

بررسی فروانی منابع اطلاعاتی خودمدیریتی در بیماران دیابتی شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۸

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

چکیده

مقدمه: جست‌وجوی اطلاعات سلامت و کسب دانش نقش مهمی در مدیریت بیماری مزمنی چون دیابت ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی فروانی منابع اطلاعاتی خودمدیریتی در بیماران دیابتی شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۸ انجام شد. **روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۳۹۳ بیمار مبتلا به دیابت شهرستان جهرم و روستاهای تحت پوشش در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه‌ی مبنی بر نقش منابع اطلاعاتی در بهبود بیماری بیماران مبتلا به دیابت بود. نتایج توسط نرم‌افزار SPSS 24 مورد تحلیل آماری قرار گرفت. **یافته‌ها:** بیشترین محدوده‌ی سنی افرادی که در این مطالعه شرکت کردند افراد ۴۵ تا ۶۰ سال (۴۰/۷ درصد) بوده است که ۶۷/۹ درصد جمعیت بیماران را زنان تشکیل می‌دادند. ۶۸/۱ درصد بیماران مبتلا به دیابت پس از ابتلا، در رابطه با بیماری خود اطلاعات کسب کرده بودند. بیشترین منابع اطلاعاتی آنان به ترتیب شامل پزشک، خانواده و دوستان و سایر بیماران و رسانه‌های جمعی بود. مهم‌ترین دلایل عدم کسب اطلاعات در ۳۱/۹ درصد دیگر از بیماران سخت بودن و عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی بود. **نتیجه‌گیری:** نتیجه‌ی کلی این مطالعه حاکی از سواد سلامت نسبتاً بالا و خوب افراد تحت مطالعه بود. همچنین جمعیتی که دانشی در مورد بیماری خود نداشتند، اشتیاق زیادی به یادگیری داشتند که این معضل با توزیع و ارائه‌ی صحیح و به قاعده‌ی منابع آموزشی و برابرسازی فرصت‌های آموزشی و یکسان‌سازی در مناطق مرفه و محروم تا حد امکان قابل حل است. از نتایج این پژوهش می‌توان جهت ارتقاء سیستم بهداشتی و آموزشی کشور و کمک به بهبود و ارتقای توزیع منابع آموزشی از طریق آموزش صحیح پرسنل بهداشتی و همکاری بیش از پیش سازمان‌های ذیربط، استفاده نمود.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، خود مراقبتی، دیابت، جهرم

۱- گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

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

۳- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

۴- گروه سلامت در بلايا و فوریت‌ها، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

***نشانی:** تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، پلاک ۴، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، کدپستی: ۱۹۹۶۷۱۳۸۸۳، تلفکس: ۰۲۱۸۸۸۸۳۳۳۴، تلفن: ۰۹۱۷۲۴۵۸۸۹۶، پست الکترونیک: amenemarzban@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۹

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۶

مقدمه

مطالعات انجام گرفته سواد سلامت پایین، علاوه بر اثرگذاری قابل توجه بر رفتار بیماران، نتایج ناخوشایندی همچون گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف، استفاده نامناسب از داروها، پیروی نکردن از دستورات پزشک، کنترل ضعیف قند و فشار خون، افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلات ناشی از کنترل ضعیف، مشارکت کمتر در تصمیم گیری‌های درمانی و ارتباط ضعیف بین پزشک و بیمار را در پی دارد. به علاوه، افراد با سواد سلامت پایین درباره‌ی سلامت خود کمتر آگاه هستند، خدمات پیشگیرانه کافی دریافت نمی‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آنها مطلوب نیست، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آنها بیشتر است [۸].

با این اوصاف، سطح پایین سواد سلامت، تأثیر نامناسبی بر ارتباط پزشک و بیمار خواهد داشت. به طوری که بیماران با سطح پایین سواد سلامت، در اکثر مواقع از روش ارتباطی منفعل استفاده کرده و در تصمیم‌گیری‌های مشارکتی شرکت نمی‌کنند و غالباً در تعامل با پزشک خود با مشکلات متعددی روبرو می‌شوند. طبق بیان سازمان جهانی بهداشت فرآیند "آموزش" اساس و بنیان درمان دیابت است. زیرا که امروزه آموزش و مراقبت از خود، بیش از درمان مورد تأکید بوده و موجب کمک به تصمیم گیری صحیح بیماران نسبت به سلامت خود می‌گردد [۹].

به همین دلیل برای آشنایی بیماران دیابتی با شیوه‌های پیشگیری، درمان و کنترل بیماری خود مداخلات آموزشی صورت می‌گیرد. قابل ذکر است که اتخاذ تصمیم آگاهانه بیماران و پذیرش مسئولیت بیماران در قبال مراقبت از خود منجر سطح بالاتر سلامت آنان می‌شود [۱۰]. به همین منظور ارائه‌ی منابع آموزشی به بیماران، عاملی مهم در بالا بردن سواد سلامت به شمار می‌رود. همچنین رشد هزینه‌های پزشکی ناشی از بیماری و محدودیت زمانی متخصصان حرفه‌ی سلامت و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باعث افزایش نیاز بیماران به منابع آموزشی مانند کتابچه یا بروشور دارای آخرین اطلاعات درباره پیشگیری، درمان و بازگردانی سلامت در راستای تکمیل برنامه‌ی آموزشی شده است [۱۱].

دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسم بوده و با عوارضی همچون آسیب شبکیه و کوری، نوروپاتی محیطی، درد در پاها و ساق پا، سکت، انفارکتوس میوکارد، مشکلات عروق محیطی، بیماری‌های کلیوی و قطع عضو همراه است [۱]. همچنین این عارضه چه از نظر هزینه‌های درمانی و چه از نظر آمار بالای از کار افتادگی، یکی از عمده‌ترین مسایل بهداشتی-درمانی نظام سلامت در دنیا محسوب می‌شود [۲].

امروزه دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی-درمانی و اجتماعی-اقتصادی جهان محسوب می‌گردد و طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، به احتمال بسیار زیاد جمعیت بیماران دیابتی از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت [۳]. به علاوه، در رتبه‌بندی جهانی این بیماری پنجمین عامل علت مرگ و میر است [۴]. شیوع کل این بیماری در کشور ایران ۱۴/۵۲ درصد تخمین زده شده است [۵].

دیابت میزان امید به زندگی را در جامعه به اندازه‌ی یک سوم کاهش می‌دهد و شیوع ناتوانی در مبتلایان ۲ تا ۳ برابر افراد معمولی جامعه است. قابل ذکر است که میزان مشارکت پایین بیماران دیابتی در برنامه‌های درمانی از مهم‌ترین دلایل عدم موفقیت در به دست آوردن نتیجه مناسب درمانی در این بیماری دیابت. چراکه افراد مبتلا به بیماری دیابت، ملزم به کسب توانمندسازی در زمینه‌ی مهارت‌های مناسب برای زندگی با دیابت و مدیریت روانی-اجتماعی این بیماری در جهت کنترل و پیشگیری یا به تأخیر انداختن عوارض آن هستند [۶].

از راه‌های مؤثر در جهت توانمندسازی و به دنبال آن پیشگیری و کنترل دیابت، می‌توان به افزایش سطح آگاهی بیماران نسبت به عوامل مؤثر در بروز بیماری و نحوه‌ی پیشگیری از آن اشاره کرده و مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سطح آگاهی بیماران دیابتی سواد سلامت است که به صورت ظرفیت و توانایی افراد در کسب، پردازش و درک اطلاعات مربوط به بهداشت و خدمات بهداشتی درمانی تعریف می‌شود [۷]. همچنین پایین بودن سطح سواد سلامت با شیوع بیشتر بیماری دیابت ارتباط داشته و طبق

نمونه با در نظر گرفتن مقدار احتمالی (P) حدود ۰/۵ و با دامنه‌ی اطمینان ۰/۹۵ درصد و $d=0.05$ حدود ۳۹۳ نفر به دست آمد.

$$n \geq \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 pq}{d^2}$$

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ی ۱۷ سؤالی و دارای سه بخش بود که با استفاده از مرور متون و مطالعات مشابه طراحی گردید [۱۳]. روایی محتوایی پرسشنامه به تأیید ۶ نفر از اساتید آموزش بهداشت، اپیدمیولوژی و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم رسید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون و باز آزمون استفاده گردید و با $r=0.75$ مورد تأیید قرار گرفت.

بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک بیماران مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا، شغل و محل سکونت و بخش دوم شامل ۵ سؤال راجع به شیوه‌های کسب دانش درباره‌ی بیماری دیابت و تأثیر این اطلاعات در روند بیماری بود. بخش سوم پرسشنامه ۵ سؤال 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 سؤالات مربوط به آن بخش پاسخ می‌داد و در صورتی که هیچ دانشی در رابطه با دیابت کسب نکرده بود، به سؤالات پایانی پرسشنامه رجوع می‌کرد و دلایل عدم کسب آگاهی در رابطه با بیماری خود را بیان می‌نمود.

داده‌ها به وسیله‌ی دو نفر پرسشگر آموزش دیده از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. به منظور حفظ کرامت انسانی و ملاحظات اخلاقی اهداف مطالعه به صورت روشن برای شرکت کنندگان بیان شد و به آنان جهت حفظ محرمانگی مطالب و عدم قید نام و نام خانوادگی اطمینان داده شد. سپس رضایت‌نامه‌ی کتبی از بیماران اخذ شد. معیار ورود به مطالعه‌ی حاضر بیماران سی سال به بالا با سابقه‌ی تشخیص یکسال و بیشتر دیابت توسط پزشک متخصص

از بین منابع آموزشی، مهم‌ترین آن در درجه‌ی اول پزشک بوده که با انجام روش آموزش چهره به چهره، اصلی‌ترین منبع انتقال اطلاعات محسوب می‌گردد. با افزایش سرعت تکامل منابع انتقال اطلاعاتی و به روی کار آمدن رسانه‌های دیگری همچون اینترنت و غیره، دسترسی به منابع اطلاعاتی برای افراد راحت‌تر و سریع‌تر شده است، علاوه بر دسترسی بیماران به منابع، چگونگی به کارگیری و استفاده صحیح از آن بسیار اهمیت پیدا کرده، از سوی دیگر براساس مطالعات انجام گرفته فرایند آموزش نقش عمده‌ای در ارتقاء سطح آگاهی افراد دیابتی و در نحوه‌ی برخورد با بیماری، تغییر نگرش و رفتار خود نسبت به قبل از آن داشته است [۱۲]. به همین دلیل متخصصین بهداشت جهت آموزش صحیح به بیماران ملزم، به استفاده از آخرین شواهد علمی بوده تا بتوانند در امر انتقال مطالب آموزشی ارائه شده موفق عمل کنند. از آنجا که بیماران دارای سواد سلامت پایین و آگاهی کم، کنترل کمتری بر بیماری خود دارند و عوارض در این بیماران بیشتر و شدیدتر است، انجام مطالعاتی در خصوص چگونگی کسب دانش در بیماران، به برنامه ریزان، مسئولین کشوری و متولیان امر سلامت و کارکنان بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا روش‌های آموزشی موثر برای بیماران را شناسایی کنند. این مطالعه با هدف بررسی فروانی منابع اطلاعاتی خودمدیریتی در بیماران دیابتی شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی و به روش مقطعی است که بر روی ۳۹۳ بیمار مبتلا به دیابت در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بود، بدین صورت که از بین مراکز بهداشتی درمانی شهری-روستایی جهرم شش مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند که به تناسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز با تهیه‌ی چارچوب نمونه‌گیری از شماره‌ی پرونده بیماران تحت پوشش به صورت تصادفی ساده نمونه‌های مورد نظر از هر مرکز انتخاب گردید. حجم نمونه مورد نیاز در این مطالعه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه در مطالعات مقطعی [۱۳] به دست آمد. بنابراین حجم

داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۸۳/۵ درصد متأهل بودند. ۵۹/۲ درصد از نمونه‌ها بین ۲ تا ۱۰ سال به بیماری دیابت مبتلا بودند. ۵۷/۳ درصد خانه‌دار بودند. محل سکونت ۶۹/۴ درصد از نمونه‌ها در شهر بود. براساس نتایج به‌دست آمده ۶۸/۱ درصد از بیماران دیابتی پس از ابتلا به بیماری دانش خود را افزایش داده بودند (جدول ۱). از بین بیمارانی که پس از ابتلا دانش خود را افزایش نداده بودند ۱۶/۳ درصد بیماران دلیل آن را سخت بودن و ۱۲/۵ درصد عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی عنوان کردند (نمودار ۱).

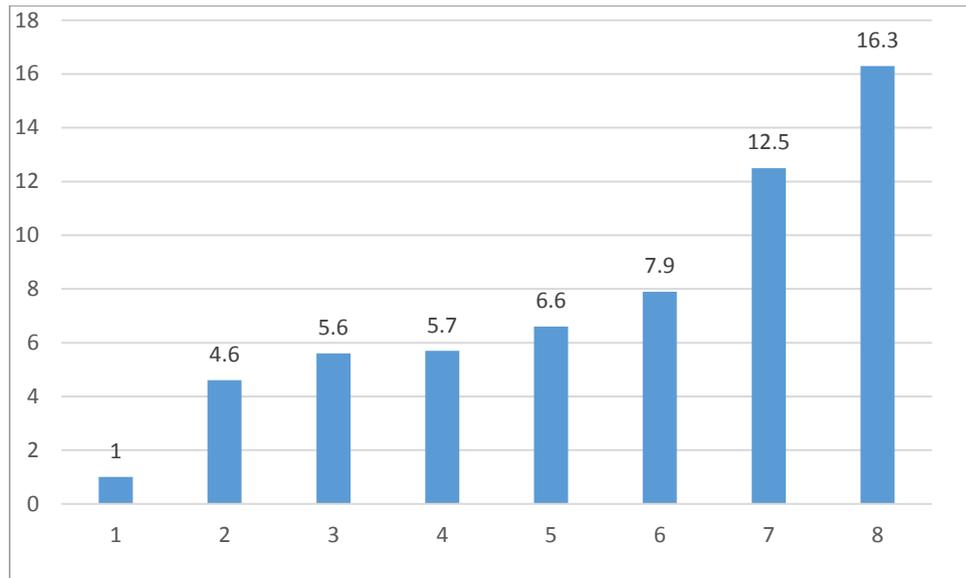
و ساکن شهر ستان جهرم بود. معیار خروج از مطالعه عدم همکاری یا مهاجرت بیمار بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم‌افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. قابل ذکر است که این طرح تحقیقاتی مصوب کمیته‌ی اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شناسه اخلاقی IR.jums.REC.1396.060 است.

یافته‌ها

از تعداد ۳۹۳ نفر بیمار شرکت کننده در این تحقیق ۲۶۷ نفر (۶۷/۹ درصد) زن بودند. ۴۰/۷ درصد از نمونه‌ها بین ۴۵ تا ۶۰ سال سن

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت بیماران مورد مطالعه

| متغیر | گروه بندی | فراوانی | درصد |
|---------------------|------------------------|---------|------|
| جنسیت | مرد | ۱۲۶ | ۳۲/۱ |
| | زن | ۲۶۷ | ۶۷/۹ |
| | جمع | ۳۹۳ | ۱۰۰ |
| تأهل | مجرد | ۶۵ | ۱۶/۵ |
| | متاهل | ۳۲۸ | ۸۳/۵ |
| سن | ۳۰ تا ۴۵ سال | ۹۶ | ۲۴/۴ |
| | ۴۵ تا ۶۰ سال | ۱۶۰ | ۴۰/۷ |
| | ۶۰ سال به بالا | ۱۳۷ | ۳۴/۸ |
| مدت ابتلا به بیماری | زیر ۲ سال | ۴۴ | ۱۱/۱ |
| | ۲ تا ۱۰ سال | ۲۳۳ | ۵۹/۲ |
| | بالای ۱۰ سال | ۱۱۶ | ۲۹/۵ |
| تحصیلات | بی سواد | ۱۴۷ | ۳۷/۴ |
| | زیر دیپلم | ۱۸۱ | ۴۶/۱ |
| | دیپلم | ۴۶ | ۱۱/۷ |
| | کارشناسی | ۱۲ | ۳/۱ |
| اشتغال | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۶ | ۱/۵ |
| | شاغل | ۹۶ | ۲۴/۴ |
| | بازنشسته | ۳۷ | ۹/۴ |
| | محصل | ۳ | ۰/۸ |
| | خانه دار | ۲۲۵ | ۵۷/۳ |
| محل سکونت | بیکار | ۳۲ | ۸/۱ |
| | شهری | ۲۷۳ | ۶۹/۴ |
| | روستایی | ۱۲۰ | ۳۰/۶ |
| | بله | ۲۶۸ | ۶۸/۱ |
| | خیر | ۱۲۵ | ۳۱/۹ |



