, Ahmadian L, Ansari R, Sabahi A. *The Role of Information Resources Used by Diabetic Patients on the Management of their Disease*. Medical J Mashhad University of Medical Sciences 2016; 59(1): 17-25.
 - 15- Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. *The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, And Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension*. J General Internal Medicine 2013; 28(11): 1469-76.
 - 16- Neupane D, Mclachlan CS, Gautam R, Mishra SR, Thorlund M, Schlütter M, et al. *Literacy and*

- Motivation for the Prevention and Control of Hypertension among Female Community Health Volunteers: A Qualitative Study from Nepal.* Global Health Action 2015; 8(1): 28254.
- 17- Najafi-Ghezeljeh T, Shahidi M, Ghiasvandian S, H H. *The Effect of Self-Care Educational Program on Quality of Life in Patients with Hypertension.* Cardiovascular Nursing J 2015; 4(1): 40-7.
- 18- Khoshraftar Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani H, Emami Moghaddam Z. *The Effect of Peer Education on the Mental Aspect of Quality of Life of Elderly Patients with Hypertension.* J North Khorasan Uni Medical Sci 2015; 7(3): 585-95.
- 19- Kickbusch I. *Policy Innovations for Health.* Policy Innovation For Health: Springer; 2009: 1-21.
- 20- Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, Arnold CL, Bennett RD, Wolf MS, et al. *Potentially Preventable Use of Emergency Services: The Role of Low Health Literacy.* Medical Care 2013; 51(8): 654.
- 21- Gutierrez N, Kindratt TB, Pagels P, Foster B, Gimpel NE. *Health Literacy, Health Information Seeking Behaviors and Internet Use among Patients Attending a Private and Public Clinic in the Same Geographic Area.* J Community Health 2014; 39(1): 83-9.
- 22- Darvishpour J, Omidi S, Farmanbar R. *The Relationship Between Health Literacy and Hypertension Treatment Control and Follow-Up.* Caspian J Health Research 2016; 2(1): 1-8.
- 23- Inoue M, Takahashi M, Kai I. *Impact of Communicative and Critical Health Literacy on Understanding of Diabetes Care and Self-Efficacy in Diabetes Management: A Cross-Sectional Study of Primary Care in Japan.* BMC Family Practice 2013; 14(1): 1-9.
- 24- Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. *Dr Google and the Consumer: A Qualitative Study Exploring the Navigational Needs and Online Health Information-Seeking Behaviors of Consumers with Chronic Health Conditions.* J Medical Internet Research 2014; 16(12): E262.
- 25- Bostock S, Steptoe A. *Association between Low Functional Health Literacy and Mortality in Older Adults: Longitudinal Cohort Study.* Bmj 2012; 344: E1602.
- 26- Rafieezadeh Gharrehtapeh S, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjadi M, Hojjati H. *The Relationship between Health Literacy and Self-Efficacy in Patients with Type II Diabetes Admitted to Gorgan Diabetes Clinic in 2014.* J Diabetes Nurs 2015; 3(2): 30-42.
- 27- Izadirad H, Zareban I. *The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran.* J Educ Community Health 2015; 2(3): 43-50.
- 28- Li X, Ning N, Hao Y, Sun H, Gao L, Jiao M, et al. *Health Literacy in Rural Areas of China: Hypertension Knowledge Survey.* Int J Environ Res Public Health 2013; 10(3): 1125-38.
- 29- Willens DE, Kripalani S, Schildcrout JS, Cawthon C, Wallston K, Mion LC, et al. *Association of Brief Health Literacy Screening and Blood Pressure in Primary Care.* J Health Communication 2013;18(Sup1): 129-42.
- 30- Kontos E, Blake KD, Chou W-YS, Prestin A. *Predictors of Ehealth Usage: Insights on the Digital*

- Divide From the Health Information National Trends Survey 2012*. J Med Internet Res 2014; 16(7): E172.
- 31- Gholami M, Khoshknab MF, Maddah SSB, Ahmadi F, Khankeh H. *Barriers to Health Information Seeking in Iranian Patients with Cardiovascular Disease: A Qualitative Study*. Heart & Lung 2014; 43(3): 183-91.
- 32- Bird SM, Wiles JL, Okalik L, Kilabuk J, Egeland GM. *Living with Diabetes on Baffin Island*. Can J Public Health 2018; 99(1): 17-21.

Investigating Information Resources Used in Hypertensive Patients: A Cross-Sectional Study on Self-Management of Disease

Ameneh Marzban¹, Vahid Rahmanian², Azam Namdar³, Marzieh Zamani^{†4}

Original Article

Introduction: Health information seeking and knowledge acquisition play an important role in the management of chronic diseases such as hypertension. The purpose of this study was to determine the information sources used by hypertensive patients in self-management of patients referred to Jahrom... health centers.

Methods: This cross-sectional study was performed on 396 hypertensive patients who were selected by cluster sampling from six urban-rural health centers of Jahrom City in 2016. Data gathering tool was a 17-question researcher-made questionnaire that was used after validation and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test by SPSS version 16 software.

Results: 61.40% (243 patients) of patients with hypertension had information about their disease after developing hypertension. Most of their information sources were physicians and health workers 60.02% (236 people), family and friends 31.12% (122 people) and other patients 25.8% (101 people) and mass media 24.51% respectively. 96 people). 35.4% (n = 86) of patients admitted that this acquisition of knowledge has decreased their referrals to specialized levels. The most important reasons for not obtaining information in 35.29% (140 people) were difficulty and lack of access to information resources.

Conclusion: The results of this study showed a relatively high and good knowledge of the patients after the disease. The most frequently used sources of information were physicians and health workers. Therefore, it is imperative that health professionals use effective ways of transmitting information to these people.

Keywords: Information sources, Self-care, Hypertension, Knowledge

Citation: Marzban A, Rahmanian V, Namdar A, Zamani M. **Investigating Information Resources Used in Hypertensive Patients: A Cross-Sectional Study on Self-Management of Disease.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 28(11): 3226-36.

¹Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

^{2,4}Jahrom University of Medical Sciences- Jahrom, Iran.

³Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09177112633, email: mzamani_rd@yahoo.com