نمودار ۱- دلایل عدم کسب دانش توسط بیماران مبتلا به دیابت

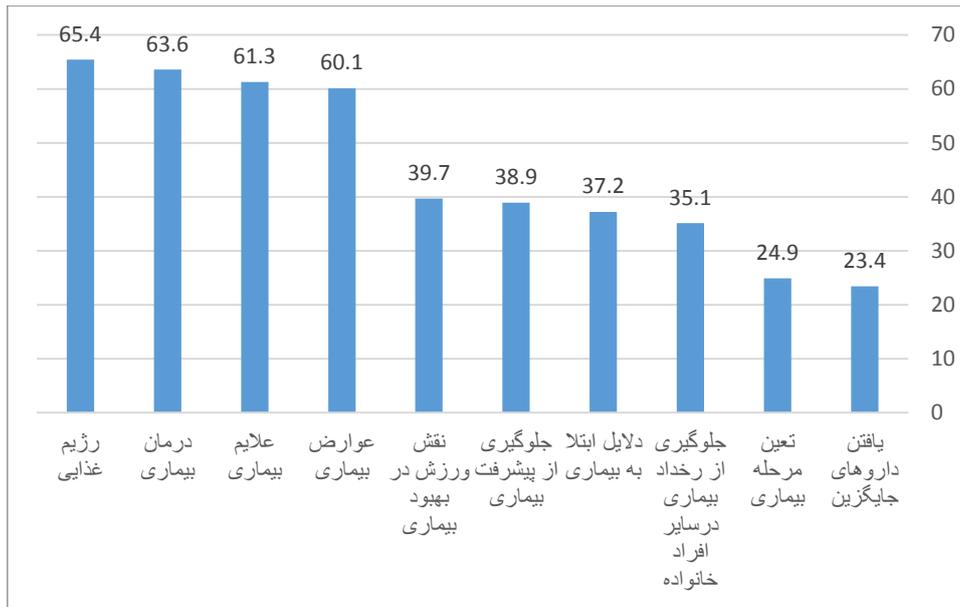
بیشتر بیماران (۲۵۸ نفر) مناسب‌ترین منبع برای کسب دانش را پزشک معالج (۶۵/۸ درصد) می‌دانستند. کلاس‌ها و سی‌دی‌های آموزشی کمترین درصد فراوانی نسبی به ترتیب (۸/۹ و ۴/۱ درصد) را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

جدول ۲- جدول توزیع فراوانی منبع اطلاعاتی کسب دانش بیماران

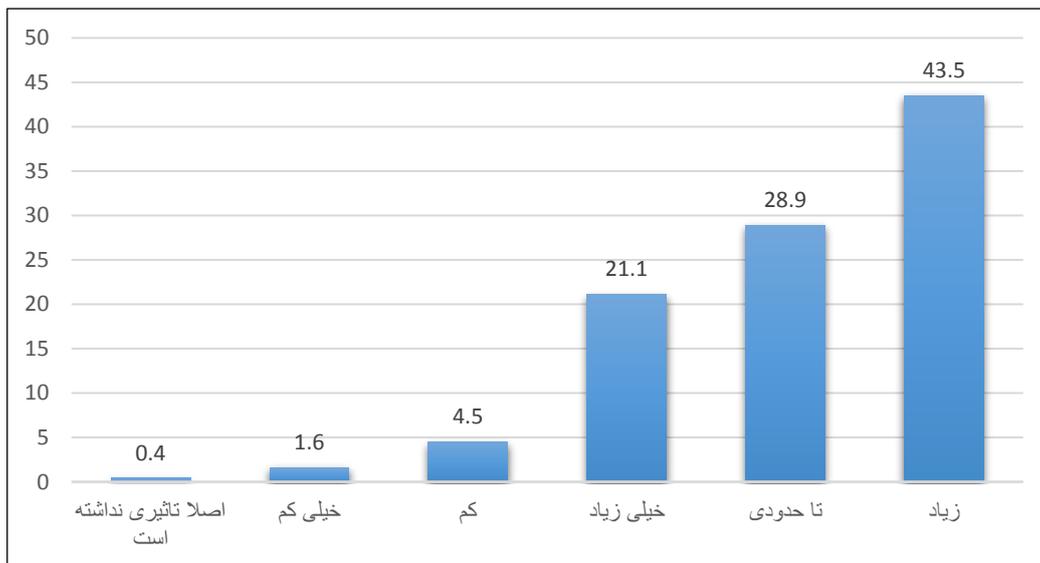
| منبع اطلاعاتی | فراوانی | درصد فراوانی نسبی |
|--|---------|-------------------|
| پزشک معالج | ۲۵۸ | ۶۵/۸ |
| اینترنت | ۴۹ | ۱۲/۵ |
| منابع چاپی (کتاب، بروشور، مجله، روزنامه) | ۶۰ | ۱۵/۳ |
| سی‌دی‌های آموزشی | ۱۶ | ۴/۱ |
| خانواده و دوستان | ۱۵۶ | ۳۹/۸ |
| سایر بیماران دیابت | ۱۴۵ | ۳۷ |
| رسانه‌های جمعی (تلویزیون، رادیو) | ۱۴۵ | ۳۷ |
| کلاس‌های آموزشی | ۳۵ | ۸/۹ |

اهمیت خاصی نسبت به سایر موارد برخوردار است (نمودار ۲). همچنین ۴۳/۵ درصد از بیماران میزان اطلاعاتی را که کسب کرده بودند را به حد زیاد کافی و مناسب ارزیابی کردند (نمودار ۳).

تجارب شرکت‌کنندگان نشان داد که جستجوی اطلاعات سلامت در زمینه‌های: کنترل رژیم غذایی (۶۵/۴)، درمان (۶۳/۶) علائم بیماری (۶۱/۳)، نقش ورزش در کنترل بیماری (۶۰/۱)، عوارض بیماری (۳۷/۲) و جلوگیری از پیشرفت بیماری (۳۸/۹) از



نمودار ۲- نمودار فراوانی موضوعات کسب دانش شده در زمینه‌ی مدیریت بیماری در بیماران مبتلا به دیابت



نمودار ۳- توزیع فراوانی تاثیر کسب دانش در روند درمان از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت

در این مطالعه درصد کثیری از افراد تأثیر کسب دانش را بر روند کنترل و درمان خود را زیاد ذکر کرده بودند که این نتیجه با مطالعه‌ی Marzban و همکاران [۱۴] و Aboumatar و همکاران [۱۵] همخوانی داشت. همچنین بیشتر بیماران اذعان داشتند که کسب دانش باعث مراجعه‌ی کمتر آنان به مراکز بهداشتی - درمانی شده است. که این موضوع یکی از مهم‌ترین اثرات رشد و ارتقای سواد سلامت در بیماران است. زیرا که طبق مطالعه‌ی Kickbusch و همکاران [۱۶] بیماران با سواد سلامت کافی

بحث

هدف از این مطالعه بررسی راه‌های کسب دانش در بیماران مبتلا به دیابت، پس از ابتلا به این بیماری بود. یکی از نتایج حاصل از این قرار بود که در این مطالعه بیشتر افراد، پس از ابتلا در زمینه‌های مختلف کسب دانش کرده بودند که با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Marzban و همکاران [۱۴] همسو بود و با نتایج مطالعه‌ی Salehi و همکاران [۱۳] همخوانی نداشت.

مثبت الگوی خانواده محور بر کیفیت زندگی و درمان و کنترل بیماری پُر فشاری خون بود.

از میان مشخصه‌های دموگرافیک، رابطه‌ی معنادار کسب دانش با شغل، محل سکونت و جنس دیده شد. که ارتباط با نتایج مطالعات Moeini و همکاران [۲۲] و Rafiezadeh و Gharrehtapeh و همکاران [۲۳] 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 افراد دیگر دانش خود را افزایش داده بودند که این موضوع با مطالعه‌ی Fan و همکاران [۲۴] و Li و همکاران [۲۵] همسو بود ولی با مطالعه‌ی Willens و همکاران [۲۶] ناهمسو بود. مقایسه‌ی سن افراد و کسب دانش نیز تفاوت آماری معناداری را نشان داد بدین ترتیب که افراد جوان‌تر نسبت به هم‌تایان مسن خود بیشتر به دنبال افزایش دانش خود بودند. که این نتیجه با مطالعه‌ی Kaphingst و همکاران همسو بود [۲۷]. جوانان معمولاً به دلیل داشتن سطح تحصیلات بالاتر، توان فکری و جسمانی و در بعضی مواقع مالی بهتر و حضور بیشتر و موثرترشان در اجتماع و همچنین حس کنجکاوی و علاقه‌ی بیشتر به کسب دانش جدید، نسبت به افراد مسن‌تر، سواد سلامت بالاتری دارند. به همین دلیل مسئولین باید برنامه‌ریزی‌هایی را در خصوص افزایش سطح سواد سالمندان انجام دهند تا این قشر آسیب‌پذیر که درصد بالایی از بیماران دیابتی کشور را تشکیل می‌دهند، در انواع زمینه‌های خودکنترلی و خودمراقبتی به مرحله‌ی خودکفایتی برسند. حتی با وجود فراگیر شدن رسانه‌های مجازی وابسته به اینترنت، همچون شبکه‌های اجتماعی، بیشتر بیماران رسانه‌های جمعی همچون رادیو و تلویزیون را به عللی همچون سهولت دسترسی و عدم نیاز به سواد خواندن و نوشتن در بیماران بی‌سواد یا کم سواد نسبت به رسانه‌های مجازی که گران تر و یا ملزم به مهارت بالاتر است ترجیح دادند. حتی طبق مطالعه‌ی Kontos و همکاران [۲۸] درصد استفاده از منابع آنلاین در بیماران مسن‌تر و با سطح سواد سلامت پایین کمتر از بیماران جوان‌تر با سواد سلامت بالاتر گزارش گردید که این موضوع نشان دهنده‌ی اهمیت و تأثیر میزان تحصیلات بر سواد سلامت و توانایی افراد در استفاده از منابع متنوع است. به همین دلیل و

کنترل بهتری روی بیماری مزمن خود دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آنان کمتر است. که البته این با نتیجه‌ی مطالعه Schumacher و همکاران [۱۷] همسو نبود. در این مطالعه بیشتر بیماران اطلاعات کسب شده از منابع مختلف را تا حدودی موثق و قابل اطمینان می‌دانستند و جمع‌کنیری، 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 مورد استفاده در بیمارانی که کسب دانش کرده بودند؛ 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 عنوان گردید که این موضوع با مطالعه‌های Darvishpour و همکاران [۱۸] و Salehi و همکاران [۱۳] همچنین در مطالعه‌ی Gutierrez و همکاران [۱۹] نتیجه‌ی حاصله حاکی از عدم ارتباط سواد سلامت و یا میزان تحصیلات بر منبع اطلاعاتی اولیه آنان بود، به این مفهوم که در دو گروه بیماران با سواد سلامت بالا که عمدتاً سیاه پوست بوده و سواد سلامت پایین که بیشتر نژاد اسپانیولی داشتند، اصلی‌ترین و قابل اعتمادترین منبع اطلاعاتی، متخصص مراقبت‌ها بهداشتی بود و رسانه‌های مجازی و جمعی در رده‌های دیگر قرار داشتند. نتیجه قابل توجهی که در مطالعه‌ی Lee و همکاران [۲۰] مشاهده شد نقش پر رنگ پزشک یا متخصصان بهداشتی در استفاده‌ی 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 پایه‌ی اعتماد بیمار به پزشک محقق خواهد شد. همچنین یکی از راه‌های مقابله با مشکلات بودن یا حضور یافتن در گروه‌های همدرد است و بودن در جمع خانواده و دوستان با مشکل مشابه داشتن ارتباط و گرفتن مشورت از شکل‌های دیگر این روش است که مورد انتخاب و پسند بیشتر بیماران بود. براساس مطالعه‌ی نوری و همکاران [۲۱] نتایج حاصل از مطالعه حاکی از تأثیر

سختی دسترسی و مراجعه به دلایلی همچون بیماری، کهولت سن یا نداشتن توان مالی عنوان گردید که این موضوع با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Salehi و همکاران [۱۳] و Bird و همکاران [۳۰] همسو بود، که این مشکل با ارائه‌ی خدمت مفید و هدفمند در مناطق محروم و تعبیه‌ی امکانات آموزشی و در دسترس قرار دادن آن و آموزش صحیح پرسنل بهداشتی آموزش، ارائه‌ی خدمت مناسب و پایش منظم قابل حل است.

یکی از معضله‌های دیگر مشاهده شده در رابطه با نقش ضعیف سازمان‌های حمایتی و عدم شناخت صحیح و مناسب بیماران از آنها بود که عملکرد نامناسب یا تعداد ناکافی این سازمان‌ها با عملکرد منفعلانه بیان‌گر این است که باید با برنامه‌ریزی مناسب و آگاه‌سازی مردم اقشار ضعیف و محروم از آنها، مسیر درمان و کنترل بیماری مزمن فشار خون یا سایر بیماری‌های مزمن را در بهترین حالت ممکن پیش برد. همچنین طبق مطالعه‌ی Damari و همکاران [۳۱] با هدف "نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه" سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) که بیشترین منابع مالی آن کمک‌های مردمی و خیریه و سپس دولت است، مشکلاتی همچون منابع مالی محدود، ارتباط ناکافی سازمان‌های غیر دولتی با دولت و باور ضعیف دولت از نقش سمن‌ها و همچنین نبود برنامه‌های راهبردی در ۳۵ درصد آنان که باعث افت اعتبار این سازمان‌ها می‌شود از موانع اصلی بهبود نقش سمن‌ها از حالت منفعلانه به فعال، در این مطالعه بوده است.

با توجه به عملی شدن طرح پزشک خانواده و راه یافتن عموم بیماران روستاهای تحت پوشش مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی و سایر مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان جهرم به مطالعه، دامنه‌ی وسیع‌تری از حجم نمونه با تنوع بیشتر در اختیار ما قرار داد که امکان مقایسه‌ی بین بیماران ساکن شهرستان و روستا را در رابطه با کسب دانش به وجود آورد که نتیجه‌ی آن ارتباط معنادار مؤلفه‌ی محل سکونت با کسب دانش را نشان داد. چراکه به‌طور طبیعی امکانات و تسهیلات بهداشتی و آموزشی در مناطق روستایی و محروم کمتر از مناطق شهری و مرفه است. یکی از محدودیت‌های این مطالعه کمبود وقت، سن بالا و کم

با مشاهده اهمیت سطح تحصیلات یا حداقل توانایی خواندن و نوشتن در افراد بیمار، تأکید بر اهمیت آموزش و ارتقای سیستم آموزشی کشور جهت باسواد کردن جمعیت عموماً مسن و بی‌سواد که در معرض انواع خطرها هستند، می‌توان جمعیت سالمند را مورد محافظت با تکیه بر توانایی خودشان قرار داد. کسب دانش تنها با مؤلفه‌ی مدت زمان ابتلا رابطه‌ی معناداری نداشت که این مورد با مطالعه‌ی Salehi و همکاران همخوانی نداشت.

طبق مطالعه‌ی Gholami و همکاران [۲۹] با هدف بررسی "موانع جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران ایرانی مبتلا به بیماری قلبی عروقی"، براساس مضامینی همچون «کیفیت پایین ارائه‌ی اطلاعات»، «ابهام متقابل»، «باورها، ایمان و انتظارات»، «از زندگی روزمره تا دریافت اطلاعات» و «شرایط حاکم بر اطلاعات گیرنده» و هفت زیرشاخص تجربی و درک موانع در مورد جستجوی اطلاعات در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی شرکت کنندگان نتیجه‌ای که براساس آن حاصل گشت از این قرار بود که جست و جوی اطلاعات سلامت در بیماران قلب و عروقی و اعضای خانواده‌ی آنها تحت تأثیر باورها، تعامل با منابع اطلاعاتی متعدد در زمینه و ساختار که مراقبت و اطلاعات براساس آن ارائه می‌شود هست و شناخت ماهیت موانع جستجوی اطلاعات سلامت به سیاستگذاران مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند تا اطلاعات مبتنی بر شواهد، قابل اعتماد و بیمار محوری را به‌منظور تشویق بیماران قلب و عروق در تصمیم‌گیری در زمینه‌ی درمان، ارائه دهند. به همین دلیل شناسایی موانع و نقاط ضعف هر مشکل و متعاقب با آن نیاز سنجی از اهمیت بالایی برخوردار است.

کلاس‌ها و سیدی‌های آموزشی به دلایل مختلفی همچون محدودیت دسترسی اقشاری از جامعه به آنها همچون، سختی برپایی، گرانی و عدم دسترسی بیماران مسن یا روستایی کمترین میزان استقبال را داشت که می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب جهت برپایی کلاس‌ها در مناطق محروم یا ارائه‌ی سیدی‌های آموزشی در مراکز بهداشتی به‌طور رایگان این مشکل را برطرف کرد و گامی جهت ارتقای 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

معضل با توزیع و ارائه‌ی صحیح و به قاعده‌ی منابع آموزشی و برابرسازی فرصت‌های آموزشی و یکسان‌سازی در مناطق مرفه و محروم تا حد امکان قابل حل است. از یافته‌های این پژوهش می‌توان جهت ارتقاء سیستم بهداشتی و آموزشی کشور و کمک به بهبود و ارتقای توزیع منابع آموزشی از طریق آموزش صحیح پرسنل بهداشتی و همکاری بیش از پیش سازمان‌های ذیربط، استفاده نمود.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر حاصل از یافته‌های طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جهرم است. نویسندگان بدین‌وسیله مراتب قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جهرم به‌دلیل حمایت مالی از تحقیق و کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

سواد یا بی‌سواد بودن بیماران بود که با خواندن چک لیست و مفهوم کردن سؤالات برای بیماران این مشکل برطرف گردید. از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر می‌توان به جمع‌آوری داده‌ها در زمان کوتاه و با هزینه‌ی مناسب اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کمبود وقت بیماران، سن بالای بعضی بیماران و عدم توانایی آنان به فهم و پاسخ‌دهی سؤالات اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی به بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی و اجرای کارگاه‌های آموزشی خودمراقبتی در زمینه‌ی دیابت و سایر بیماری‌های مزمن پردازند.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌ی کلی این مطالعه حاکی از سواد سلامت نسبتاً بالا و خوب افراد تحت مطالعه بود. همچنین جمعیتی که دانشی در مورد بیماری خود نداشتند، اشتیاق زیادی به یادگیری داشتند که این

مآخذ

1. Manicardi E. Diabete prege-stazionale: programmazione della gravidanza. *Quali strategie JAMD* 2019; 22:3.
2. elki V, Galie S, Guillaume A, Halbron M, Franc S, Joubert M, et al. m-santé francophone et diabète: quoi de neuf en 2018? French-speaking m-health and diabetes: What's up in 2018? *Médecine des maladies Métaboliques* 2019;13(1):63-74.
3. Heidary S, Riahi A. Study of α -1 Antitrypsin Serum and its Effects on Chronic Inflammation in Diabete Patients. *Medbiotech Journal* 2018; 2(1):1-7.
4. Gariani K, Jornayvaz F. La NASH: une complication moins connue mais importante du diabète. *Revue médicale suisse* 2020; 16(697):1197-9.
5. Mahdzadeh R, Moein S, Soltani N, Malekzadeh K, Mahmoodreza M. Study the molecular mechanism of salvia species in prevention of diabete. *IJPSR* 2018; 9(11):4512-21.
6. Mashhadi HB. The role of Mediator's Spirituality in Relationship between Resilience and the Quality of life in Patients with type II diabete. *International Journal of Applied Behavioral Sciences* 2019; 5(3):34-9.
7. Ebrahimi H, Emamian MH, Hashemi H, Fotouhi A. High incidence of diabete mellitus among a middle-aged population in Iran: a longitudinal study. *Canadian Journal of Diabetes* 2016; 40(6):570-5.
8. Shahbazian H, Noughjah S, Shahbazian N, Jahanfar S, Latifi SM, Aleali A, et al. Gestational diabete mellitus in an Iranian pregnant population using IADPSG criteria: incidence, contributing factors and outcomes. *Diabete & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2016;10(4):242-6.
9. Azami M, Sayehmiri K. Prevalence of diabete mellitus in Iranian patients with thalassemia major: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2016;26(141):192-204.
10. Zaman F, Noughjah S, Shahbazian H, Shahbazian N, Latifi SM, Jahanshahi A. Risk factors of gestational diabete mellitus using results of a prospective population-based study in Iranian pregnant women. *Diabete & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2018;12(5):721-5.
11. Zibaenezhad MJ, Mohammadi SS, Sayadi M, Khorshidi S, Bahramali E, Razeighian- Jahromi I. The impact of diabete mellitus and hypertension on clinical outcomes in a population of Iranian patients who underwent percutaneous coronary intervention:

- A retrospective cohort study. *The Journal of Clinical Hypertension* 2019; 21(11):1647-53.
12. Rahmannedzhad G, Mashayekhi FJ, Goodarzi MT, Rezvandar MR, Sadeghi A. Association between vitamin D receptor ApaI and TaqI gene polymorphisms and gestational diabetes mellitus in an Iranian pregnant women population. *Gene* 2016; 581(1):43-7.
 13. Salehi F, Ahmadian L, Ansari R, Sabahi A. The role of information resources used by diabetic patients on the management of their disease. *Medical journal of mashhad university of medical sciences* 2016; 59(1):17-25.
 14. Marzban A, Rahmanian V, Namdar A, Zamani M. Investigating Information Resources Used in Hypertensive Patients: A Cross-Sectional Study on Self-Management of Disease. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2020.
 15. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, LA C. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of general internal medicine* 2020; 11(28):1469-76.
 16. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy: Alliance for Health and the Future. *International Longevity Centre-UK* 2020; 2(11):10-7.
 17. Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, Arnold CL, Bennett RD, MS W. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. *Medical care* 2020; 8(51):564-79.
 18. Darvishpour J, Omidi S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian Journal of Health Research* 2016; 2(1):1-8.
 19. 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. *Journal of community health* 2014; 39(1):83-9.
 20. 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. *Journal of medical Internet research* 2014; 16(12):e262.
 21. Noori R, Alami A, Delshad Noghahi A. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in patients with hypertension. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(127):10-17.
 22. Moeini B, Taymoori P, Haji Maghsoudi S, Afshari M, Kharghani Moghaddam SM, Bagheri F, et al. Analysis of Self-care Behaviors and Its Related Factors among Diabetic Patients. *Qom Univ Med Sci J* 2016; 10(4):48-57.
 23. Rafieezadeh Gharrehtapeh SH, Hassanjani SA, Razavi MA, Amjadi MA, Hojjati H. The Relationship between Health Literacy and Self-efficacy in Patients with Type II Diabetes Admitted to Gorgan Diabetes Clinic in 2019. *Journal of Diabetes Nursing* 2020; 2(3):30-42.
 24. Fan JH, Lyons SA, Goodman MS, Blanchard MS, Kaphingst KA. Relationship between health literacy and unintentional and intentional medication nonadherence in medically underserved patients with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2016; 42(2):199-208.
 25. Li X, Ning N, Hao Y, Sun H, Gao L, Jiao M, et al. Health literacy in rural areas of China: hypertension knowledge survey. *International journal of environmental research and public health* 2013; 10(3):1125-38.
 26. 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. *Journal of health communication* 2013; 18(sup1):129-42.
 27. Kaphingst KA, Goodman MS, MacMillan WD, Carpenter CR, RT G. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient education and counseling* 2020; 2(95):218-25.
 28. 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. *Journal of medical Internet research* 2014;16(7):e172.
 29. 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):91-183.
 30. Bird SM, Wiles JL, Okalik L, Kilabuk J, Egeland GM. Living with diabetes on Baffin Island. *Canadian Journal of Public Health* 2018; 99(1):17-21.
 31. Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2014; 13(5):541-50.

Evaluation of Abundant Self-Management Information Resources in Diabetic Patients of Jahrom City in 2018

Marzieh Zamani¹, Vahid Rahmanian², Azam Namdar³, Ameneh Marzban^{4*}

1. Department of Nutrition, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

2. Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

3. Department of Social Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

4. Department of Health in Disasters and Emergencies, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: Searching for health information and gaining knowledge plays an important role in the management of chronic diseases such as diabetes. The aim of this study was to investigate the role of information resources in self-management of diabetes in diabetic patients referred to health centers in Jahrom.

Methods: This study is a descriptive-analytical study that was performed on 393 patients with diabetes in Jahrom city and covered villages in 2018. Data collection tools included a form of personal information, a questionnaire based on the role of information sources in improving the disease of patients with diabetes, and information was collected through it and the results were statistically analyzed by spss24 software.

Results: The highest age range of the participants in this study was 45 to 60 years old (40.7%) and 67.9% of the patient population were women. 68.1% of patients with diabetes had information about their disease after infection. Most of their sources of information included physicians, family and friends, and other patients and the mass media, respectively. The most important reasons for not obtaining information in 31.9% of other patients were difficulty and lack of access to information resources.

Conclusion: The overall result of this study indicated the relatively high and good health literacy of the subjects. Also, the population who did not have knowledge about their disease were very eager to learn that this problem can be solved as much as possible by properly distributing and presenting educational resources and equalizing educational opportunities and equalization in affluent and deprived areas. The results of this research as well as its overall result can be used to improve the health and education system of the country and help improve and enhance the distribution of educational resources through proper training of health personnel and more cooperation of relevant organizations.

Keywords: Health literacy, self-care, Diabetes, Jahrom

* Iran University of Medical Sciences, School of Health Management and Information Sciences, No. 6, Rashid Yasemi St. Vali –e Asr Ave, Tehran, Iran. Postal code: 1996713883, Fax: +9821 88883334, Tel: +989172458896, Email: amenemarzban@yahoo.com

